



HAL
open science

Étude observationnelle sur un échantillon de 100 patients du parcours de soin avant le diagnostic de stomatodynie primaire

Camille Annick Christiane Deboute

► To cite this version:

Camille Annick Christiane Deboute. Étude observationnelle sur un échantillon de 100 patients du parcours de soin avant le diagnostic de stomatodynie primaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02992681

HAL Id: dumas-02992681

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02992681>

Submitted on 6 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2020

Thèse n°64

THESE POUR L'OBTENTION DU
**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE
DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement

Par DEBOUTE, Camille Annick Christiane

Née le 15/05/1994 à Poitiers

Le 3 Novembre 2020

**Etude observationnelle, sur un échantillon de 100 patients,
du parcours de soin avant le diagnostic de stomatodynie
primaire**

Sous la direction de : Professeur Jean-Christophe FRICAIN

Membres du jury :

M. CATROS Sylvain
Mme FENELON Mathilde
M. FRICAIN Jean-Christophe
M. D'INCAU Emmanuel

Président
Rapporteur
Directeur
Examineur

Président M. TUNON DE LARA Manuel

Directeur de Collège des Sciences de la Santé M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice	Mme BERTRAND Caroline	58-01
Directeur Adjoint à la Pédagogie	Mr DELBOS Yves	56-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M. CATROS Sylvain	57-01
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales	M.SEDARAT Cyril	57-01

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Sylvain	CATROS	Chirurgie orale	57-01
M	Raphaël	DEVILLARD	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-01
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-01
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Cécile	BADET	Biologie Orale	57-01
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-01
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M,	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M,	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Dominique	GILLET	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-01

M.	Jean-François	PELI	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Biologie Orale	57-01
M.	Eric	VACHEY	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01

AUTRES ENSEIGNANTS

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01

ASSISTANTS

M.	Bastien	BERCAULT	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Mathilde	BOUDEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Virginie	CHUY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M	Pierre-Hadrien	DECAUP	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Severine	DESCAZEUX	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Laura	DONNET	Biologie Orale	57-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Agathe	GREMARE	Biologie orale	57-01
Mr	Pierre-André	GUILLAUD	Parodontologie	57-01
Mr	Louis	HUAULT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mme	Mathilde	JACQUEMONT	Parodontologie	57-01
Mme	Clémence	JAECK	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Claudine	KHOURY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Camille	LACAULE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Antoine	LAFITTE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Adrien	LASTRADE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Aude	MENARD	Prothèse dentaire	58-01
M	Florian	PITEU	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
M.	Clément	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M	Paul	VITIELLO	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Sophia	ZIANE	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

Remerciements

A mes parents,

Merci pour tout l'amour, le soutien et la confiance que vous m'avez accordé tout au long de mes études et tout au long de ma vie.

A mon frère et ma sœur,

Romane et Martin, merci d'être toujours présents pour moi, merci de votre bienveillance et surtout, merci pour tous ces beaux moments de complicité passés à Bordeaux.

A toute ma famille,

Affectueusement.

A Gabriel,

Merci d'être mon rayon de soleil et de me rendre si heureuse chaque jour.

A mes amis,

Mayalen, merci d'être une amie en or depuis mon arrivée à Bordeaux et pour encore de nombreuses années.

Aurore, notre amitié illustre parfaitement le dicton « loin des yeux près du cœur », malgré la distance, tu restes toujours une de mes plus chères amies.

A tous les autres, mes amis de Bordeaux, de Poitiers et de La Rochelle, merci pour toutes ces belles années d'études passées à vos côtés.

A notre Président de thèse

Monsieur le Professeur Sylvain CATROS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Chirurgie orale 57-01

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury. Recevez dans ce travail le témoignage de notre gratitude et l'expression de notre reconnaissance.

A notre Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Christophe FRICAIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique 57-01

Merci pour votre aide, votre disponibilité et votre patience durant l'élaboration de notre travail. Par votre engagement, vous nous avez transmis le goût pour votre discipline passionnante et nous vous en remercions.

Veillez accepter dans ce travail notre amitié sincère.

A notre Rapporteur de thèse

Madame le Docteur Mathilde FENELON

Assistante Hospitalo-Universitaire

Sous-section Chirurgie orale 57-01

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant d'être le rapporteur de notre thèse. Permettez-nous de vous exprimer notre vive reconnaissance.

A notre Assesseur

Monsieur le Docteur Emmanuel D'INCAU

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Prothèse dentaire 58-01

Merci de l'honneur que vous nous faites en acceptant de nous juger.

Table des matières

Remerciements	4
Table des matières	9
I) Généralités sur la stomatodynie	11
I.1) La douleur.....	11
I.2) Définitions de la stomatodynie	12
I.3) Prévalence et populations atteintes.....	13
I.3.1) Prévalence.....	13
I.3.2) Population cible	13
I.4) Tableau clinique et diagnostic	14
I.4.1) Symptomatologie.....	14
I.4.2) Classification	15
I.4.3) Diagnostic	16
I.5) Étiopathogénie	18
I.5.1) Psychogène	18
I.5.2) Endocrine.....	18
I.5.3) Neuropathique	19
I.6) Prise en charge des patients	20
II) Etude observationnelle sur un échantillon de 100 patients du parcours de soin avant le diagnostic de stomatodynie primaire.....	21
II.1) Introduction.....	21
II.2) Matériel et méthode	22
II.2.1) Type d'étude.....	22
II.2.2) Population étudiée	22
II.2.3) Variables.....	23
II.2.4) Source et archivage des données	23
II.2.5) Méthodologie statistique	24
II.3) Résultats.....	24
II.3.1) Présentation de la population étudiée.....	24
II.3.2) Symptômes présents	25
.....	28
II.3.3) Critère de jugement principal de l'étude	28
.....	29
II.3.4) Critères de jugement secondaires de l'étude	30
II.4) Discussion	35
II.4.1) Rappels des résultats	35

II.4.2) Principales forces de l'étude	35
II.4.3) Limites de l'étude.....	36
II.4.4) Comparaison avec l'étude de Mignogna <i>et al.</i>	36
II.4.5) Comparaison avec l'étude de Thomas <i>et al.</i>	37
II.4.6) Perspectives	38
Conclusion.....	39
Bibliographie.....	40
Annexe	43
.....	44
.....	46
.....	47
Résumé	48
Abstract	48
Mots clés / Keywords.....	48

I) Généralités sur la stomatodynie

Pour définir correctement la stomatodynie, il convient de présenter et d'expliquer le concept de douleur.

I.1) La douleur

Selon la définition officielle de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), "*la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes*". Cette définition prend en compte les différents aspects de la douleur qui ne se limitent pas aux sensations physiques mais prennent en compte les aspects psychologiques associés à la sensation douloureuse.

Il existe différents types de douleurs en fonction de la durée (1).

- Les **douleurs aiguës** : ces dernières apparaissent en réaction à un stimulus (une brûlure par exemple) et jouent le rôle de sonnette d'alarme. Elles préviennent l'individu d'un danger et entraînent un réflexe musculaire visant à éloigner le membre concerné loin de la zone de danger (représentée par un stimulus thermique, physique ou encore chimique).
- Les **douleurs chroniques** : elles sont par définition présentes depuis plus de trois mois. On considère alors que la douleur est pathologique et qu'elle est devenue une maladie à part entière (2).

Quatre formes de douleurs peuvent être distinguées selon les mécanismes physiologiques impliqués :

- Les **douleurs inflammatoires**. Elles sont associées à un excès de nociception provoqué par la libération de substances algogènes qui stimulent les récepteurs nociceptifs.
- Les **douleurs neuropathiques**. Elles concernent des douleurs causées par une lésion ou une maladie du système nerveux somatosensoriel (3).
- Les **douleurs mixtes**. Elles présentent une composante à la fois inflammatoire et neuropathique.

- Les **douleurs dysfonctionnelles**. Ces douleurs sont également appelées « symptômes médicalement inexplicables » et leur physiopathologie demeure controversée (4). Une étiologie neuropathique est de plus en plus retrouvée pour ce type de douleur. Pour plusieurs auteurs, la stomatodynie primaire rentre dans ce cadre.

I.2) Définitions de la stomatodynie

La stomatodynie est une affection extrêmement difficile à définir et à nommer de par sa diversité symptomatique. Elle a donc fait l'objet de plusieurs descriptions, et dénominations au fil du temps (5) dans le but de représenter la maladie le mieux possible.

Au début, les dénominations existantes étaient nombreuses mais essentiellement axées sur la langue. En effet, on parlait de :

- Rhumatismus linguae (Vigier, 1620)
- Névralgie linguale (Valeix, 1841)
- Ulcération imaginaire de la langue
- Glossopyrose
- Glossalgie (Brechet, 1817)
- Glossodynie (Kaposi, 1885)

Plus récemment, les études ont montré que les symptômes ressentis par les patients se révélaient également souvent au niveau des lèvres, du palais, des joues, etc. (6) Avec cette observation, les dénominations ont évolué vers des termes plus englobants comme :

- Stomatodynie
- Burning Mouth Syndrome (Grushka, 1987)
- Paresthésie buccale psychogène (Kuffer, 1987) (7)
- Paresthésie buccale médicalement inexplicquée (Samson, 1999)

Il existe deux types de stomatodynie (8) ;

- **La stomatodynie primaire (ou stomatodynie maladie)** dite essentielle qui se manifeste sans cause clinique locale ou systémique décelable (muqueuse buccale normale).
- **La stomatodynie secondaire (ou stomatodynie symptôme)** est secondaire à un excès de nociception (par exemple ; une infection fongique, une xérostomie due à la prise de médicaments, etc.).

Nous étudierons seulement la stomatodynie primaire.

I.3) Prévalence et populations atteintes

I.3.1) Prévalence

La **prévalence** de la stomatodynie dans la population générale est difficilement quantifiable car nombres d'études ont été réalisées sur le sujet mais de nombreux biais méthodologiques existent, tels que les biais de sélection par exemple ; on retrouve tantôt des études de groupes de femmes âgées, tantôt des groupes de volontaires, etc. De plus les méthodes diagnostiques diffèrent souvent d'une étude à l'autre confondant parfois la stomatodynie primaire avec la stomatodynie secondaire. Ces biais expliquent l'étendue des chiffres de prévalence variant de 0,1% à 16,9% selon les études (9).

I.3.2) Population cible

Concernant la population atteinte, on peut souligner que ce syndrome touche majoritairement les **femmes**. Selon les auteurs, on remarque que le nombre d'hommes varie d'un pour trois à dix femmes (10).

La moyenne d'âge des patients se situe entre 55 et 60 ans, avec de rares cas avant l'âge de 30 ans, et aucun cas rapporté chez les enfants (11).

Parmi les facteurs associés à la stomatodynie, on retrouve chez beaucoup de patients un **contexte anxiodépressif**, ainsi que des **schémas psychologiques types** (introversion, basse estime de soi, fatigue chronique et cancérophobie) (12).

Les **femmes ménopausées** sont les plus touchées (13).

I.4) Tableau clinique et diagnostic

I.4.1) Symptomatologie

La stomatodynie primaire doit tout d'abord impérativement être différenciée de la stomatodynie secondaire qui rassemble l'ensemble des diagnostics différentiels. Cela se fera lors de l'anamnèse, lors de l'examen clinique et grâce à des examens complémentaires si nécessaire (histologique et/ou bilan de carences ; ferritine, fer, folates, vitamine B12).

