



HAL
open science

Étude rétrospective des consultations douleurs oro-faciales du service d'odontologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière

Michaël Amar

► **To cite this version:**

Michaël Amar. Étude rétrospective des consultations douleurs oro-faciales du service d'odontologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-03339862

HAL Id: dumas-03339862

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03339862>

Submitted on 9 Sep 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2019-2020

Thèse N°:

N° attribué par la bibliothèque :

THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le 12/12/2019

par **AMAR Michaël**

**ETUDE RETROSPECTIVE DES CONSULTATIONS DOULEURS
ORO-FACIALES DU SERVICE D'ODONTOLOGIE
DE L'HOPITAL DE LA PITIE SALPETRIERE**

Directeur de thèse : P^r Yves BOUCHER

J U R Y

M. le Professeur Yves BOUCHER

Président

M. le Docteur Rufino FELIZARDO

Assesseur

Mme la Professeure Laurence JORDAN

Assesseur

M. le Docteur Steve TOUPENAY

Assesseur

Mme la Docteure Marjorie ZANINI

Assesseur

Mme la Docteure Lisa FRIEDLANDER

Assesseur

UNIVERSITE PARIS DIDEROT-PARIS 7

Présidente de l'Université :	Mme la Professeure Christine CLERICI
Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie :	Mme la Professeure Ariane BERDAL
Directrice Générale des Services :	Madame Pascale SAINT-CYR

JURY

M. le Professeur Yves BOUCHER	Président
M. le Docteur Rufino FELIZARDO	Assesseur
Mme la Professeure Laurence JORDAN	Assesseur
M. le Docteur Steve TOUPENAY	Assesseur
Mme la Docteure Marjorie ZANINI	Assesseur
Mme la Docteure Lisa FRIEDLANDER	Assesseur

M. le Professeur Yves BOUCHER	Docteur en Chirurgie Dentaire Diplôme de Doctorat Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
<i>Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence du jury et la direction de cette thèse. Pour m'avoir aidé tout au long de l'élaboration de ce travail, pour vos conseils, votre disponibilité et votre dévouement, soyez assuré de mes plus sincères remerciements et de mon plus profond respect.</i>	
M. le Docteur Rufino FELIZARDO	Docteur en Chirurgie Dentaire Diplôme de Doctorat Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
<i>Pour l'honneur que vous me faites de siéger dans ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères.</i>	
Mme la Professeure Laurence JORDAN	Docteur en Chirurgie Dentaire Diplôme de Doctorat Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
<i>Pour l'honneur que vous me faites en siégeant au jury de ma thèse, je vous exprime ici mon plus profond respect.</i>	
M. le Docteur Steve TOUPENAY	Docteur en Chirurgie Dentaire Maître de Conférences des Universités Associé
<i>Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciement.</i>	
Mme la Docteure Marjorie ZANINI	Docteur en Chirurgie Dentaire Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
<i>Pour le très grand plaisir que vous me faites de participer au jury de ma thèse et pour la qualité de vos enseignements cliniques, soyez assurée de mon plus profond respect.</i>	
Mme la Docteure Lisa FRIEDLANDER	Docteur en Chirurgie Dentaire Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
<i>Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en participant au jury de ma thèse. Veuillez croire en l'expression de ma sincère gratitude.</i>	

Table des matières

1. Introduction	2
1.1. Douleur aiguë / douleur chronique	2
1.2 La douleur : une question sociétale majeure	3
1.3. Difficultés diagnostiques et difficulté d'accès aux soins.....	4
2. Classification des Douleurs	5
2.1. Classification par mécanisme	5
2.1.1. La douleur nociceptive et/ou inflammatoire.....	6
2.1.2. La douleur neuropathique.....	7
2.1.3. La douleur psychogène.....	8
2.1.4. La douleur nociplastique	8
2.2. La correspondance sémiologie-diagnostic	9
3. Objectifs de l'étude	11
4. Matériels et méthodes.....	11
4.1. Type d'étude.....	11
4.2. Critères d'inclusions et d'exclusions.....	11
4.3. Déroulement de l'étude	12
5. Résultats	13
5.1. Analyse descriptive de l'échantillon.	13
5.1.1. Données socio-démographiques.....	13
5.1.2 Circuit de soins : adressage du patient à la consultation	15
5.2. Prise en charge de la douleur.....	16
5.3. Diagnostics	18
5.4. Traitements.....	19
5.4.1. Types de traitements.....	19
5.4.2. Evaluation de l'efficacité du traitement.....	21
5.5. Données épidémiologiques selon le diagnostic	24
5.5.1. Diagnostics et données socio-démographiques	24
5.5.2. Diagnostics et prise en charge de la douleur à la consultation	26
5.5.3. Diagnostics et évaluation du traitement.....	33
6. Discussion	39
7. Conclusion.....	43

1. Introduction

1.1. Douleur aigüe / douleur chronique

La douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes ». Cette définition publiée en 1994, par l'IASP (International Association for the Study of Pain), est reconnue par l'OMS.

