

Item 305 : Douleurs buccales

**Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et
stomatologie**

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

ENC :.....	2
I Rappel anatomique	4
I.1 Cavité buccale.....	4
I.2 Innervation sensitive de la face.....	4
II Examen devant une douleur buccale.....	5
II.1 Interrogatoire.....	5
II.2 Examen clinique.....	5
II.3 Examens complémentaires.....	7
III Orientation diagnostique devant une douleur buccale.....	7
III.1 Causes dentaires et gingivales – Item 256.....	8
III.2 Douleurs d’origine muqueuse.....	8
III.3 Causes sinusiennes.....	11
III.4 Causes salivaires – Item 270.....	11
III.5 Causes osseuses.....	11
III.6 Causes neurologiques et vasculaires – Item 262.....	12
III.7 Causes manducatrices.....	13
III.8 Douleurs buccales idiopathiques.....	14

OBJECTIFS

ENC :

- Devant des douleurs buccales, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Les douleurs buccales étant parfois difficile à distinguer d’une algie faciale (traitée dans l’item 262), nous en ferons quelques rappels.

Les douleurs buccales et les algies de la face représentent un motif fréquent de consultation non seulement pour le chirurgien maxillo-facial mais également pour le médecin généraliste. Si les causes en sont nombreuses et parfois intriquées, les douleurs buccales restent majoritairement d'origine dentaire.

I RAPPEL ANATOMIQUE

I.1 CAVITÉ BUCCALE

La cavité buccale représente le premier segment du tube digestif. Elle reconnaît comme limite (cf. fig. 2.1) :

- en haut, le palais ;
- en bas, la langue et le plancher de la bouche ;
- latéralement, la face interne des joues ;
- en avant, les lèvres ;
- en arrière du « V » lingual et du palais dur, l'oropharynx.

I.2 INNERVATION SENSITIVE DE LA FACE

L'innervation sensitive de la face est sous la dépendance des branches terminales du nerf trijumeau (Ve paire crânienne) composées de deux racines, l'une motrice, l'autre sensitive. Les corps cellulaires des neurones sensitifs sont localisés dans le ganglion trigéminal (ou ganglion de Gasser). Il en émerge trois branches terminales : le nerf ophtalmique (V1), le nerf maxillaire (V2) et le nerf mandibulaire (V3).

Quelques afférences sensibles empruntent le trajet du nerf facial (VIIe paire crânienne), le nerf glossopharyngien (IXe paire crânienne) et le nerf vague (Xe paire crânienne), et participent à la sensibilité de l'oropharynx (surtout de la base de langue) et aussi de la zone de Ramsay-Hunt (conque de l'oreille externe) (cf. fig. 1.14 et 1.31 au chapitre 1).

Objectifs de la démarche diagnostique devant une douleur buccale

- Préciser la douleur
- Effectuer un examen clinique minutieux
- Choisir l'examen radiologique le plus adapté en première intention
- Connaître les principales causes des douleurs buccales et des algies faciales

II EXAMEN DEVANT UNE DOULEUR BUCCALE

II.1 INTERROGATOIRE

Caractéristiques de la douleur

- Topographie : son caractère uni- ou bilatéral, son point de départ, ses irradiations.
- Date et circonstances d'apparition (facteur causal initial).
- Facteurs déclenchants selon le tissu à l'origine de la douleur (dent, glande salivaire, nerf, appareil manducateur, etc.).
- Type (lourdeur, tension, brûlure, piquûre, décharge électrique, etc.).
- Intensité : au mieux évaluée sur l'échelle visuelle analogique (EVA) ou sur une échelle sémantique.
- Évolution : caractère aigu ou chronique.
- Signes d'accompagnement : œdème, rougeur, larmoiement, rhinorrhée, vertiges, etc.
- Retentissement de la douleur sur la vie courante (alimentation, mastication, sommeil, vie sociale).

Antécédents

- Soins dentaires récents : extraction dentaire, traitement orthodontique, etc.
- Traumatisme dentaire ou facial.
- Antécédents généraux, notamment éthylo-tabagique.
- Traitement en cours ou anciens (anxiolytique, radiothérapie, etc.).

II.2 EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique est stéréotypé, méthodique et associe un examen exobuccal et cervicofacial à un examen endobuccal. Il comprend une inspection puis une palpation et nécessite d'être assis au niveau du patient, sous un éclairage adapté, avec des gants, des abaisse-langue, éventuellement des miroirs dentaires et une bombe de froid.