Le tableau 1 présente les différentes étiologies à l'origine de la stomatodynie secondaire.

<u>Locaux</u>	<u>Systémiques</u>
Hyposialie	Carences fer, complexe de la vitamine B, zinc, etc.
Infections orales bactériennes, virales, fongiques	Médicaments
Lésions muqueuses ulcérations, lichen plan, etc.	
Dysfonctions et parafonctions orales bruxisme, tics de succion, etc.	
Stomatites allergiques (exceptionnelles) prothèse inadaptée, matériaux de traitement dentaire, nourriture	

Tableau 1 : Principaux facteurs à l'origine de la stomatodynie secondaire

D'après Boucher, Y., & Descroix, V. (2015). *Stomatodynie idiopathique. Douleurs Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 16(2), 86-98. Modifié.

La stomatodynie primaire ou Burning Mouth Syndrome en anglais représente, selon l'IASP (International Association for the Study of Pain) un ensemble de symptômes douloureux et continus en l'absence de lésions muqueuses et ce, de manière chronique (la douleur doit donc être présente depuis plus de trois mois et doit durer plus de deux heures par jours) (14).

Il n'existe pas de réel consensus quant à la méthode à utiliser pour diagnostiquer la stomatodynie primaire mais nous décrivons de manière la plus complète possible les symptômes.

Tout d'abord, les douleurs et gênes observées sont **buccales** et varient en fonction des patients. On remarque une atteinte **essentiellement linguale** (surtout les deux tiers antérieurs, la face dorsale et la pointe), mais également au niveau du **palais dur, des lèvres et parfois des gencives** (15).

Certaines études décrivent une présence **bilatérale et symétrique** des symptômes dans la plupart des cas. Les douleurs sont parfois retrouvées au niveau du plancher buccal, de la muqueuse buccale, de la région pharyngée et de rares articles mettent en évidence des douleurs au niveau de la région anogénitale et vulvaire (16).

Il est important de retenir que **la douleur ne suit aucun territoire anatomique** (17).

Les symptômes sont surtout des douleurs de type **brûlure, picotements, fourmillements, sensation d'enflure, d'engourdissement** et le plus souvent associés à une **gêne**. (18) **L'intensité est variable** d'un individu à l'autre et le syndrome peut apparaître progressivement ou encore faire suite à un évènement en particulier (décès d'un proche ou encore soin dentaire, maladie).

Il existe deux symptômes fréquemment associés qui sont des **troubles gustatifs** (les patients peuvent percevoir des goûts métalliques, amer ou une sensibilité exacerbée aux goûts salés) ainsi qu'une **sensation de bouche sèche**. Ces deux symptômes apparaissent également sans lésion ou anomalie muqueuse décelable (19).

I.4.2) Classification

Au fil des années, plusieurs classifications ont été proposées, comme celle de Scala *et al.* vu plus haut (stomatodynie primaire et secondaire), on peut retenir également une autre classification qui présente la stomatodynie primaire en **trois types selon la chronologie** d'apparition des symptômes (20):

- **Type 1** : Représente 55% des patients

Les symptômes croissent au fil de la journée et sont à leur paroxysme le soir

- **Type 2** : Représente 35% des patients
Les symptômes sont présents toute la journée de manière continue
L'intensité des symptômes augmente
- **Type 3** : Représente 10% des patients
L'apparition des symptômes est intermittente
L'intensité des symptômes est variable

I.4.3) Diagnostic

Le diagnostic de la stomatodynie a longtemps été basé sur un diagnostic d'élimination et il n'existe à l'heure actuelle aucun réel consensus quant à la méthode à employer pour diagnostiquer la maladie.

La plupart des écrits rapporte l'usage de nombreux examens complémentaires comme le montre le tableau 2. Or, à l'heure actuelle, il est recommandé de réaliser un **diagnostic positif en se basant sur l'anamnèse et l'examen clinique** car la méthodologie par élimination implique trop de tests la plupart du temps injustifiés. Seul la stomatodynie de type 3 nécessite un bilan de carence associé à une glycémie à jeun dans un but de dépistage systématique (21).

Un arbre décisionnel créé par l'équipe de C. Madrid *et al.* (22), inspiré du travail de Van der Waal, nous propose un cheminement pour un diagnostic positif de la stomatodynie primaire (cf. figure 1).

Diagnostic positif (aucun n'est pathognomonique)	Tests diagnostiques à conduire selon l'anamnèse médicale et l'examen clinique
Douleur ou dysesthésie Plus de 2 h/j Persistante depuis 3 mois Limitée aux muqueuses linguales, buccales et labiales Diurne, ne réveille pas la nuit S'estompe au moment des repas Dysgueusie Xérostomie	Vol. salivaire (non stimulé < 0,2mL/min) Culture bactérienne et fongique Tests allergiques si suspicion Reflux gastrique NFS Glycémie TSH Tests hématologiques : troubles nutritionnels, hormonaux et maladies auto-immunes (Sjögren) Dosage vitamines B1, B2, B6, B9, B12 Dosage ferritine

Tableau 2 issu de *Boucher, Y., & Descroix, V. (2015). Stomatodynie idiopathique. Douleurs Evaluation - Diagnostic - Traitement, 16(2), 86-98.*

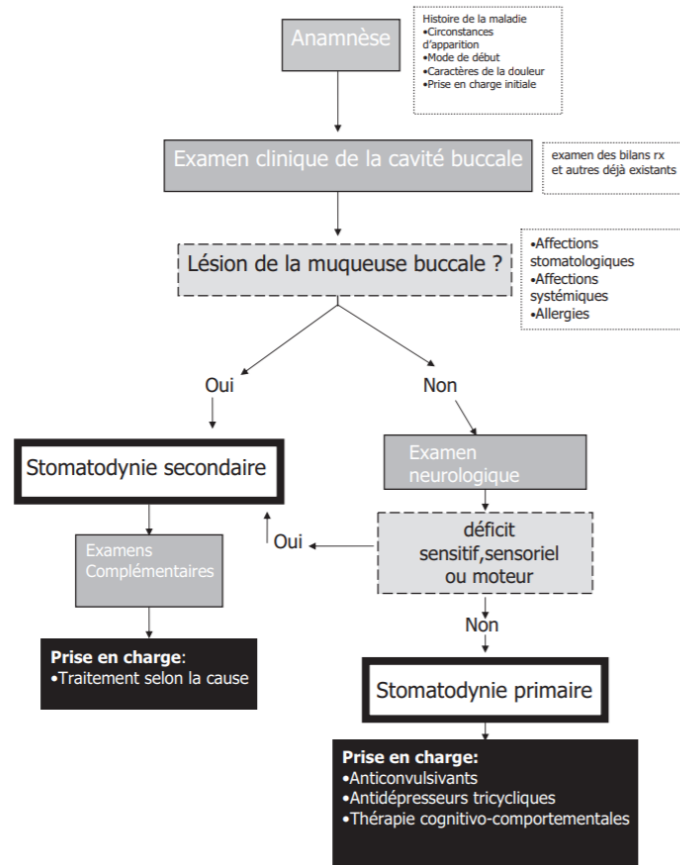


Figure 1 issue de *Madrid, C., Bouferrache, K., Biollaz, B., Möller, P., & Toma, S. (2008). Stomatodynies primaires et secondaires : Un diagnostic difficile. Douleurs Evaluation - Diagnostic - Traitement, 9(6), 298-310.*

I.5) Étiopathogénie

Au fil des années de recherche et d'observations, les auteurs ont définis plusieurs étiologies possibles.

I.5.1) Psychogène

Comme nous l'avons exprimé plus haut, la plupart des patients possède un profil psychologique type marqué par l'anxiété et la dépression. Plusieurs auteurs ont donc cherché à comprendre les liens entre le syndrome et ce profil psychologique (23).

Bien que la prévalence des troubles anxiodépressifs soit plus élevée chez les personnes touchées par la stomatodynie primaire, ils ne sont pourtant pas systématiques et la causalité n'a pas pu être démontrée (24).

I.5.2) Endocrine

La forte prévalence de femmes ménopausées a orienté les recherches vers un probable lien entre la baisse des hormones gonadiques féminines et l'apparition de la stomatodynie primaire.

Les femmes ménopausées observent une chute du taux de leurs hormones gonadiques, tout comme les femmes ovariectomisées. Ces dernières présentent une forte prévalence de brûlures buccales selon Ferguson MM *et al.* Néanmoins l'étude réalisée par Ferguson MM *et al.* ne permet pas de conclure à un effet du traitement hormonal sur les symptômes de ces femmes (25).

Plusieurs recherches cliniques ont été menées dont celles de Forabosco A *et al.* (26) qui visait à tester l'efficacité d'un traitement hormonal sur les femmes ménopausées atteintes d'« inconfort oral ». Ce terme trop large ne permet pas d'avancer de preuve concernant la stomatodynie primaire car il englobe également les inconforts liés aux ulcérations de la muqueuse buccale et l'atrophie gingivale diffuse.

I.5.3) Neuropathique

La piste neuropathique a été explorée par plusieurs chercheurs dont Jaaskelainen *et al*, en 1997 qui a permis, grâce à une expérience sur le réflexe trigéminofacial, de démontrer une atteinte neuropathique des patients atteints de stomatodynie (27). Plus tard, d'autres études sont venues étayer ces propos en démontrant l'existence d'une neuropathie sensorielle des petites fibres de la langue chez les malades (28). C'est l'hypothèse qui est privilégiée aujourd'hui.

I.6) Prise en charge des patients

Compte-tenu de son étiopathogénie complexe, la stomatodynie primaire est difficile à traiter et il n'existe, à l'heure actuelle, aucun consensus sur une quelconque thérapeutique. Plusieurs thérapeutiques ont été envisagés par les chercheurs (29) :

- **L'acide alpha-lipoïque** : Les études réalisées sur le sujet ont un faible niveau de preuve et sont difficilement comparables entre elles. Elles ne permettent pas de démontrer un effet par rapport au placebo (29).
- **La thérapie comportementale cognitive** : Des études présentent des résultats favorables à une diminution de la douleur sur l'échelle visuelle analogique après 6 mois comparativement aux groupes contrôles. Cependant, ces études ont été réalisées sur des échantillons à petits effectifs et leur niveau de preuve est très faible (30).
- **Les benzodiazépines et plus précisément l'utilisation du clonazépam** : Les études montrent, avec un niveau de preuve modéré, que l'utilisation du clonazépam de manière topique permet une diminution de la douleur après 6 mois par rapport au placebo (31), (32). En revanche, ce médicament ne peut être recommandé compte tenu de l'autorisation de prescription limitée aux neurologues et aux pédiatres (33).
- **Le benzydamine chlorhydrate** : Les études ne mettent pas en évidence d'action par rapport au placebo au bout de 4 semaines (34).
- **Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (sertraline et paroxetine)** : Les études ne permettent pas de montrer l'action de ce traitement après 8 semaines d'utilisation (35).
- **Les antidépresseurs tricycliques (amitriptyline et nortriptyline)** : Aucun essai contrôlé randomisé n'a été trouvé sur l'action de ce traitement sur la stomatodynie primaire. Une étude rétrospective retrouve une efficacité comparable au Rivotril (clonazépam) (36).