La perception douloureuse est donc une expérience personnelle définie par le ressenti du patient : elle existe dès lors que le patient déclare la percevoir, qu'une lésion ait pu ou non être mise en évidence.

La douleur aigüe est le plus souvent un signal d'alarme. Elle est protectrice car elle prévient d'une lésion tissulaire et provoque un réflexe d'évitement du stimulus considéré comme nocif. Cette douleur est par définition transitoire.

La douleur est chronique, quelle que soit son intensité et sa localisation, dès lors qu'elle présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- persistance ou récurrence, qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;
- réponse insuffisante au traitement ;
- détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.

La HAS la définit comme un syndrome multidimensionnel. On parle de syndrome douloureux chronique mais aussi de douleur-maladie. La douleur n'est plus protectrice. Elle perd sa finalité de signal d'alarme et devient une maladie en soi, quelle que soit son origine.

En l'absence d'amélioration de la douleur, les processus émotionnels associés à la sensation désagréable de la perception douloureuse peuvent évoluer vers l'anxiété et la dépression. Le patient a peur de ne jamais pouvoir être soulagé et a du mal à s'adapter à la situation.

La douleur chronique donc doit être appréhendée selon un modèle bio-psycho-social.

1.2 La douleur : une question sociétale majeure

D'après une étude menée en Angleterre, la prévalence des douleurs oro-faciales est de 26 % (Macfarlane et al. 2002). Ces douleurs affectent plus fréquemment les femmes que les hommes avec une incidence respective de 30 % et 21 %. Dans 30 % des cas, elles altèrent directement la qualité de vie des patients. Cela peut se manifester par une simple diminution de la concentration au quotidien, jusqu'à un arrêt de toute activité. Ces douleurs sont chroniques chez 62 % de ces patients.

Près d'un cinquième de la population européenne souffre de douleurs chroniques, avec une prévalence variant de 12 % à 30 % selon les pays étudiés (Breivik et al. 2006). Sur l'ensemble des participants à cette étude souffrant de douleurs chroniques, l'ancienneté de la douleur est de 2 à 15 ans pour 60 % des patients, et de plus de 20 ans pour 21 % d'entre eux.

La qualité de vie de ces personnes est grandement affectée. La douleur les gêne dans leurs occupations quotidiennes, de jour dans leurs relations professionnelles et sociales et dans leurs activités physiques, mais également de nuit, perturbant leur sommeil et affectant la résistance de l'organisme.

Il est à noter que, parmi les patients traités pour une douleur chronique, 40 % déclarent que le traitement n'est que partiellement efficace et 20 % que le traitement est inefficace (Breivik et al. 2006). Ce constat est encore plus marqué dans le cas de pathologies spécifiques : dans les névralgies trigéminales post traumatiques par exemple, seuls 11 % des patients traités voient leur douleur diminuer de moitié (Haviv et al. 2014).

Le poids économique de la douleur inclut les coûts de santé directs (coûts de consultation et coûts des traitements) et les coûts indirects. Ceux-ci incluent la baisse de productivité au travail ainsi que la perte économique engendrée par l'absentéisme ou par les arrêts de travail. En 1998, le poids économique des dorsalgies en Angleterre atteignait les 9 milliards de livres en raison de l'incapacité des patients à pouvoir travailler correctement, auxquels se rajoutent 1,6 milliard dus au coût direct des soins. Cela représente un poids économique total de plus de 10 milliards de livres pour les seules douleurs dorsales (Maniadakis et Gray 2000).

La prise en charge de la douleur est donc à la fois un enjeu de santé publique et un enjeu socio-économique important.

En 2010, le coût total des douleurs chroniques aux USA atteignait les 500 milliards de dollars (Gaskin et Richard 2012).

En Europe, 1/5^{ème} des patients souffrant de douleurs chroniques déclarent que la perte de leur travail est une conséquence directe de leur douleur (Breivik et al. 2006).

17 % des patients, souffrant de douleurs oro-faciales, déclarent être moins productifs ou s'être déjà absents du travail à cause de la douleur (Macfarlane et al. 2002).