Examen exobuccal

L'examen exobuccal comporte

- un examen neurologique : déficit sensitif (V), déficit moteur (VII) ;
- un examen des téguments (plaie, érythème, ecchymose, etc.) ;

- une palpation des glandes salivaires (loges parotidiennes, submandibulaires) et de l'appareil manducateur (articulations temporomandibulaires et muscles masticateurs) ;
- une recherche d'adénopathie.

Examen endobuccal

L'examen endobuccal comprend l'examen des six structures susceptibles d'engendrer des douleurs buccales : dents (et gencives), muqueuses, maxillaires, glandes salivaires, nerfs et vaisseaux, appareil manducateur.

Inspection

L'inspection doit être réalisée sous bon éclairage, en s'aidant d'abaisse-langue pour voir l'intégralité des structures buccales après avoir déplissé les muqueuses (plancher buccal, sillons, vestibules) :

- dents et gencives : caries, état dentaire, occlusion (trouble de l'articulé dentaire) ;
- muqueuses, notamment le bord libre de la langue, région la plus sujette aux cancers buccaux ; la langue peut être inspectée au repos ou en protraction (une déviation signera une lésion des muscles du côté de la déviation) ;
- maxillaires : tuméfaction, modification de l'occlusion (fracture) ;
- glandes salivaires : inflammation ostiale, salive purulente ;
- appareil manducateur : recherche d'une limitation d'ouverture buccale.

Palpation

Elle est menée protégé par des gants :

- dents : douleurs à la percussion, au froid, test de vitalité, mobilité ;
- muqueuses : induration, comblement d'un vestibule, tendance au saignement de la muqueuse au contact ;
- maxillaires : recherche d'une mobilité, d'une tuméfaction ;
- glandes salivaires : recherche d'un calcul (palpation bidigitale) ;
- nerfs et vaisseaux : recherche d'une hypoesthésie (territoire du V) ;
- appareil manducateur :
 - mesure de l'ouverture buccale ;
 - recherche de douleurs sur les articulations temporomandibulaires, sur les muscles masticateurs.

II.3 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Choisir l'examen radiologique le plus adapté en première intention

Différents examens d'imagerie peuvent être proposés en fonction des données de l'examen clinique et de l'origine suspectée de la douleur :

- un orthopantomogramme (+++) permet d'apporter des renseignements sur les dents, leurs racines, l'os adjacent, les gros calculs salivaires et, enfin, les articulations temporomandibulaires ;
- une tomodensitométrie (TDM) ou une tomographie volumique à faisceau conique (*cone beam*)
- une échographie voire une IRM seront demandées pour l'analyse des parties molles en fonction des hypothèses diagnostiques évoquées.

Prélèvements

Des prélèvements, bien que rarement utiles au diagnostic, pourront être proposés :

- prélèvements à visée infectieuse : bactériologique, virologique, mycologique, sérologiques ;
- prélèvements cytologique et surtout histologique (+++).

La biopsie est indispensable pour confirmer le diagnostic d'un cancer ou rechercher une maladie bulleuse en cas d'ulcérations buccales étendues (dans ce dernier cas, le prélèvement sera placé dans un liquide spécial, le liquide de Mitchell).

III ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE DOULEUR BUCCALE

Il est d'usage de classer les douleurs buccales en fonction de la zone ou de l'organe douloureux, d'une part pour les douleurs localisées et des grands syndromes, d'autre part pour les douleurs diffuses :

- les douleurs dentaires et gingivales ;
- les douleurs muqueuses ;
- les douleurs salivaires ;
- les douleurs osseuses (maxillaire et mandibule) ;
- les douleurs neurologiques et vasculaires ;
- les douleurs manducatrices ;
- et, enfin, les douleurs inexplicables et les douleurs fonctionnelles.

Plusieurs causes de douleurs buccales font l'objet d'un chapitre spécifique : seuls sont repris ici les principaux éléments.

III.1 CAUSES DENTAIRES ET GINGIVALES →ITEM 256

Ce sont les causes de douleurs buccales les plus fréquentes (cf. chapitre 9). Le plus souvent d'origine infectieuse ou inflammatoire, elles peuvent prendre origine au niveau de la pulpe dentaire ou du parodonte et diffuser secondairement. La douleur provoquée au départ devient progressivement permanente.

Une forme fréquente mérite d'être citée : l'accident d'évolution de la dent de sagesse mandibulaire, qui associe des douleurs locorégionales avec des signes locaux inflammatoires.