II) Etude observationnelle sur un échantillon de 100 patients du parcours de soin avant le diagnostic de stomatodynie primaire

II.1) Introduction

La stomatodynie est une pathologie peu connue des dentistes, des médecins généralistes, des ORL et des dermatologues consultés en première ou deuxième ligne. L'expérience des consultations spécialisées de pathologie de la muqueuse buccale au CHU de bordeaux évoque un parcours chaotique des patients pour lesquels le diagnostic peut prendre plusieurs mois voire plusieurs années. La littérature parue sur le sujet présente la stomatodynie, ses symptômes et ses facteurs favorisants mais rares sont les articles qui s'intéressent au parcours de soins du patient avant la pose du diagnostic (37).

Bien que la stomatodynie ai une faible prévalence au sein de la population générale (38), sa difficulté diagnostique amène à la prescription d'examens complémentaires superflus, parfois invasifs et à la prescription de traitements inutiles et parfois iatrogènes. Cela représente une perte de temps ainsi qu'un coût financier qui pourraient être évités, ou du moins, limités (39). Cette perte de temps dans le diagnostic et la prise en charge entraîne une souffrance des patients de par la douleur de leur syndrome ainsi que par la souffrance psychique créée par une attente qui leur paraît souvent interminable, génératrice d'anxiété.

A ce jour, il n'existe en France qu'une seule étude sur le parcours de soin des patients avant que le diagnostic de stomatodynie ne soit posé (40). Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive observationnelle rétrospective sur un échantillon de 100 patients diagnostiqués dans l'Unité d'Activité Médicale de pathologie de la muqueuse buccale du CHU de Bordeaux. L'objectif principal de l'étude était de **décrire le temps entre le début des symptômes et le diagnostic**. Les objectifs secondaires étaient de décrire :

- Le nombre et la nature des professionnels de santé consultés avant le diagnostic,
- Le nombre et la nature des faux diagnostics évoqués,
- Le nombre et la nature des examens complémentaires réalisés par les patients,
- Le tableau clinique des patients.

II.2) Matériel et méthode

II.2.1) Type d'étude

Une étude rétrospective observationnelle monocentrique a été réalisée. Elle était à la fois quantitative et qualitative.

II.2.2) Population étudiée

La population source était constituée des patients ayant consulté pour une stomatodynie primaire dans l'Unité d'Activité Médicale de pathologies des muqueuses et douleurs orofaciales chroniques du CHU de Bordeaux entre le 11 février 2019 et le 28 février 2020. L'ensemble des diagnostics ont été posé par le Professeur JC Fricain.

Les critères d'inclusion étaient :

- De consulter pour une stomatodynie,
- D'avoir un diagnostic de stomatodynie primaire posé par un praticien unique expérimenté sur la base de l'interrogatoire et de l'examen clinique (figure 1),
- D'avoir un diagnostic de stomatodynie primaire préalablement à la réalisation du questionnaire,
- De ne pas exprimer d'opposition à ce type de recherche (principe de non-opposition).

Les critères de non-inclusion étaient :

- Les patients opposés à la recherche,
- Les patients présentant une stomatodynie secondaire,
- Les patients diagnostiqués avec une stomatodynie primaire par un autre praticien que Professeur JC Fricain,
- Les patients diagnostiqués par Professeur Fricain en dehors de la période d'inclusion dans l'étude.

Un échantillon de 100 participants a été recruté afin d'avoir une puissance statistique et une validité interne suffisante.

La durée de la recherche était égale à la durée de la période d'inclusion des participants dans l'étude, soit du 11/02/2019 au 28/02/2020.

II.2.3) Variables

II.2.3.1) Critère de jugement principal

Il a été défini par le nombre de mois entre le début des symptômes et le diagnostic.

II.2.3.2) Critères de jugement secondaire

Nous avons choisi les critères de jugements secondaires suivants :

- Le nombre de praticiens vu par les patients avant le diagnostic de la stomatodynie dans l'UAM de pathologie des muqueuses et douleurs orofaciales chroniques de Bordeaux,
- La spécialité des professionnels de santé consultés,
- Le nombre et la nature des diagnostics évoqués avant le diagnostic,
- Le nombre et la nature des examens complémentaires prescrits avant le diagnostic,
- Les traitements prescrits avant le diagnostic.

II.2.4) Source et archivage des données

Les données ont été extraites des dossiers médicaux des patients, recueillies dans le cadre de leur suivi habituel et donc étant hors champ de la loi Jardé. Cette étude n'a donc pas fait l'objet d'une soumission au comité de protection des personnes. Ce projet a été déclaré à la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation le 7 mai 2020 et au Délégué à la protection des données (DPO) le 24 avril 2020.

Afin de conserver l'anonymat des patients de l'étude, nous avons attribué des codes numériques individuels numérotés de 001 à 100 dans l'ordre d'inclusion des participants dans l'étude. Une table de correspondance a ensuite été rédigée au format papier, elle est conservée dans un classeur prévu à cet effet. Les codes numériques obtenus ont ensuite été utilisés pour l'analyse des données de l'étude colligées dans un dossier Excel. Dans un souci de

confidentialité, le fichier Excel est hébergé dans un ordinateur du service de chirurgie orale du CHU de Bordeaux, protégé par un mot de passe.

II.2.5) Méthodologie statistique

Dans cette étude, nous avons réalisé une analyse descriptive guidée par des variables à la fois qualitatives (ordinales et nominales) et quantitatives discrètes. Nous n'avons pas établi de test car une simple description brute des variables étudiées suffit. En effet, nous n'avons pas de comparaison à effectuer entre deux ou plusieurs groupes. Nous avons donc analysé des paramètres de position et de dispersion à l'aide de représentations graphiques dans les résultats.

Tous les résultats ont été traités grâce au logiciel Excel.

II.3) Résultats

II.3.1) Présentation de la population étudiée

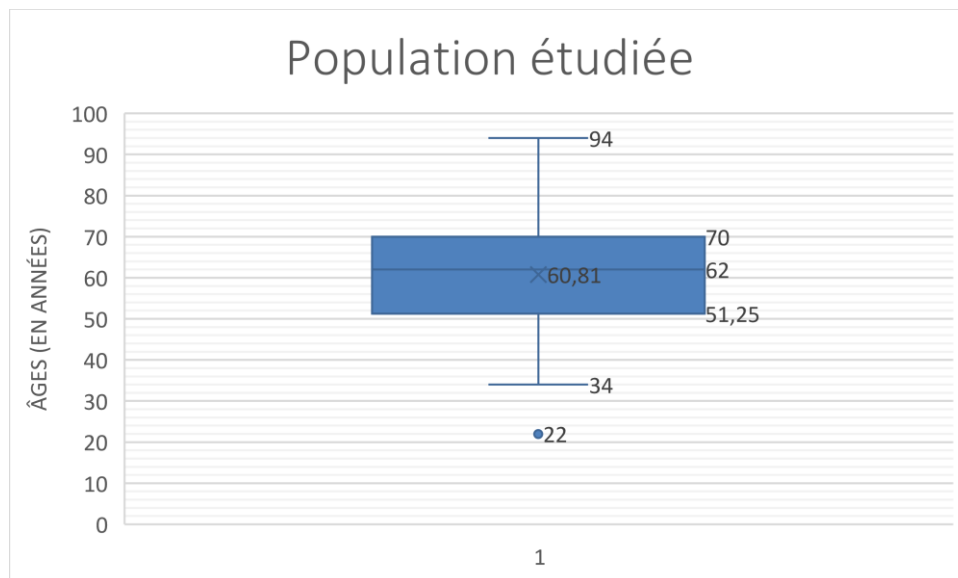


Figure 2 : Age de la population

La moyenne d'âge de la population étudiée était de 60,81 ans, avec une médiane à 62 ans. Les âges maximum et minimum étaient respectivement 94 ans et 22 ans (Figure 2). L'écart-type était de 14,53 ans.

On comptait 88% (n=88) de femmes dont 77,3% (n=68) étaient ménopausées (arrondi au dixième près).

Un épisode d'anxiété pathologique ou de dépression était retrouvé chez 53% (n=53) des patients.

II.3.2) Symptômes présents

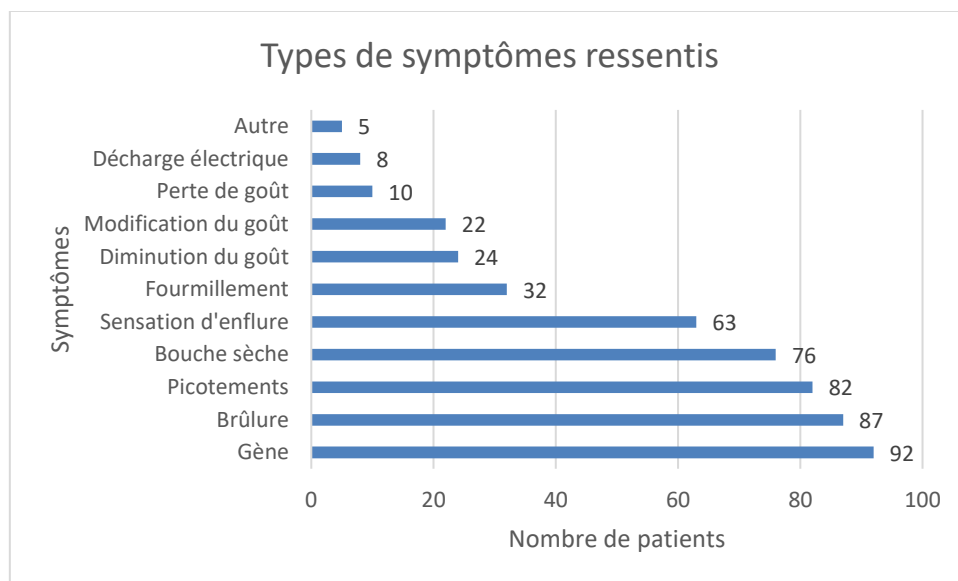


Figure 3 : Principaux symptômes

Le symptôme le plus décrit était une sensation de gêne ; 92% des patients (n=92). La sensation de brûlure revient dans 87% des cas (n=87), et celle de picotements dans 82% des cas (n=82).

Les symptômes siégeaient majoritairement au niveau de la langue (chez 81 patients) mais d'autres zones étaient touchées comme le palais (chez 30 patients) ou encore les lèvres (chez 26 patients) (Figure 4).

Ce graphique présente les résultats chez 99 patients. Une information sur la localisation des symptômes n'a pu être renseignée pour un des patients.