En France également, la prise en charge de la douleur est un enjeu de santé publique et économique majeur. En effet, la douleur a un impact direct sur l'économie, du fait par exemple du nombre de journées de travail perdues qui avoisine les 18 millions à l'échelle nationale, uniquement pour la migraine (Pionchon et Melin 2011). Au niveau Européen, le coût total de la douleur est estimé à 300 milliards d'euros par an (Breivik et al 2006).

1.3. Difficultés diagnostiques et difficulté d'accès aux soins

Diagnostiquer une douleur oro-faciale chronique est souvent difficile. La diversité des origines douloureuses possibles dans cette région, ainsi que les nombreuses structures anatomiques et nerveuses spécifiques à cette région, rendent cet exercice délicat. De plus, différentes pathologies ont souvent des signes et symptômes similaires. L'habileté et l'expérience du praticien sont primordiales pour poser un diagnostic. En outre, « tous les cas présentant le même diagnostic ne sont pas pris en charge de la même manière » (Stohler 2004).

L'organisation particulière de la pratique, consistant en des consultations longues et répétées, est souvent incompatible avec l'organisation et la rentabilité d'un cabinet libéral (Pionchon et Melin 2011).

Les connaissances des chirurgiens-dentistes diplômés concernant les douleurs oro-faciales chroniques restent insuffisantes en France et au niveau international. En 1999, l'IASP a proposé aux facultés d'odontologie des recommandations pour intégrer un programme d'enseignements sur la douleur (Widmer 2004).

Malgré l'intégration de cet enseignement, une étude menée en 2006 a mis en évidence une carence de la formation des étudiants concernant la douleur chronique : 45% d'entre eux ne savaient pas diagnostiquer les principales douleurs oro-faciales chroniques et 71% ne savaient pas les prendre en charge. (Melin 2007)

Il existe des structures spécialisées dans l'étude et la prise en charge de la douleur chronique. Bien qu'en 2015, le ministère de la Santé répertoriait sur son site 245 structures spécialisées douleur chronique (SFETD 2015), il n'existe à ce jour que dix consultations spécialisées dans les douleurs oro-faciales en France (SFETD 2017). L'orientation des patients par les chirurgiens-dentistes se fait le plus souvent vers les services d'odonto-stomatologie des praticiens formés à la gestion et au traitement des douleurs oro-faciales chroniques.

Cette thèse s'inscrit dans cette problématique. En effet, le service d'odontologie du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière (GHPS) a développé depuis de nombreuses années une consultation dédiée aux douleurs oro-faciales chroniques. Cette consultation reçoit plusieurs centaines de patients par an mais son activité a été peu évaluée. La dernière étude ayant été réalisée en 2013 dans le cadre d'une thèse d'exercice (Minard 2013), il paraissait important de faire un nouveau bilan. Par ailleurs, de récentes avancées dans la compréhension des douleurs oro-faciales et des catégories diagnostiques nous ont incité à refaire un bilan des consultations.

Cette thèse comporte deux parties :

Dans la première, nous rappellerons quelques données relatives à la douleur justifiant les catégories diagnostiques utilisées dans ce travail.

Dans la seconde, nous présenterons le bilan des consultations douleurs oro-faciales chroniques du service d'odontologie du GHPS, réalisé dans le cadre d'une étude rétrospective (protocole ABCD= Analyse et Bilan des Consultations Douleur du service d'Odontologie du GHPS), menée en collaboration avec l'Unité de Recherche Clinique (URC) de La Pitié Salpêtrière.

2. Classification des Douleurs

2.1. Classification par mécanisme

En pratique clinique, la douleur est souvent identifiée en fonction de son étiologie : douleur due à une lésion, à une brûlure, à un traumatisme, à un cancer, à un zona...

Cependant, cette approche clinique fait de la douleur un symptôme d'une pathologie sous-jacente identifiée. Elle est alors un élément du diagnostic. Mais cette approche ne permet pas

d'identifier les mécanismes mis en jeu et ne correspond pas à la complexité des douleurs chroniques. Des pathologies différentes peuvent conduire à des douleurs partageant les mêmes mécanismes et inversement, une maladie peut entraîner plusieurs types de douleurs. L'approche de classification des douleurs selon le mécanisme impliqué, initiée par Woolf et al. (Woolf et al. 1998), a pour but de rechercher les mécanismes générateurs de douleurs. Cette connaissance peut en effet être fructueuse en termes de traitement, en permettant de cibler spécifiquement des récepteurs, protéines neurotransmetteurs etc. impliqués dans un type de douleur particulier.