III.2 DOULEURS D'ORIGINE MUQUEUSE

La plupart des altérations de la muqueuse buccale sont source de douleurs. Le diagnostic est en règle générale aisé lorsque la lésion survient sur une surface muqueuse accessible à un examen clinique simple.

Causes tumorales - Item145

Les tumeurs malignes de la cavité buccale sont le plus souvent des carcinomes épidermoïdes (cf. chapitre 6). Elles peuvent être responsables de douleurs spontanées, mais surtout provoquée par la mastication, limitant les possibilités d'alimentation.

L'examen retrouve habituellement une ulcération à bords surélevés et indurés à la palpation, saignant au contact.

Toute lésion de ce type doit impérativement faire pratiquer une biopsie à visée diagnostique.

Les tumeurs malignes telles que les lymphomes se manifestent sous forme d'une tumeur douloureuse, congestive, inflammatoire ; elles doivent, elles aussi, faire l'objet d'une biopsie à visée diagnostique.

Causes inflammatoires et immunologiques

(Cf. chapitre 5.)

Ulcérations traumatiques

Les ulcérations traumatiques peuvent être dues à :

- un traumatisme dentaire (dent cassée, délabrée) ;
- une prothèse dentaire inadaptée ;
- une morsure muqueuse (muqueuse jugale) ;
- une brûlure par ingestion trop chaude ;
- ou à tout autre agent traumatisant (chute sur un instrument endobuccal chez les enfants).

Dans ce cas, si la douleur est vive, l'examen retrouve la plupart du temps une lésion aux bords réguliers, discrètement érythémateuse. Il y a peu ou pas d'induration. En général, la suppression de l'agent causal doit entraîner la guérison de la lésion en quelques jours.

Toute ulcération muqueuse qui ne disparaît pas au-delà de deux semaines doit être biopsiée au moindre doute pour éliminer un cancer.

Aphte buccal

C'est une cause très fréquente de douleurs. Celle-ci est continue, parfois insomnante, exacerbée par ingestion de certains aliments. Il s'agit d'une ulcération la plupart du temps unique, bien arrondie, aux bords réguliers, au fond plat et fibrineux, entourée d'un halo un peu rouge. À la palpation, la base est souple.

Des grandes aphtoses buccales retrouvées au cours de certains traitements immunosuppresseurs ou après chimiothérapie imposent une hospitalisation et une alimentation parentérale ou par sonde gastrique en raison de l'impossibilité d'alimentation orale.

Lichen plan

Le lichen plan représente l'affection de la muqueuse buccale la plus fréquente, touchant 1 % à 2 % de la population. Son origine reste mal définie, pour certains auteurs d'origine auto-immune pour d'autres inflammatoire. Ces lésions blanchâtres évoluent sur de nombreuses années, accompagnées parfois de poussées douloureuses. Ces lésions entraînent à terme un état scléroatrophique de la muqueuse buccale favorisant l'apparition d'ulcérations douloureuses.

Il est important de noter que ces lésions peuvent évoluer vers une transformation maligne.

Maladies bulleuses

Les bulles buccales peuvent être d'origine auto-immune, notamment au cours du pemphigus vulgaire, mais également d'origine non immunologique, comme dans le

syndrome de Stevens-Johnson, l'érythème polymorphe et le syndrome de Lyell.

D'une grande fragilité, les bulles laissent des érosions douloureuses en se rompant.

Causes infectieuses

C'est dans la plupart des cas l'ulcération muqueuse que les maladies infectieuses provoquent qui donne le caractère algique à la lésion (cf. chapitre 5).

Stomatite localisée

La *tuberculose buccale* se manifeste par une ulcération irrégulière, non indurée, à fond jaunâtre, à base ferme, sans halo périphérique, mais très douloureuse.

Les *autres ulcérations* sont plus ou moins douloureuses, qu'elles soient dues à une lymphoréticulose bénigne d'inoculation (maladie des griffes du chat) ou à une infection par le CMV.

À noter que le chancre d'inoculation d'une syphilis primaire est en général indolore.

Stomatite diffuse

L'*herpès buccal* (HSV de type 1) se manifeste par des vésicules qui laissent place à des ulcérations disséminées, dans un contexte fébrile. Elles sont cause d'odynophagie sévère et s'accompagnent d'adénopathies satellites également douloureuses.