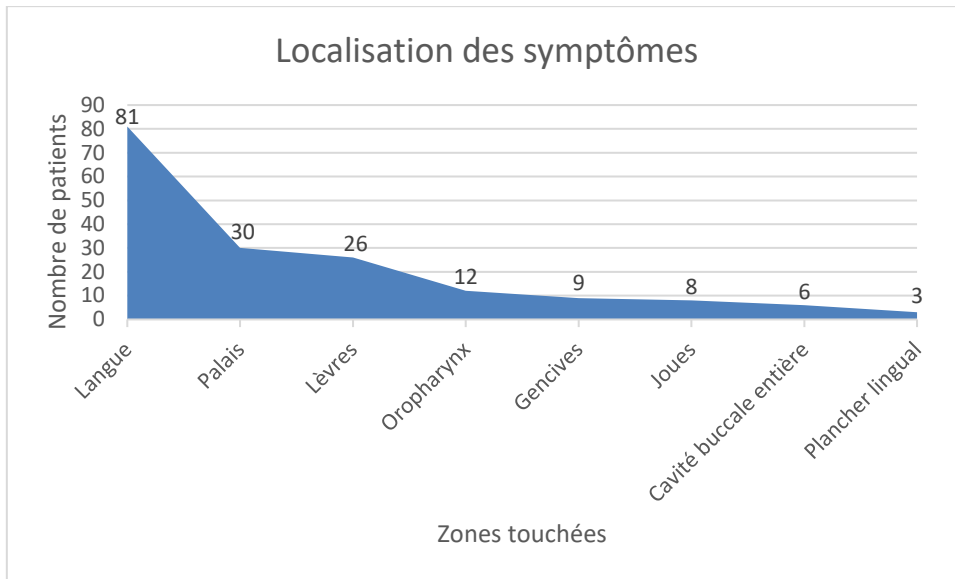


Figure 4 : Localisation des symptômes

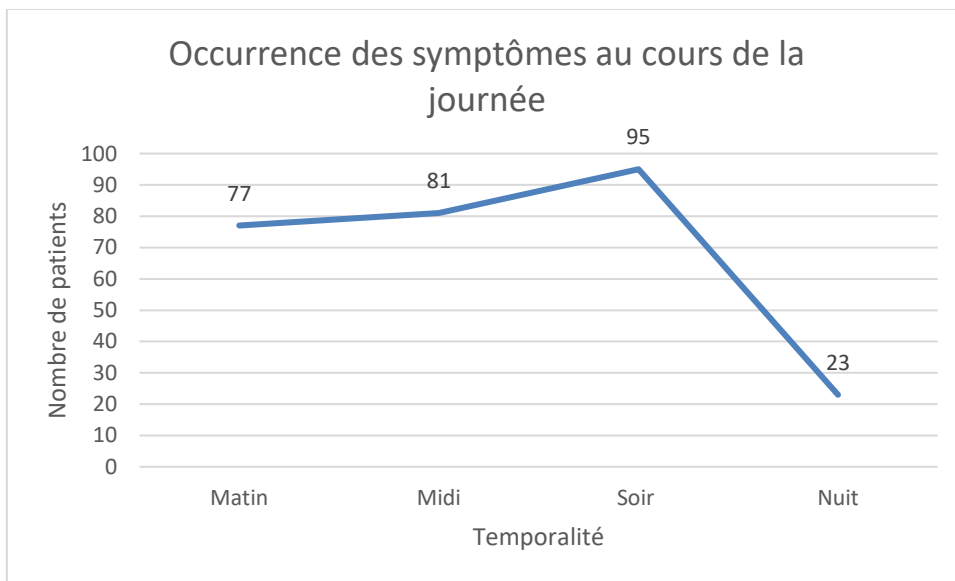


Figure 5 : Evolution des symptômes au cours de la journée

Temporalité	Nombre de patients
Matin seul	2
Midi seul	1
Soir seul	15
Nuit seul	1
Matin et midi	1
Midi et soir	5
Soir et nuit	1
Matin, midi et soir	53
Matin, midi, soir et nuit	21

Tableau 3 : Occurrence des symptômes au cours de la journée

Chez la majorité des patients, les symptômes survenaient toute la journée (dans 74% des cas (n=74) ; le « matin, midi et soir » ou le « matin, midi, soir et nuit ». Le soir, les symptômes étaient présents, chez 95% des patients (n=95) (Tableau 3, Figure 5).

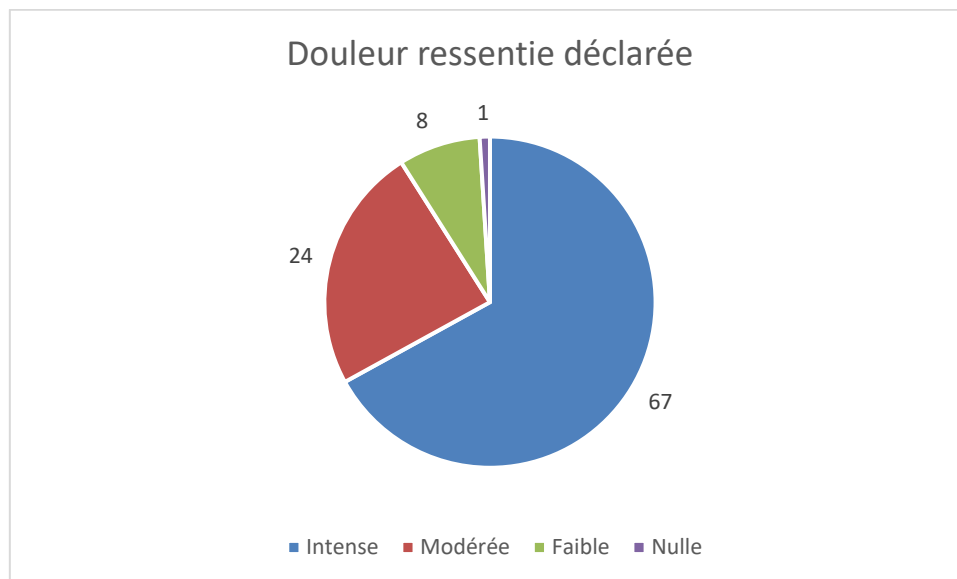


Figure 6 : Intensité de la gêne

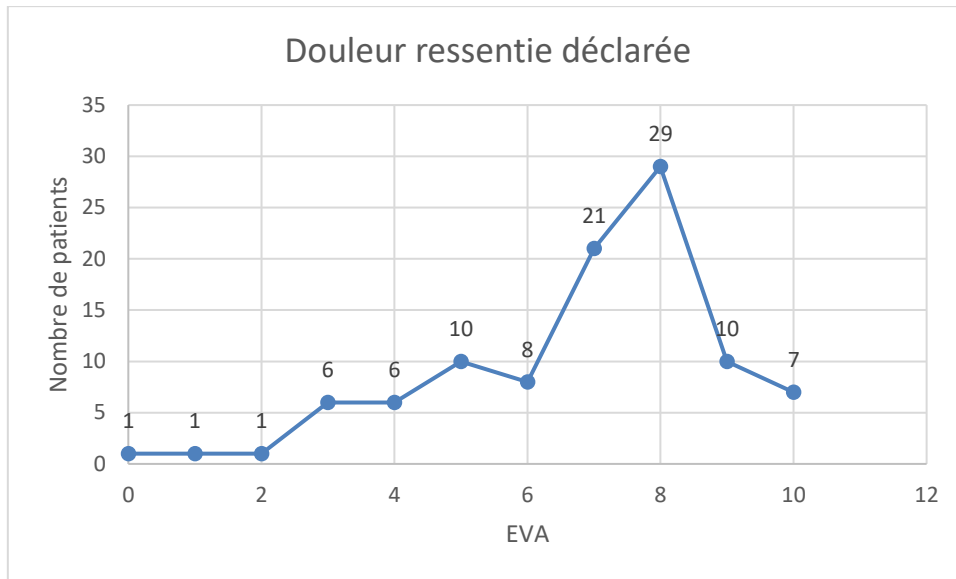


Figure 7 : Gêne déclarée

Une gêne intense était déclarée dans 67% des cas (n=67), c'est-à-dire une gêne située entre 7 et 10 sur l'échelle visuelle analogique (EVA) (Figure 6). La figure 7 montre plus précisément une EVA de 8 chez 29% des patients (n=29), ce qui représentait l'EVA la plus déclarée par les patients de l'échantillon. En moyenne on observe une EVA de 6,85 avec une médiane de 7.

II.3.3) Critère de jugement principal de l'étude

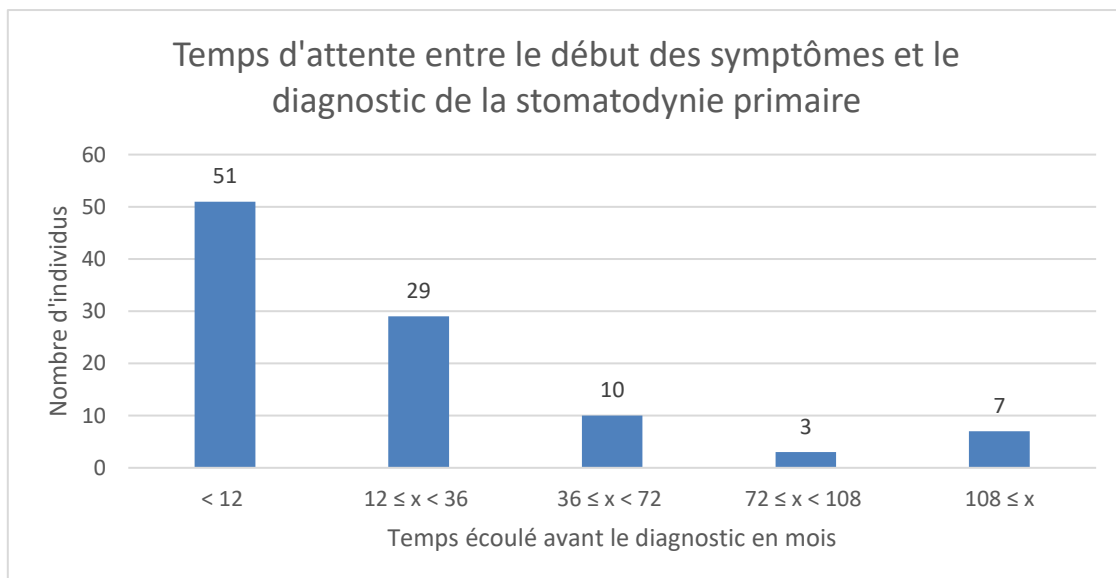


Figure 8 : Délai entre le début des symptômes et le diagnostic

Dans 49% (n=49) des cas, le délai entre le début des symptômes et le diagnostic de stomatodynie primaire était supérieur à 12 mois dont 20% (n=20) au-delà de 36 mois (Figure 8).

En moyenne, on évaluait le délai à 25,3 mois par patient avec une médiane de 11. L'étendue était de 2 à 240 mois (soit 20 ans) (Figure 8).

16% des patients (n=16), soit l'effectif le plus élevé, avait attendu 12 mois avant d'obtenir le diagnostic de stomatodynie primaire (Figure 9).