Bien que nous ne connaissions pas tous les mécanismes impliqués dans la sensation douloureuse et bien que nous n'ayons pas de test diagnostique permettant de les identifier en pratique clinique, la connaissance des mécanismes de la douleur permet de mieux appréhender la prise en charge des patients atteints de douleurs chroniques.

2.1.1. La douleur nociceptive et/ou inflammatoire

La douleur nociceptive résulte de l'activation normale des voies de la douleur. Elle est due à une stimulation persistante et/ou excessive des récepteurs périphériques : les nocicepteurs. C'est avant tout un système d'alerte de l'organisme permettant de se protéger d'un stimulus nocif, d'une menace.

Le message nociceptif est transmis par l'intermédiaire de différentes fibres nerveuses myélinisées et non myélinisées. Les fibres A δ , myélinisées et de fin diamètre, sont responsables de la douleur rapide et les fibres C, amyéliniques et de fin diamètre, sont responsables de la douleur lente.

Ces fibres font partie du système afférent à fibres fines impliqué dans le maintien de l'homéostasie (Boucher et al. 2018). Elles permettent de mobiliser les efférences motrices du système nerveux autonome et positionnel afin de produire des réponses réflexes et comportementales adaptées.

2.1.2. La douleur neuropathique

La douleur neuropathique a été définie par l'IASP en 1994 comme étant une « douleur initiée ou causée par une lésion primitive ou un dysfonctionnement du système nerveux ». En 2008, l'IASP a légèrement modifié cette définition en écartant le terme de dysfonctionnement. La douleur neuropathique est devenue « une douleur associée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel » (Treede et al. 2008).

Les douleurs neuropathiques sont souvent méconnues et sous-estimées bien que relativement fréquentes. En effet, selon une étude épidémiologique menée par Bouhassira et al. (2008) sur la population générale adulte française, la prévalence des douleurs chroniques neuropathiques est de 7 % (Bouhassira et al. 2008).

On distingue les douleurs neuropathiques d'origine périphérique ou centrale. Les douleurs centrales résultent de lésions des voies nociceptives centrales survenant principalement après un AVC, un traumatisme, ou des maladies neurologiques telles que la sclérose en plaques.

Les douleurs neuropathiques oro-faciales d'origine périphériques sont principalement les névralgies faciales essentielles et les névralgies post traumatiques (survenant surtout après chirurgie dentaire ou ophtalmique et après radiothérapie).

Ces douleurs présentent des délais d'apparition variables mais le plus souvent retardées par rapport à la lésion initiale (de quelques jours à plusieurs mois) et sont ressenties dans une région proche de la lésion ou dans le territoire du nerf considéré.

D'un point de vue qualitatif, la douleur neuropathique peut prendre plusieurs formes, spontanée à type de fond douloureux continu ou à type de décharge paroxystique. Elle peut aussi être provoquée. Une stimulation non douloureuse entraîne une réponse douloureuse (allodynie). Un stimulus douloureux entraîne une douleur anormalement amplifiée (hyperalgésie). Ces deux composantes, spontanée et provoquée, peuvent être présentes seules ou en association chez un même individu.

Le diagnostic repose à la fois sur l'anamnèse et sur l'examen clinique. L'examen clinique recherche des symptômes neurologiques et l'interrogatoire recherche une lésion ou une maladie du système nerveux. C'est ce faisceau d'arguments cliniques qui permet d'orienter vers une douleur neuropathique.

A ce jour, le dépistage de ces douleurs est facilité par des outils d'aide au diagnostic. Depuis 2004, le questionnaire DN4 qui comporte une partie interrogatoire et une partie examen physique permet le dépistage avec une sensibilité et une spécificité acceptable (Bouhassira et al. 2005). De plus, il est simple et rapide d'utilisation ce qui en fait un outil très recommandé en clinique. En 2012, Benoliel et al. ont proposé une nouvelle grille de critères afin d'identifier plus précisément les douleurs neuropathiques trigéminales post traumatiques et les différencier des autres neuropathies trigéminales douloureuses (Benoliel et al. 2012).

Les douleurs neuropathiques répondent peu aux antalgiques classiques de palier I et II. Les traitements de choix sont les antidépresseurs tricycliques et/ou les antiépileptiques. Ces traitements sont complexes. Le choix entre ces deux classes pharmaceutiques se fera en fonction de l'état général du patient, des comorbidités associées et de la sécurité d'emploi du médicament.