Toutes les autres infections, qu'elles soient à VZV, à coxsackie virus, HSV de type 8, infections à staphylocoque ou streptocoque, peuvent entraîner des gingivites ou des mucites sévères et donc très douloureuses. La gingivite ulcéronécrotique des immunodéprimés est elle-même extrêmement douloureuse.

Les *mycoses*, essentiellement par candidoses, occasionnent des douleurs à type de " cuisson " prédominant sur la langue. Ces candidoses peuvent se manifester soit par une stomatite érythémateuse (langue rouge et vernissée), soit par un muguet buccal (lésion blanche se laissant bien détacher par l'abaisse-langue).

Autres douleurs muqueuses

Toute pathologie générale peut se manifester au niveau de la muqueuse buccale par des lésions douloureuses.

Les *toxidermies d'origine médicamenteuse* se manifestent habituellement par un érythème polymorphe.

Le *pemphigus* ou le *pemphigoïde cicatriciel* est également douloureux.

La *mucite induite par radiothérapie* est quasi constante. La douleur diffuse de toute la cavité buccale est augmentée par l'absence de salive et rend parfois l'alimentation extrêmement difficile.

III.3 CAUSES SINUSIENNES

Les douleurs des sinusites maxillaires (Item 90) par leurs irradiations dentaires ou gingivales méritent d'être évoquées.

III.4 CAUSES SALIVAIRES →ITEM 270

Si les douleurs salivaires sont dominées par les lithiases et leurs complications infectieuses locales puis locorégionales (cf. chapitre 8), il ne faut pas oublier les sialadénites virales ou bactériennes.

Il est également important de noter que les tumeurs des glandes salivaires sont en général indolores lorsqu'elles sont bénignes.

La survenue d'une douleur chez un patient porteur d'une tumeur de glande salivaire doit faire considérer celle-ci comme maligne jusqu'à preuve du contraire.

III.5 CAUSES OSSEUSES

Traumatique – Item 201

Toute fracture des os de la face est douloureuse par mobilisation du foyer fracturaire (cf. chapitre 4).

Infectieuse

Qu'elles soient d'origine dentaire ou par évolution du voisinage, les *ostéites* se traduisent par une douleur lancinante, fluctuante, non rythmée. Deux formes particulières d'ostéites doivent être connues :

- l'ostéoradionécrose, ou *ostéite postradique* : elle survient quelques années après une radiothérapie pour tumeur de la tête et du cou. La cause la plus souvent rencontrée est dentaire. L'aspect osseux sur la radiographie est caractéristique, avec une ostéolyse progressive toujours très difficile à traiter. Il faudra néanmoins craindre une poursuite évolutive ou une récurrence tumorale ;
- l'*ostéochimionécrose induite par les biphosphonates* (++) : cette forme particulière décrite depuis 2003 se manifeste par un retard de cicatrisation après un traumatisme de la muqueuse buccale chez un patient ayant bénéficié d'un traitement par biphosphonate. La douleur est inconstante ; il existe souvent une sensation d'engourdissement, de lourdeur de la mâchoire. L'examen clinique retrouve une

mobilité dentaire, un défaut muqueux avec exposition osseuse. Les signes radiologiques sont absents au début, puis apparaît une image ostéolytique mal limitée avec, parfois, apparition d'un séquestre osseux.

Tumeurs

Les tumeurs osseuses bénignes ne sont pas douloureuses en dehors d'une poussée inflammatoire ou infectieuse (cf. chapitre 7). Les tumeurs osseuses malignes peuvent devenir douloureuses par envahissement des trajets nerveux, au niveau du nerf alvéolaire inférieur pour les tumeurs mandibulaires. Habituellement, cette douleur s'accompagne de dysesthésies dans le territoire considéré. Les tumeurs maxillaires entraînent des troubles dans le territoire du V2.

III.6 CAUSES NEUROLOGIQUES ET VASCULAIRES →ITEM 262

Névrалgie du trijumeau (V)

La névralgie du trijumeau se manifeste par des douleurs paroxystiques dans le territoire sensitif du nerf trijumeau. La douleur est paroxystique, fulgurante, en éclair à type de décharge électrique. Elle dure quelques secondes et se répète en salves espacées d'intervalles indolores. Elle peut survenir spontanément ou après stimulation d'une zone dite " zone gâchette " (*trigger zone*). La névralgie du trijumeau peut être idiopathique ou secondaire.