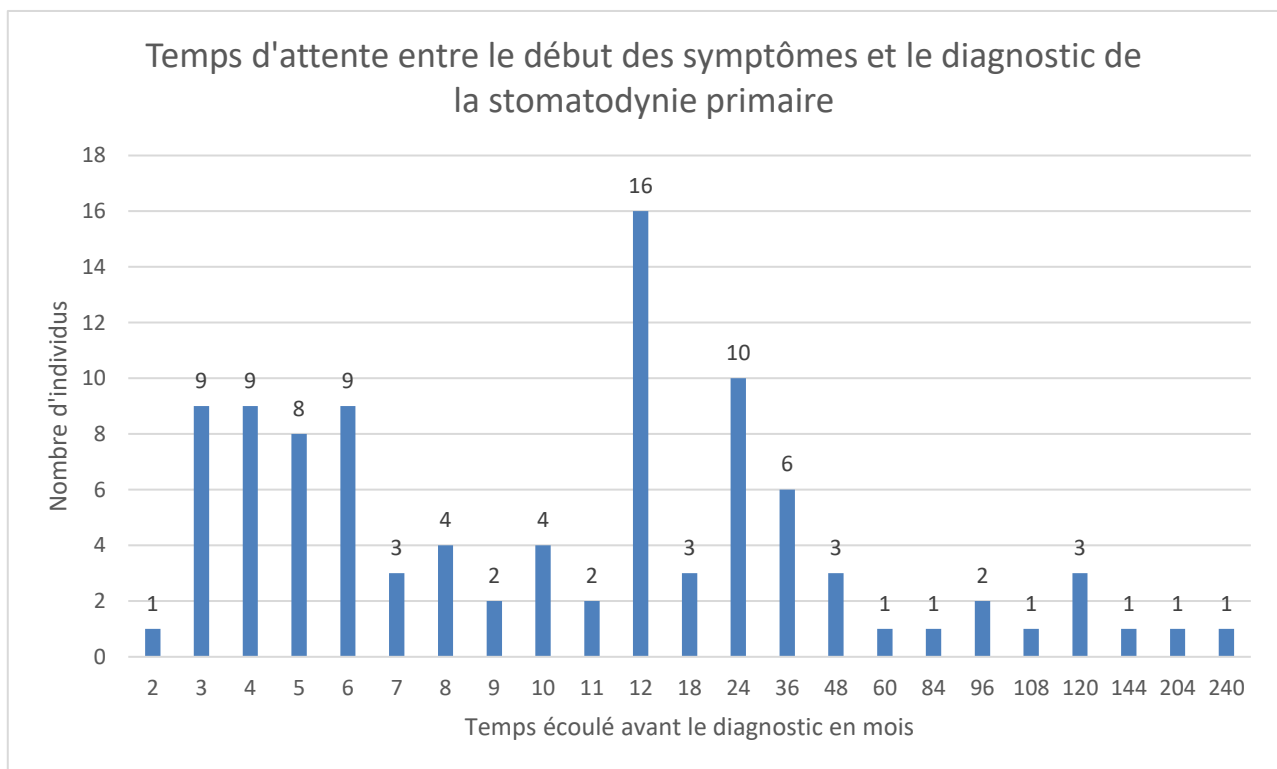


Figure 9 : Délai entre le début des symptômes et le diagnostic

II.3.4) Critères de jugement secondaires de l'étude

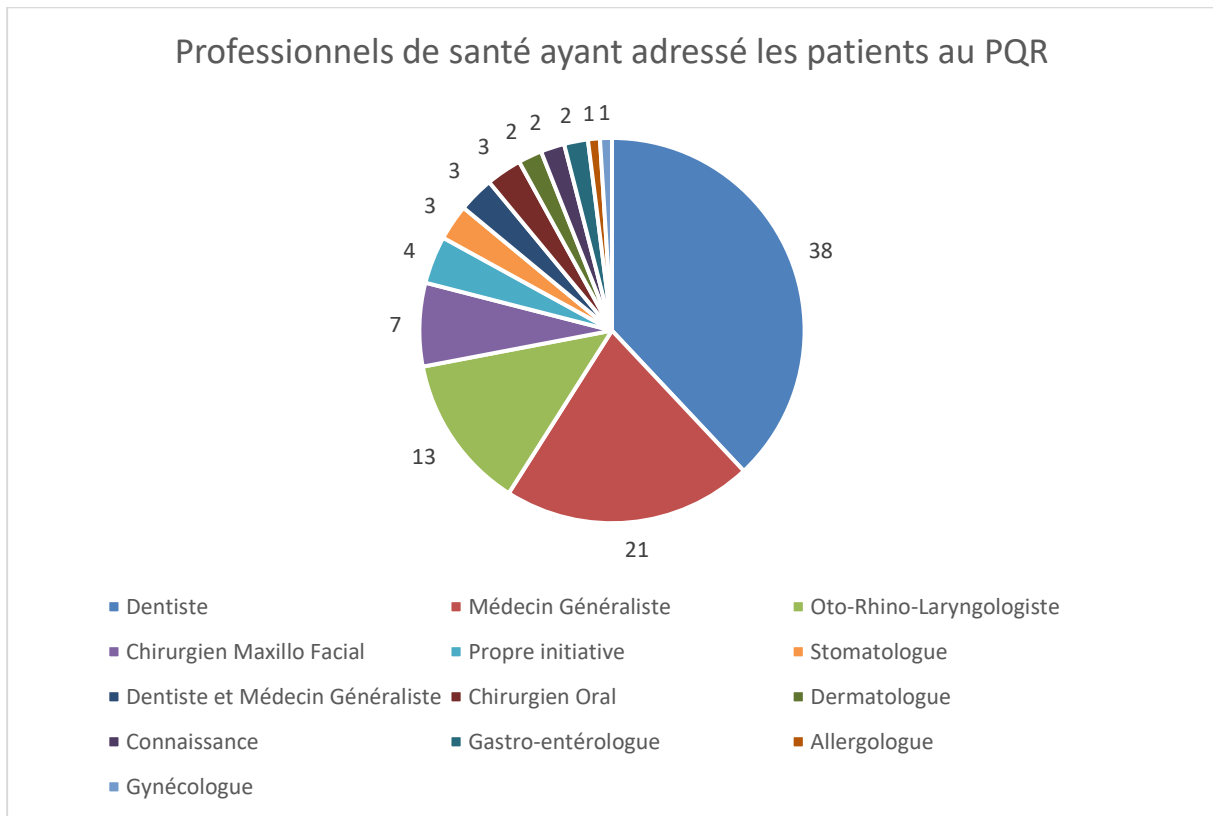


Figure 10 : Répartition des professionnels de santé ayant adressé leurs patients dans l'UAM de pathologie des muqueuses et douleurs orofaciales

Dans la majorité des cas, 38% (n=38), les patients ont été adressés par leurs dentistes. En seconde position, ce sont les médecins généralistes, dans 21% des cas (n=21), puis les oto-rhino-laryngologistes avec 13% des patients de l'échantillon (n=13) (Figure 10).

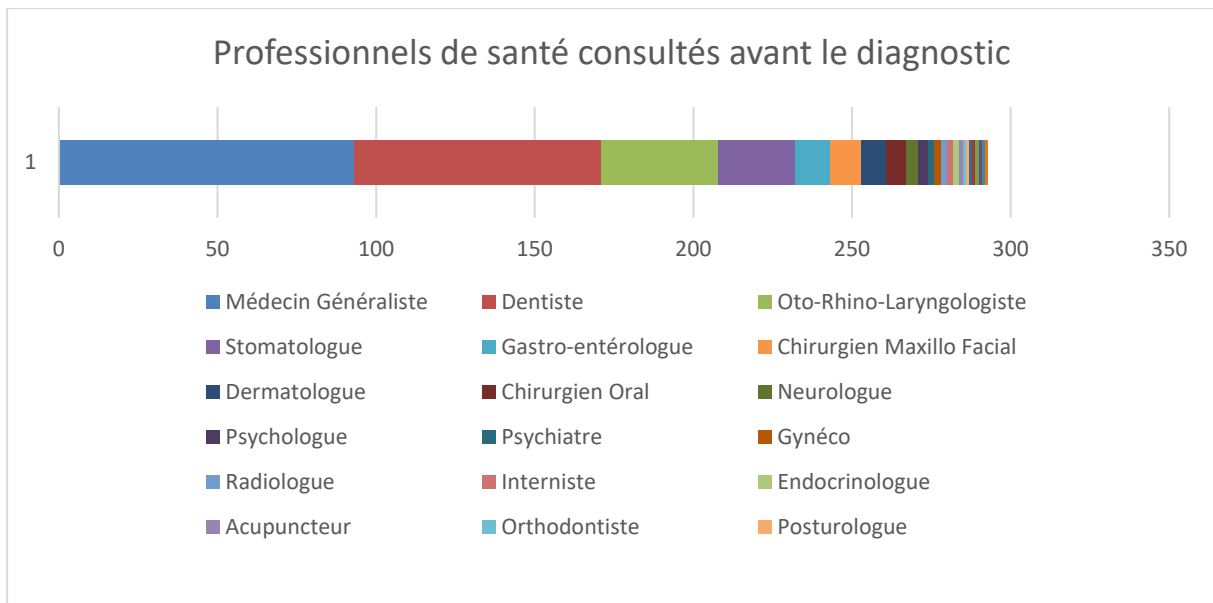


Figure 11 : Spécialités des professionnels de santé consultés avant le diagnostic de stomatodynie

Les 100 patients de l'échantillon ont consulté au total 293 professionnels de santé soit en moyenne 2,93 praticiens pour 1 malade avec une médiane de 3 ; l'étendue était de 1 à 7 praticiens. Les trois spécialistes les plus consultés étaient les médecins généralistes (avec un total de 93 praticiens consultés), puis les dentistes (78 dentistes ont été sollicités), et les oto-rhino-laryngologistes (n=37). Le reste du graphique met en évidence le large panel de spécialités médicales sollicité (Figure 11).

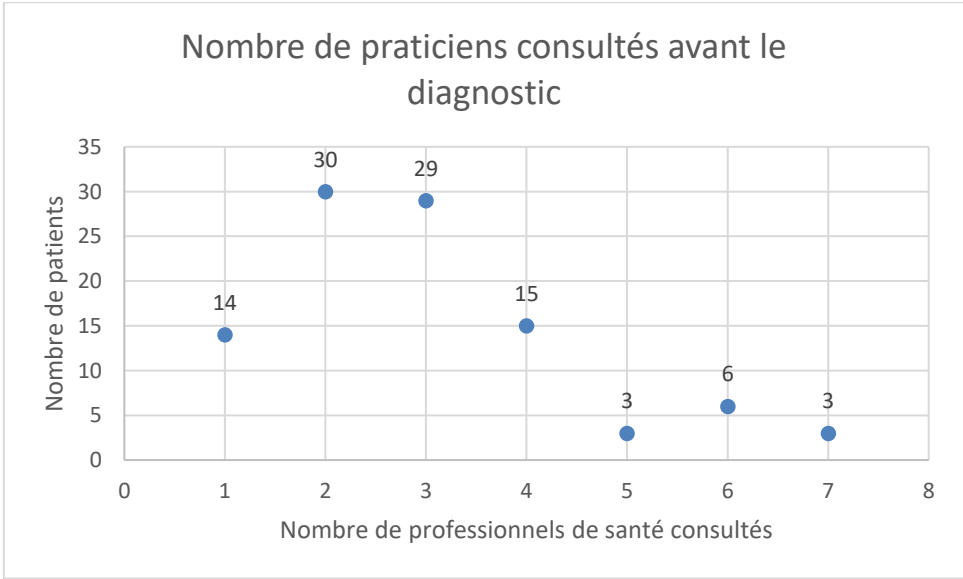


Figure 12 : Nombre de praticiens consultés avant le diagnostic

Le nuage de points de la figure 12 montre que la majorité des patients de l'échantillon, 59% (n=59), avait consulté deux ou trois professionnels de santé différents avant d'être adressé dans l'UAM de pathologie des muqueuses et douleurs orofaciales chroniques. On remarque également que 12% des patients (n=12) ont consulté entre cinq et sept praticiens.