2.1.3. La douleur psychogène

Les douleurs psychogènes sont liées, uniquement ou principalement, à des facteurs psychologiques, émotionnels et comportementaux. Certains troubles psychiques entraînent une perception algique en l'absence de toute lésion organique. Les douleurs psychogènes sont rares et difficiles à mettre en évidence. Elles peuvent être associées à un état anxieux ou dépressif.

Il est essentiel de ne pas les confondre avec des douleurs symptomatiques ayant des répercussions psychologiques et entraînant un état dépressif, ce qui est fréquent dans les douleurs chroniques. Le diagnostic est donc psychiatrique et doit se baser sur une sémiologie psychopathologique positive. Ce ne doit pas être un diagnostic d'élimination.

Alors que les douleurs psychogènes pures sont rares, il est beaucoup plus fréquent de rencontrer des patients présentant une sensation algique majorée par une composante psychogène.

2.1.4. La douleur nociplastique

Les douleurs sans cause apparente, c'est-à-dire sans qu'aucune lésion tissulaire ou nerveuse ne soit mise en évidence par les examens, et ne répondant pas à un diagnostic spécialisé positif ont longtemps été appelées douleurs idiopathiques.

Elles sont souvent bien définies sur le plan sémiologique et diagnostique, mais sans cause identifiée. La maladie migraineuse ainsi que la stomatodynie en sont de bons exemples. La prise en charge de ces patients est difficile car la recherche d'une cause par le malade et le praticien complique la situation.

Ces douleurs sont complexes, résultant vraisemblablement de l'intrication de différents facteurs (hormonaux, neuropathiques, émotionnels, comportementaux, et psycho-sociaux) qui s'organisent en facteurs de risque, facteurs déclenchant et facteurs d'entretien. L'IASP a décidé de les requalifier en douleurs nociplastiques afin de souligner le rôle de ces facteurs biologiques et de les différencier des douleurs psychogènes. L'anxiété et la dépression ne sont ici le plus souvent que des comorbidités et parfois la conséquence plus que la cause de la douleur.

Dans la région oro-faciale certains tableaux cliniques douloureux sont bien identifiés et répondent à cette définition : la stomatodynie, l'algie faciale atypique, l'odontalgie atypique et les arthromyalgies faciales (Woda et Pionchon 1999).

Nous avons préféré utiliser le terme idiopathique dans ce travail car la catégorie nociplastique n'était pas encore en vigueur au moment où les patients ont consulté.

2.2. La correspondance sémiologie-diagnostic

Les classifications des maladies ont pour but d'organiser et de caractériser les différentes affections afin que chaque clinicien soit en mesure de les identifier et de les nommer, première étape vers une prise en charge.

Les efforts réalisés par la communauté scientifique pour identifier les mécanismes des douleurs et les classer en fonction de ces mécanismes a conduit en parallèle à une amélioration de la caractérisation sémiologique des douleurs (Woolf et al. 1998; Dallel 2000; Beissner et al. 2010). La première classification des céphalées internationalement reconnue a été proposée par l'International Headache Society (IHS) en 1988. Une seconde édition a été actualisée en 2004. La troisième édition a été publiée en 2018 (IHS 2018).

D'autres classifications ont été publiées par d'autres sociétés savantes telles que l'American Academy of Orofacial Pain (AAOP) en 1996 et plus récemment par l'International Association for the Study of Pain (IASP) en 2011 et 2019. Ces différentes classifications

établisent des critères diagnostiques. Il faut également remarquer que les Désordres Temporo-Mandibulaires (DTM) ont souvent été étudiés séparément et qu'ils ont donné lieu à une classification spécifique en 1992 (Dworkin et LeResche 1992) et actualisée en 2014 (Schiffman et al. 2014).

En 2005, Woda et al. ont mené une étude multicentrique incluant 245 patients souffrant de douleurs chroniques oro-faciales et proposé une classification basée sur une analyse multidimensionnelle. Différents syndromes douloureux ont été regroupés en « clusters ». Il s'agit de la stomatodynie, des arthromyalgies, de l'algie faciale atypique et de l'odontalgie atypique que ces auteurs regroupent dans la catégorie des douleurs oro-faciales idiopathiques persistantes.

Contrairement aux classifications basées sur la détermination de critères diagnostiques, la classification de Woda et al. regroupe les syndromes selon la présence de symptômes similaires, ce qui pourrait refléter des mécanismes physiopathologiques similaires et permet donc de regrouper différentes entités de douleurs chroniques par leurs mécanismes (Woda et al. 2005).