Névrалgie du glossopharyngien (XII)

Bien moins fréquente que la névralgie du trijumeau, la névralgie du glossopharyngien se manifeste par une douleur unilatérale de la langue, en coup de couteau ou à type de piqûres ressenties au niveau de la base de langue. C'est une douleur qui irradie vers l'oreille et le pharynx. Elle est parfois déclenchée par la toux, le bâillement ou la déglutition. Il existe une zone gâchette à rechercher sous la base de langue. Le diagnostic en est parfois difficile et doit toujours faire éliminer un carcinome de la base de langue ou de la tonsille.

Algie vasculaire de la face

Il s'agit d'une douleur latéralisée, fronto-orbitaire, irradiant vers le cuir chevelu, la mandibule et la région cervicale.

Elle est *pulsatile* et précède l'apparition de *troubles vasomoteurs* et sympathiques (larmoiement, rhinorrhée, rougeur de la face, œdème).

Cette douleur est décrite comme la sensation de broiement, de brûlure. Elle est d'apparition brutale, dure environ une heure, est périodique pendant un ou deux mois, puis disparaît pour revenir quelques mois plus tard.

Maladie de Horton

Outre l'altération de l'état général, cette panartérite peut se manifester par une claudication de la mâchoire, le patient ne pouvant mâcher très longtemps sans ressentir une douleur l'obligeant à faire des pauses. Il s'y associe souvent des céphalées avec hypersensibilité du cuir chevelu.

III.7 CAUSES MANDUCATRICES

Traumatique – Item 201

Les *fractures de l'articulation temporomandibulaire (ATM)* entraînent une limitation douloureuse de l'ouverture buccale, essentiellement par la réaction de contracture musculaire des ptérygoïdiens, notamment du ptérygoïdien latéral (cf. chapitre 4).

La *luxation bilatérale de l'ATM* laisse la bouche ouverte, impossible à fermer, et une glène vide à la palpation. Elle impose une réduction rapide par la manœuvre de Nélaton.

Infectieuse et inflammatoire

L'*arthrite aiguë de l'ATM* est rare ; elle se traduit par des signes inflammatoires locaux, une limitation d'ouverture buccale. On peut retrouver des antécédents de traumatisme, d'infiltration locale, voire d'infection du voisinage.

Dysfonctionnements de l'appareil manducateur

Ils sont également dénommés *SADAM*, pour syndrome algique et dysfonctionnel de l'appareil manducateur.

Ce sont des douleurs chroniques fréquentes ; elles signent essentiellement un dysfonctionnement de l'articulation temporomandibulaire.

Cette pathologie touche préférentiellement la femme jeune, les douleurs masticatrices peuvent s'accompagner de bruit articulaire.

Les douleurs sont péri-articulaires, latéofaciales, pré-auriculaires et rétro-orbitaires. Elles peuvent s'accompagner de myalgies temporales et massétériques irradiant volontiers vers les secteurs molaires supérieurs et inférieurs.

L'examen clinique confirme le trismus, étudie les diductions qui peuvent être normales ou diminuées. La palpation des articulations temporomandibulaires et/ou des muscles masticateurs peut être douloureuse.

L'origine de ces dysfonctionnements est le plus souvent dentaire, par anomalie de l'articulé.

III.8 DOULEURS BUCCALES IDIOPATHIQUES

Ces douleurs, également dénommées glossodynies, stomatodynies, odontalgies atypiques, rassemblent toutes les douleurs buccodentaires pour lesquelles aucune cause organique n'est retrouvée. Il s'agit donc d'un diagnostic d'élimination chez des patients en souffrance qui présente habituellement un profil psychologique particulier, dont la demande de traitement et l'impossibilité par le médecin d'y répondre compliquent la situation. Ces glossodynies ou " stomatodynies " surviennent volontiers chez les femmes. Elles se manifestent par des douleurs buccales diffuses, souvent bilatérales, à type de brûlure, de picotement. Elles siègent préférentiellement à la langue mais concernent aussi volontiers le palais, les gencives, notamment les crêtes maxillaires édentées.

À l'inverse, il faut retenir que la prudence s'impose lorsqu'aucune cause n'est retrouvée à la douleur, d'autant que celle-ci est atypique, unilatérale, insomnante, survenant chez l'homme âgé. Dans ce dernier cas, il faut prescrire un scanner du massif facial, qui permettra souvent de mettre en évidence un carcinome profond (nasopharyngé, carcinome sinusien, salivaire, etc.).