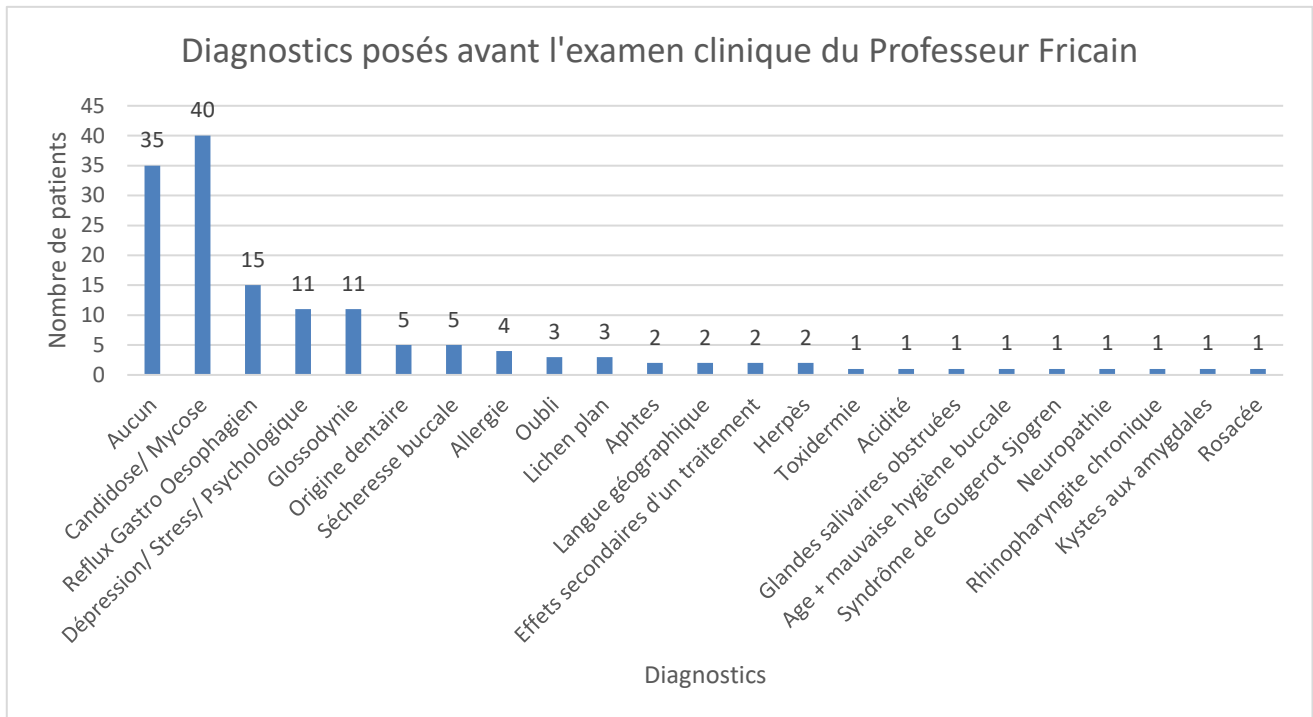


Figure 13 : Diagnostics évoqués avant la consultation dans l'UAM pathologies des muqueuses buccales et douleurs orofaciales

Cet histogramme (Figure 13) présente les différents diagnostics posés par les praticiens avant la consultation au PQR et donc avant le diagnostic de stomatodynie primaire par professeur Fricain. On remarque que dans 35% des cas (n=35), aucun diagnostic n'a été posé. Dans 40% des cas (n=40), la stomatodynie a été confondu avec une mycose buccale et le deuxième diagnostic le plus évoqué sont les reflux gastro-œsophagiens chez 15% des patients (n=15).

Cependant, on observe que le diagnostic de « glossodynie » a été évoqué pour 11 patients.

Des examens complémentaires ont été prescrits avant le diagnostic (Figure 14).
 Pour 50% des patients (n=50), aucun examen complémentaire n'a été prescrits mais 24 patients ont eu des numérations formule sanguine et 23 patients ont subis des prélèvements cytobactériologiques ou microbiologiques.

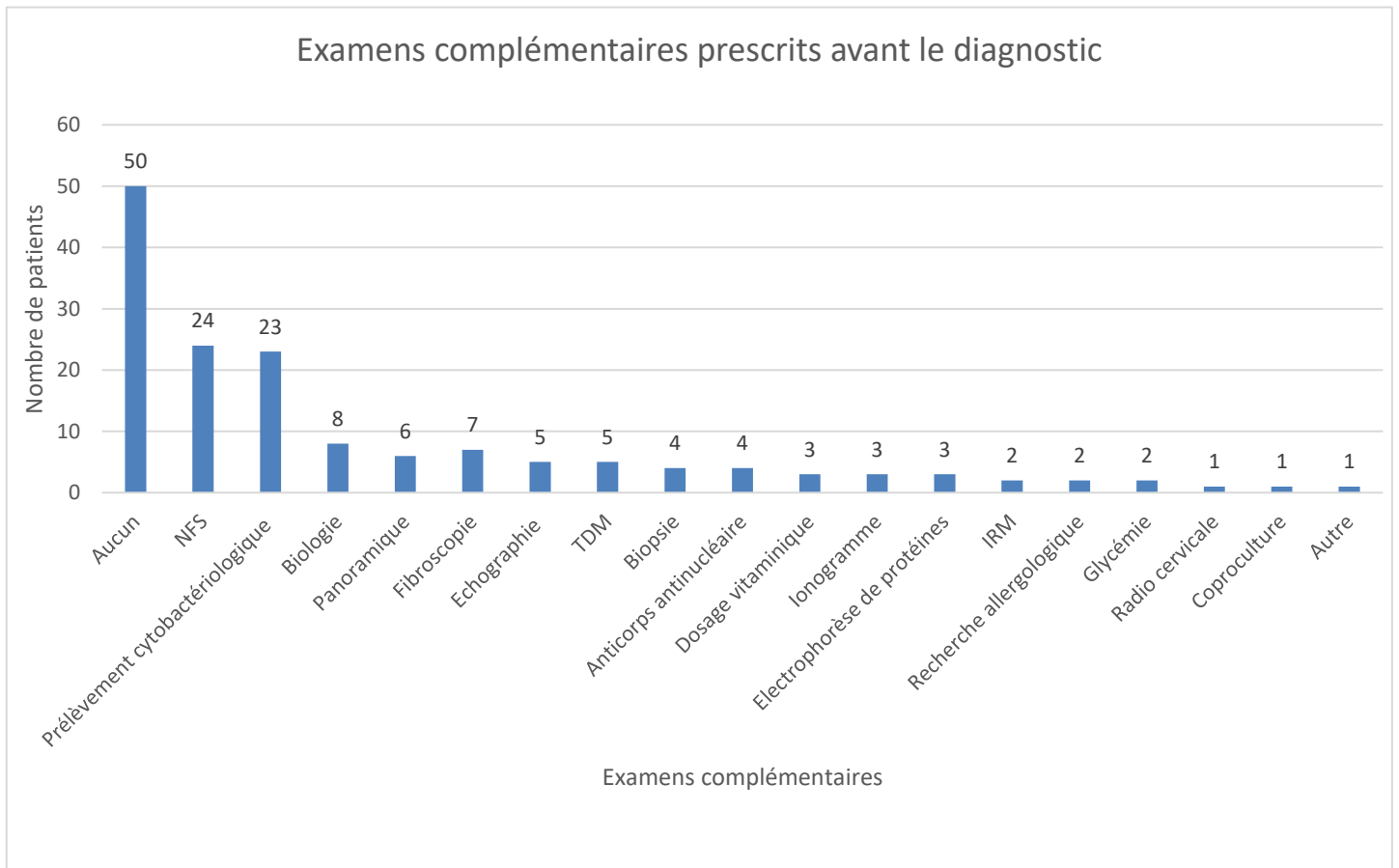


Figure 14 : Examens complémentaires prescrits avant le diagnostic dans l'UAM pathologies des muqueuses buccales et douleurs orofaciales

La figure 15 présente les traitements prescrits aux patients avant le diagnostic de stomatodynie primaire. Chez 21% des patients (n=21), aucun traitement n'a été prescrit. Puis on remarque plusieurs traitements qui reviennent de façon récurrente comme les antifongiques et antimycosiques (prescrits 72 fois), les bains de bouche (prescrits 35 fois) ou bien les inhibiteurs de la pompe à protons ainsi que les anti-ulcéralants et les antiacides d'action locale (prescrits 25 fois).

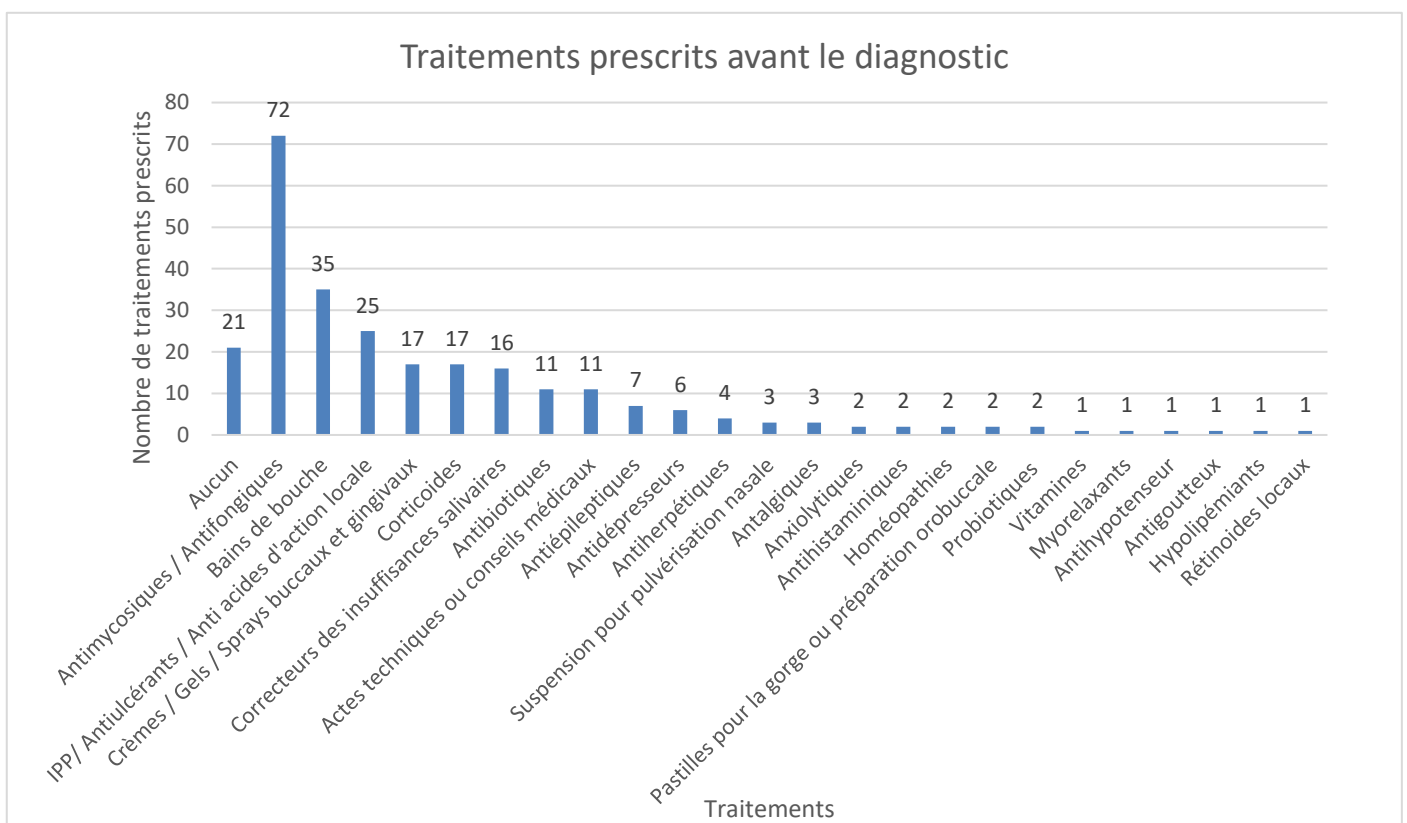


Figure 15 : Traitements prescrits avant le diagnostic dans l’UAM pathologies des muqueuses buccales et douleurs orofaciales

II.4) Discussion

II.4.1) Rappels des résultats

Notre objectif principal était de mettre en évidence l'existence ou non d'un diagnostic retardé de la stomatodynie primaire. Les résultats obtenus montrent un retard diagnostic supérieur à 12 mois dans la moitié des cas ainsi qu'un nomadisme médical et de nombreux diagnostics erronés. Dans les cas où le diagnostic était évoqué, les traitements étaient inadaptés.