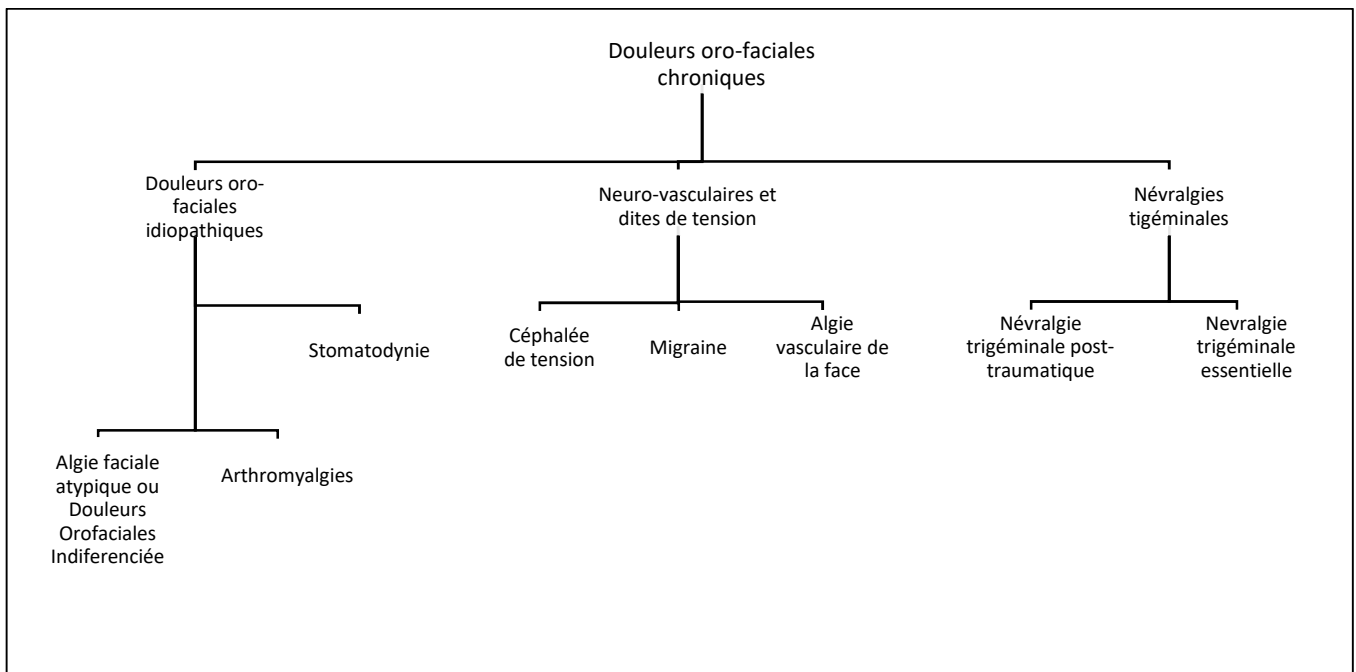


Figure 1 : Classification des douleurs oro-faciales chroniques proposée par Woda et al. (2005)

En l'absence de classification unique permettant de classer tous les syndromes douloureux oro-faciaux, nous avons utilisé les classifications ICHD3 (IHS 2018), du consortium international des DC-TMD (Schiffman et al. 2014) et de l'IASP (Woda et al. 2005).

3. Objectifs de l'étude

L'objectif de notre étude est de faire le bilan des consultations douleurs oro-faciales du service d'odontologie du GHPS depuis 2012 et d'en établir la typologie diagnostique. Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'ancienneté des symptômes, l'intensité de la douleur et de recenser les traitements proposés.

4. Matériels et méthodes

4.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle de cohorte, rétrospective, de la consultation de douleur oro-faciales du service d'odontologie de l'hôpital du Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière (GHPS) et des patients ayant consulté entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2018. Nous nous sommes intéressés, au cours de cette étude, aux données socio-démographiques, à l'histoire de la maladie, à la symptomatologie, aux diagnostics et aux traitements mis en place au cours de cette consultation. Le protocole a été discuté avec l'URC du GHPS et une demande d'autorisation a été déposée à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

4.2. Critères d'inclusions et d'exclusions

Notre étude inclut tous les dossiers des patients ayant pris rendez-vous à la consultation douleurs oro-faciales du Pr Boucher dans le service d'odontologie du GHPS entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2018, correspondant à 619 patients.

Parmi l'ensemble de ces dossiers, 412 dossiers ont été retenus et 207 dossiers ont été exclus pour les raisons suivantes :

- 181 dossiers (29 %) n'ont pas été retrouvés au moment de l'étude ;
- 26 dossiers (4 %) comportaient une indication de consultation erronée ou correspondaient à des patients ne s'étant pas présenté à la consultation.

L'échantillon final inclut donc 412 dossiers.

L'ensemble des données épidémiologiques relevées dans ces dossiers ont été saisies sur un fichier informatique et constituent la base de données étudiée.

Les données de l'étude ont été anonymisées et les conditions de l'étude ont suivi les recommandations relatives à la loi de protection des données. L'autorisation individuelle des patients n'a pas pu être obtenue car il s'agissait d'une étude commencée avant la promulgation de la loi générale de protection des données.

4.3. Déroulement de l'étude

Afin de réunir la base de données nécessaire à cette étude, une liste informatisée des patients ayant pris rendez-vous en consultation, entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2018, a été créée à partir du logiciel de prise de rendez-vous de l'hôpital (Agenda). Les dossiers papiers correspondant ont été récupérés puis numérisés. Les données cliniques nécessaires à l'étude ont été extraites puis saisies informatiquement afin d'être analysées.

Les données épidémiologiques et cliniques recherchées dans ces dossiers sont :

- le sexe ;
- l'âge ;
- l'état de stress, d'anxiété ou de dépression, évalué par le praticien ;
- le circuit d'adressage du patient à la consultation ;
- l'ancienneté de la douleur ;
- le score de douleur à la première consultation mesuré sur une échelle numérique simple (ENS) ;
- le diagnostic ;
- les traitements prescrits ;
- le score de douleur post-traitement mesuré par l'échelle ENS.

Ces données extraites ont d'abord été analysées de façon globale puis analysées, en sous-groupes, par catégories diagnostiques.

5. Résultats

5.1. Analyse descriptive de l'échantillon.

5.1.1. Données socio-démographiques

❖ *Sexe*

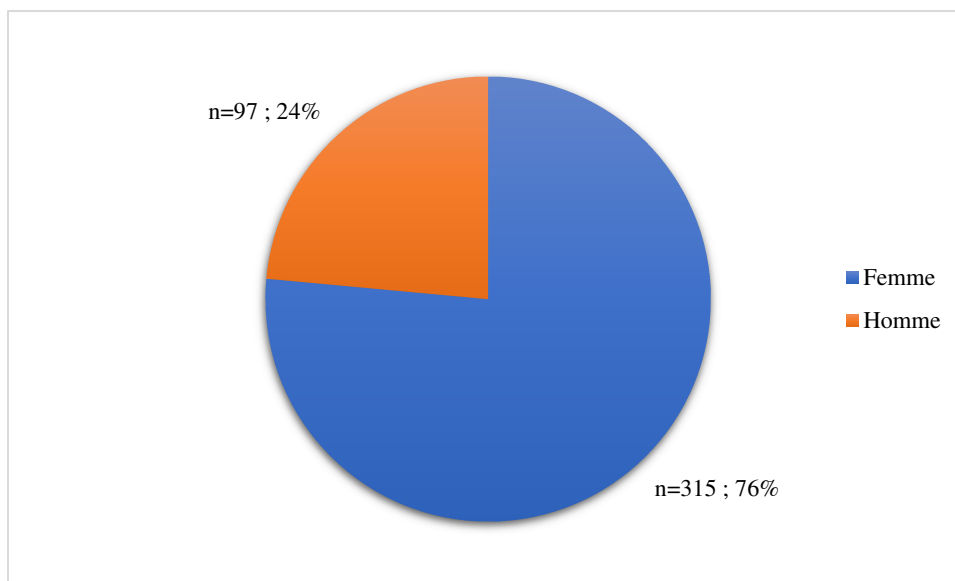


Figure 2 : Répartition des patients par sexe

L'échantillon de cette étude comporte 412 patients. Il est composé de 315 femmes (76 %) et de 97 hommes (24 %).