II.4.2) Principales forces de l'étude

Cette étude est l'une des rares qui traite de l'errance médicale avant le diagnostic de la stomatodynie. Beaucoup d'écrits et d'études ont été réalisés sur les symptômes, les populations atteintes, ou encore les traitements disponibles mais la question du diagnostic retardé n'avait pour l'instant fait l'objet que de deux études (40) (41).

Le questionnaire que nous avons élaboré est composé de beaucoup de questions ouvertes ce qui évite d'influencer les réponses des participants à l'étude. De ce fait, les biais d'évaluation subjective de l'enquêteur ont pu être évités.

Concernant le recrutement des participants dans l'étude, les critères d'inclusion et d'exclusion strictes ainsi que le diagnostic unique par un praticien expérimenté évitaient les biais de sélection et conféraient une absence de variabilité inter enquêteurs. Enfin, le mode de recrutement n'a pas créé de biais car tous les patients de l'échantillon ont été adressés par d'autres professionnels de santé ou sont venus de leur plein gré grâce au « bouche à oreille ». On peut donc affirmer le caractère strictement observationnel de notre étude.

Notre étude est rétrospective, basée sur un questionnaire unique, ce qui nous évite le problème des « perdus de vue » et présente des résultats complets.

Nous avons essayé de limiter au maximum les biais en les anticipant lors de la rédaction du protocole mais également en les prenant en compte dans notre analyse statistique par la suite.

Tout d'abord, le biais de sélection a été particulièrement contrôlé car c'est un des biais qui revient le plus souvent dans les études liées à la stomatodynie primaire.

En effet, la plupart du temps la validité externe est diminuée car la sélection de la population étudiée est faite par plusieurs praticiens et il arrive que certains cas de stomatodynie secondaire viennent polluer les résultats. Ici, tous les participants ont été sélectionnés par le professeur Fricain et des critères d'inclusion et d'exclusion strictes ont été définis afin d'éviter les biais de sélection.

Au niveau des biais de classement, nous pouvons seulement affirmer qu'il existe un biais de mémorisation systématique car le mode de recueil des données est déclaratif et n'a été réalisé qu'une seule fois par participant. Afin de limiter ce type de biais au maximum, nous avons fait en sorte d'avoir des questionnaires standardisés, objectifs et validés. De plus, le fait que seul le Professeur Fricain sélectionne les patients diminue également fortement les biais de classement car cela garantit l'absence de variabilité inter-enquêteurs.

Pour finir, il n'existe pas de biais de confusion car l'étude réalisée ne comporte qu'un seul groupe. Le seul facteur de confusion qui pourrait ressortir serait un défaut de mémorisation des participants mais ce biais, comme précisé ci-dessus, rentre dans le cas des biais de classement.

II.4.3) Limites de l'étude

Malgré nos efforts pour limiter les biais, nous pouvons relever l'existence de biais de mémorisation car le mode de recueil déclaratif unique induit forcément de potentiels erreurs. Cela aurait pu être minimisé par une deuxième vérification.

La population étudiée concernait uniquement Bordeaux et ses alentours étant donné que l'étude était monocentrique, plusieurs paramètres démographiques ont pu être occultés. Il en va de même pour la période d'inclusion des patients dans l'étude qui ne s'étend qu'à une année, ce qui est faible.

II.4.4) Comparaison avec l'étude de Mignogna *et al.*

Dans cette étude, le délai entre l'apparition de symptômes et le diagnostic était de 34 mois en moyenne avec une médiane de 13 mois et une étendue de 1 à 348 mois.

Dans notre cohorte, on relevait un délai moyen de 25,3 mois avec une médiane de 11. L'étendue était de 2 à 240 mois.

Dans l'étude de Mignogna *et al.* 188 praticiens ont été consultés par les 59 patients de l'échantillon soit une moyenne de 3,19 praticiens par patient (arrondi au centième près).

Notre étude quant à elle met en évidence 2,93 praticien par patient.

Les deux études montrent un large panel de professionnels de santé.

Dans l'étude de Mignogna *et al.* Pour 29,2% de patients aucun diagnostic n'a été évoqué contre 35% dans notre étude.

Bien que l'étude de Mignogna *et al.* Comporte moins de patients et que les traitements prescrits avant le diagnostic ne soient pas développés, on obtient des conclusions similaires. Le diagnostic de la stomatodynie primaire demeure ardu et entraîne des faux diagnostics ainsi qu'un vagabondage des patients de praticiens en praticiens, et ce, même malgré les 15 ans qui séparent nos deux études.

Cette comparaison justifie la nécessité de former les professionnels de santé de la sphère orofaciale à émettre un diagnostic positif de la stomatodynie primaire.

II.4.5) Comparaison avec l'étude de Thomas *et al.*

Cette étude rassemble 20 patients suivis à l'hôpital Bretonneau pour stomatodynie primaire. Elle met surtout l'accent sur le coût financier que peut impliquer l'errance médicale avant le diagnostic. Le coût moyen s'élève 142,35 euros (arrondi au centième près) par patient. Ceci représente, comme le souligne les auteurs, un préjudice financier pour les patients ainsi que pour l'assurance maladie.

Concernant le nombre moyen de praticiens consultés avant le diagnostic de stomatodynie primaire, il s'élève à 3 également.

Une fois encore, cette comparaison indique une convergence des résultats. L'errance médicale avant le diagnostic de stomatodynie est réelle et lourde de conséquences tant du point de vue humain que financier.

II.4.6) Perspectives

Les résultats obtenus d'une part, et le manque de littérature sur le sujet d'autre part, amènent à une prise de conscience. La stomatodynie primaire ou burning mouth syndrome reste un syndrome plutôt méconnu du corps médical en général. Une formation approfondie semble nécessaire chez les dentistes mais également chez les médecins généralistes et les spécialistes de la sphère orale et du système digestif.

Au vu des nombreux examens complémentaires prescrits et des traitements inadaptés, il apparaît qu'une meilleure formation des professionnels de santé concernés est nécessaire.

Conclusion

Les résultats de notre étude ainsi que les recherches menées au cours de l'élaboration de cette thèse nous ont permis de conclure en répondant à notre problématique :

L'errance médicale des patients précédant le diagnostic de la stomatodynie primaire est bien réelle et touche l'ensemble des patients. De nombreux examens complémentaires et traitements inadaptés sont prescrits aux patients.

Ce travail souligne l'intérêt d'améliorer la formation médicale des dentistes, des médecins généralistes et des ORL sur la stomatodynie primaire.

Bibliographie

1. Bouhassira D. Douleur Pour qu'elle ne soit plus vécue comme une fatalité. [Online].; 2016 [cited 2020 Avril 12. Available from: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>.
2. Peyron R. Physiopathologie de la douleur chronique et ses trois grands types. *Rev Praticien*. 2013; 63(6): 773-778.
3. Cohen SP , Mao J. Neuropathic pain : mechanisms and their clinical implications. *BMJ*. 2014; 348(2323).
4. Laroche F , Rostaing S. Traitement des douleurs dysfonctionnelles en soins de premier recours. *Rev Praticien*. 2013; 63(6): 803-804.
5. Aggarwal A , Panat S. Burning mouth syndrome : A diagnostic and therapeutic dilemma. *J Clin Exp Dent*. 2012; 4(3): 180-185.
6. Grushka M , Epstein JB , Gorsky M. Burning mouth syndrome. *Am Fam Physician*. 2002; 65(4): 615-620.
7. Husson-Bui C , Kuffer R. Diagnostic des paresthésies buccales. *Rev Fr Allergol*. 2010; 50(3): 277-280.
8. Scala A , Checchi L , Montevecchi M , Marini I , Giamberardino MA. Update on burning mouth syndrome : Overview and patient management. *Crit Rev Oral Biol M*. 2003; 14: 275-291.
9. Kohorst J , Bruce A , Torgerson R , Schenck L. The prevalence of burning mouth syndrome : a population-based study. *Brit J Dermatol*. 2015; 172: 1654-1656.
10. Maresky LS , Van der Bijl P , Gird I. Burning mouth syndrome. Evaluation of multiple variables among 85 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1993; 75: 303-307.
11. Maltzman-Tseikhin A , Moricca P , Niv D. Burning Mouth Syndrome : Will Better Understanding Yield Better Management ? *Pain Pract*. 2007; 7(2): 151-162.
12. Bergdahl M , Bergdahl J. Burning mouth syndrome : prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med*. 1999; 28: 350-354.
13. Kohorst J , Baum CL , Schenck L , Torgerson RR , Bruce AJ , Davis MD. Incidence of burning mouth syndrome : a population-based study of Olmsted County, Minnesota. *Minn Med*. 2014; 97(9): 51.
14. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013; 33(9): 629-808.
15. Cibirka RM , Nelson SK , Lefèvre CA. Burning mouth syndrome : a review of etiologies. *J Prosthet Dent*. 1997; 78: 93-97.
16. Abetz LM. Burning mouth syndrome and psychological disorders. *Aust Dent J*. 2009; 54(2): 84-94.
17. Barker K , Savage N. Burning mouth syndrome : an update on recent findings. *Aust Dent J*. 2005; 50: 220-223.
18. López-Jornet P , Camacho-Alonso F , Andujar-Mateos P , Sánchez-Siles M , Gómez-García F. Burning mouth syndrome : An update. *Med Oral Patol Oral*. 2010; 15(4): 562-568.

- 19 Patton LL , Siegel MA , Benoliel R , De Laat A. Management of burning mouth syndrome . : systematic review and management of recommendations. *Oral Surg Oral Med O.* 2007; 103 (Suppl): S39.e1-S39.e13.
- 20 Fricain JC. Glossodynies, Stomatodynies, Syndrome de brûlure de la bouche. *Rev Odont . Stomat.* 2017 Mars; 46: 47-59.
- 21 Fricain JC. Glossodynie, stomatodynie, burning mouth disease. *Rev Odont Stomat.* 2010 . Mai;; 145-148.
- 22 Madrid C , Bouferrache K , Biollaz B , Möller P , Toma S. Stomatodynies primaires et . secondaires : Un diagnostic difficile. *Douleurs.* 2008; 9(6): 298-310.
- 23 Bergdahl J , Anneroth G. Burning mouth syndrome : literature review and model for . research and management. *J Oral Pathol Med.* 1993; 22(10): 433-438.
- 24 Rojo L , Silvestre FJ , Bagan JV , De Vicente T. Prevalence of psychopathology in burning . mouth syndrome. A comparative study among patients with and without psychiatric disorders and controls. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994; 78(3): 312-316.
- 25 Ferguson MM , Carter J , Boyle P , Hart DM , Lindsay R. Oral complaints related to . climacteric symptoms in oophorectomized women. *J Roy Soc Med.* 1981; 74: 492-498.
- 26 Forabosco A , Criscuolo M , Coukos G , et al. Efficacy of hormone replacement therapy in . postmenopausal women with oral discomfort. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992; 73: 570-574.
- 27 Jääskeläinen SK , Forssell H , Tenovuo O. Abnormalities of the blink reflex in burning . mouth syndrome. *Pain.* 1997; 73: 455-460.
- 28 Lauria G. Small fibre neuropathies. *Curr Opin Neurol.* 2005 Oct; 18(5): 591-597.
- 29 Buchanan JA , Zakrzewska JM. Burning mouth syndrome. *BMJ Clin Evid.* 2010; . 2010(1301).
- 30 Bergdahl J , Anneroth G , Perris H. Cognitive therapy in the treatment of patients with . resistant burning mouth syndrome : A controlled study. *J Oral Pathol Med.* 1995; 24(5): 213-215.
- 31 Rodríguez de Rivera Campillo E , López-López J , Chimenos-Küstner E. Response to . topical clonazepam in patients with burning mouth syndrome : a clinical study. *Bull Group Int Rech Sci Stomatol Odontol.* 2010; 49(1): 19-29.
- 32 Gremeau-Richard C , Woda A , Navez ML , et al. Topical clonazepam in stomatodynia : a . randomised placebo-controlled study. *Pain.* 2004; 108(1-2): 51-57.
- 33 Serrie A , Authier N , Azria R , et al. *ansm.sante.fr.* [Online].; 2011 [cited 2020 Mai 2]. Available from: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3de3f45af94fd63d325939f129f018f1.pdf.
- 34 Sardella A , Uglietti D , Demarosi F , Lodi G , Bez C , Carrassi A. Benzydamine . hydrochloride oral rinses in management of burning mouth syndrome : A clinical trial. *Oral Surge Oral Med O.* 1999; 88(6): 683-686.
- 35 Maina G , Vitalucci A , Gandolfo S , Bogetto F. Comparative efficacy of SSRIs and . amisulpride in burning mouth syndrome : A single-blind study. *J Clin Psychiatry.* 2002; 63(1): 38-43.
- 36 Quinque E , Fénelon M , Catros S , Fricain JC. Etude rétrospective de l'effet du clonazepam . et de l'amitryptiline dans le traitement des stomatodynies. In 62ème Congrès de la SFCO 02011; 2014.

- 37 Melin C , Boucher Y. Les défis de la douleur en France, douleurs orofaciales. Livre blanc . de la douleur; 2017.
- 38 Boucher Y , Descroix V. Stomatodynie idiopathique. Douleurs. 2015; 16(12): 86-98.
- 39 Haberland CM , Allen CM , Beck FM. Referral patterns, lesion prevalence, and patient care . parameters in a clinical oral pathology practice. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999; 87: 583-588.
- 40 Thomas A , Moreau N , Ejeil AL. Les glossodynies expérience à l'hôpital Bretonneau. ID. . 2014 Novembre; 40: 24-31.
- 41 Mignogna MD , Fedele S , Lo Russo L , Leuci S , Lo Muzio L. The diagnosis of burning . mouth syndrome represents a challenge for clinicians. J Orofac Pain. 2005; 19(2): 168-173.

Annexe

Etiquette patient

Date :

Questionnaire médical

Projet de thèse 2018-2019 | Camille Debouté étudiante en sixième année d'odontologie

Objectif

L'objectif de ce questionnaire est de recenser un maximum de patients atteint de stomatodynie afin de comprendre le parcours de soin préalable à leur diagnostic.

Les informations collectées serviront à l'étude de la pathologie qu'est la stomatodynie et à l'élaboration de ma thèse.

Merci pour votre participation.

Informations générales

- Année de naissance :
- Sexe : Féminin Masculin
- Si vous êtes une femme, êtes-vous ménopausée ? Oui Non
- Avez-vous des troubles hormonaux, et si oui lesquels ? Oui Non

.....

- Activité professionnelle :

- Suivez-vous un traitement médical, et si oui lequel ? Oui Non

.....

.....

.....

- Avez-vous des enfants ? Oui Non
- Avez-vous déjà subi un ou plusieurs épisodes d'anxiété ou de dépression ? Oui Non

Symptomatologie

- Cocher les sensations ressenties :
 - Brûlure
 - Fourmillement
 - Décharge électrique
 - Gêne

- Picotement
 - Sensation d'enflure
 - Bouche sèche
 - Diminution du goût
 - Modification du goût (si oui, décrivez)
 - Perte de goût
 - Autre
- Où sont situées ces douleurs ?
-
-
- Quand ressentez-vous ces douleurs ? Le matin Le midi Le soir La nuit
- Depuis combien de temps ?
- Évaluez sur une échelle de 0 à 10 la douleur ressentie (0 représentant l'absence de douleur et 10 la douleur la plus forte que l'on puisse imaginer) :



Parcours de soin

- Comment avez-vous eu ce rendez-vous médical :
 - Recommandé par une connaissance
 - Par votre propre initiative
 - Adressé par un médecin généraliste
 - Adressé par un médecin spécialiste ? Si oui précisez la spécialité
 - Adressé par un dentiste
 - Autre :
- Combien de professionnels de la santé avez-vous vu avant cette consultation ?
- Quels sont les spécialistes que vous avez consultés ?

.....

.....

.....

- Quels sont les diagnostics évoqués par ces docteurs ?

.....

.....

.....
.....

· Quels sont les traitements qui vous ont été prescrits suite à ces consultations médicales ? (Précisez les posologies et durées de traitements si possible) :

.....
.....
.....
.....

· Ces traitements ont-ils eu une incidence sur vos symptômes, et si oui, laquelle ?

.....
.....

· Avez-vous eu des examens complémentaires, et si oui, lesquels ?

.....

Satisfaction

· La consultation avec le Professeur Fricain vous a-t-elle permis de comprendre cette pathologie ?
Oui Non

· Etes-vous satisfait du traitement prescrit (si déjà mis en place) ? Oui Non

· Après 3 mois de traitement, évaluez sur une échelle de 0 à 10 la douleur ressentie (0 représentant l'absence de douleur et 10 la douleur la plus forte que l'on puisse imaginer) :



Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.
Camille Debouté

Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

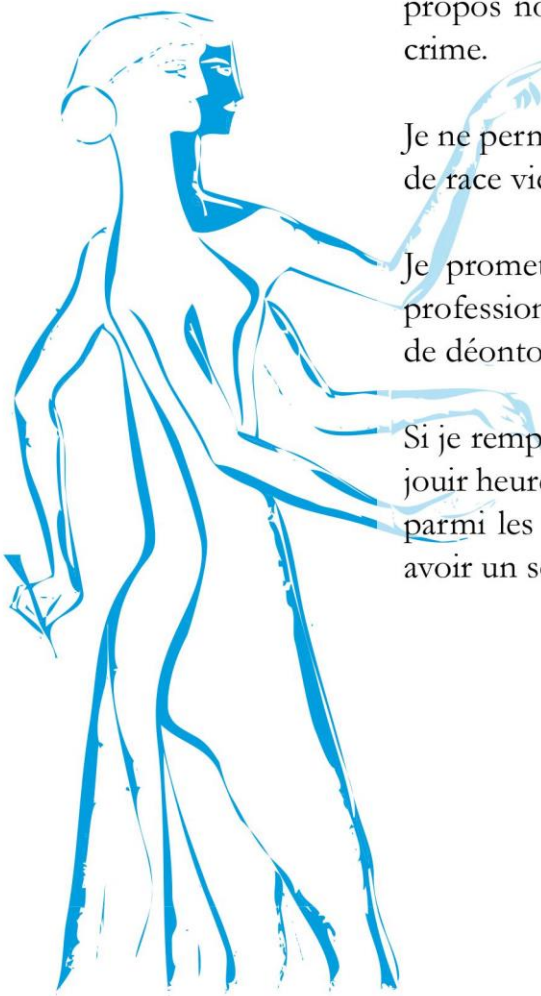
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Résumé

La stomatodynie primaire est un syndrome peu connu des professionnels de santé, dont la prévalence au sein de la population générale se situe entre 0,1% et 16,9%. Cela entraîne une errance médicale des patients et un retard diagnostique. Cette problématique associée au manque de littérature sur le sujet crée un allongement de la souffrance des patients. Entre le 11 février 2019 et le 28 février 2020, nous avons mené une étude clinique rétrospective monocentrique au sein de l'Unité d'Activité Médicale de pathologies des muqueuses et douleurs orofaciales chroniques du CHU de Bordeaux. 100 patients atteints de stomatodynie primaire ont été inclus dans l'étude. L'analyse des résultats a permis de démontrer une attente moyenne de 25,3 mois avant le diagnostic, un nombre conséquent de faux diagnostics ainsi que la mise en place de traitements et d'examens complémentaires inadaptés. L'errance dont les patients sont victimes mène à des préjudices moraux et financiers. Notre travail a pour but à plus long terme de sensibiliser les praticiens de la sphère ORL et les médecins généralistes ainsi que d'optimiser la prise en charge des patients atteints de stomatodynie primaire afin de réduire le temps d'attente avant leur diagnostic.

Abstract

Burning Mouth Syndrome (BMS) is poorly known to health professionals, with a prevalence in the general population of between 0.1% and 16.9%. It leads to medical wandering of patients and delayed diagnosis. This problem, combined with the lack of literature on the subject, leads to increased patient suffering. Between 11 February 2019 and 28 February 2020, we conducted a monocentric retrospective clinical study within the Medical Activity Unit of mucous membrane pathologies and chronic orofacial pain at Bordeaux University Hospital. 100 patients with BMS were included in the study. Analysis of the results showed an average wait of 25.3 months before diagnosis, a significant number of false diagnoses as well as the implementation of unsuitable treatments and complementary examinations. The vagrancy of which patients are victims leads to moral and financial damage. Our work has the longer-term aim of raising awareness among ENT practitioners and general practitioners and optimising the care of patients with BMS in order to reduce the waiting time before their diagnosis.

Mots clés / Keywords

Stomatodynie, Retard diagnostique, Glossalgie / Burning Mouth Syndrome, Delayed diagnosis, Glossalgia