❖ Age

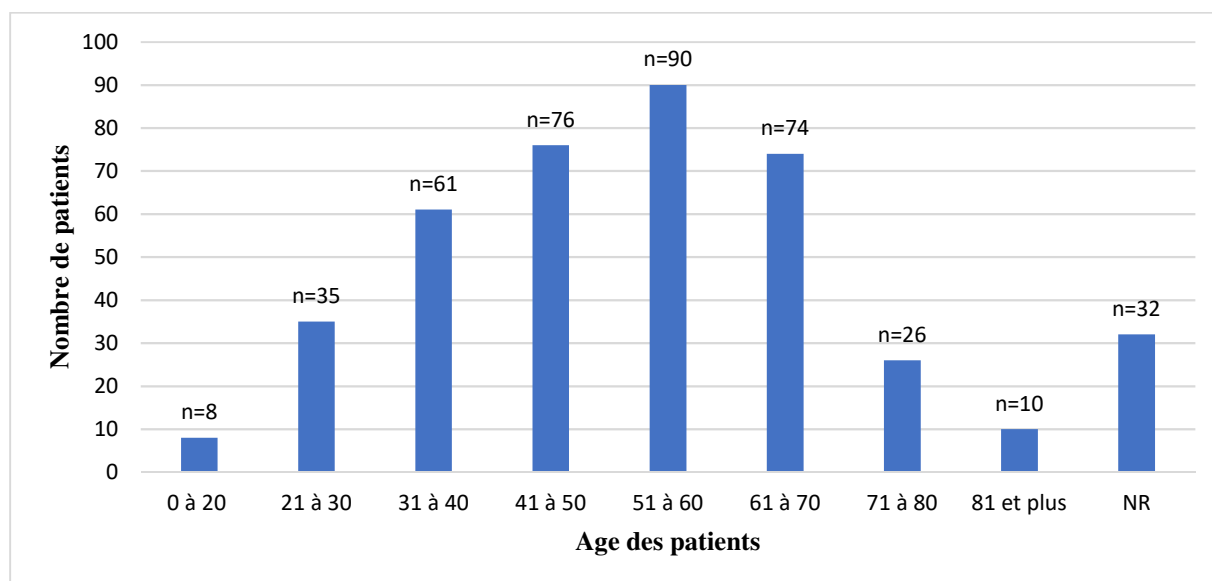


Figure 3 : Répartition des patients par âge
Abréviations utilisées : NR = Non renseigné

La moyenne d'âge des patients s'étant présentés à la consultation était de 51 ans avec un écart type de 16 ans. La répartition de l'échantillon selon l'âge était la suivante : 90 patients (22 %) avaient entre 51 et 60 ans et 110 patients (27 %) avaient 61 ans ou plus. Seuls 8 patients étaient âgés de moins de 20 ans. Le nombre de patients par tranche d'âge augmentait jusqu'à 60ans. La date de naissance n'a pas été renseignée dans 32 dossiers (8 %).

❖ Comorbidités anxio-dépressives

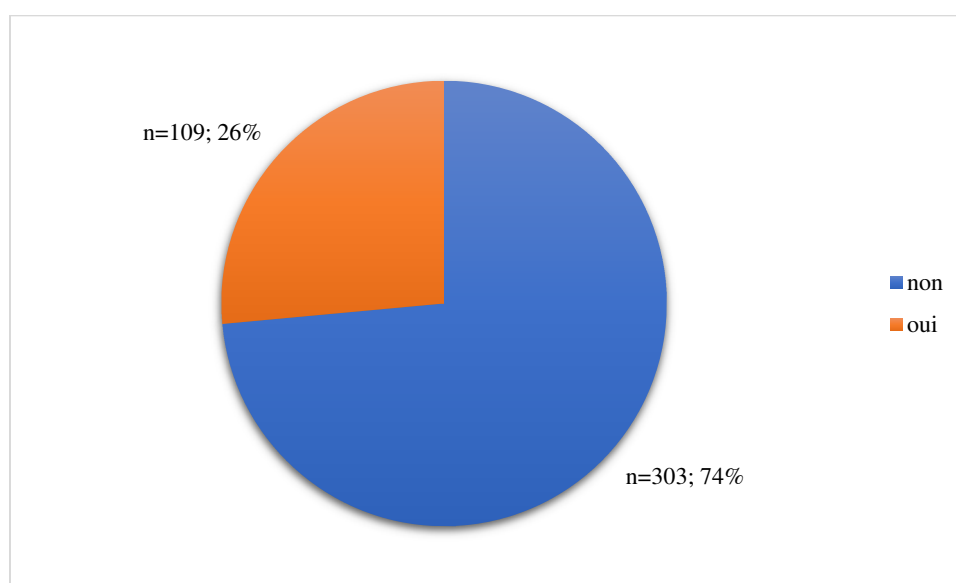


Figure 4 : Présence ou non d'un contexte anxio-dépressif chez les patients

Un contexte anxio-dépressif (déclaratif) a été mis en évidence chez 109 patients (26 %), c'est-à-dire chez un quart de l'échantillon, affectant 26 % des hommes et 26 % des femmes.

5.1.2 Circuit de soins : adressage du patient à la consultation

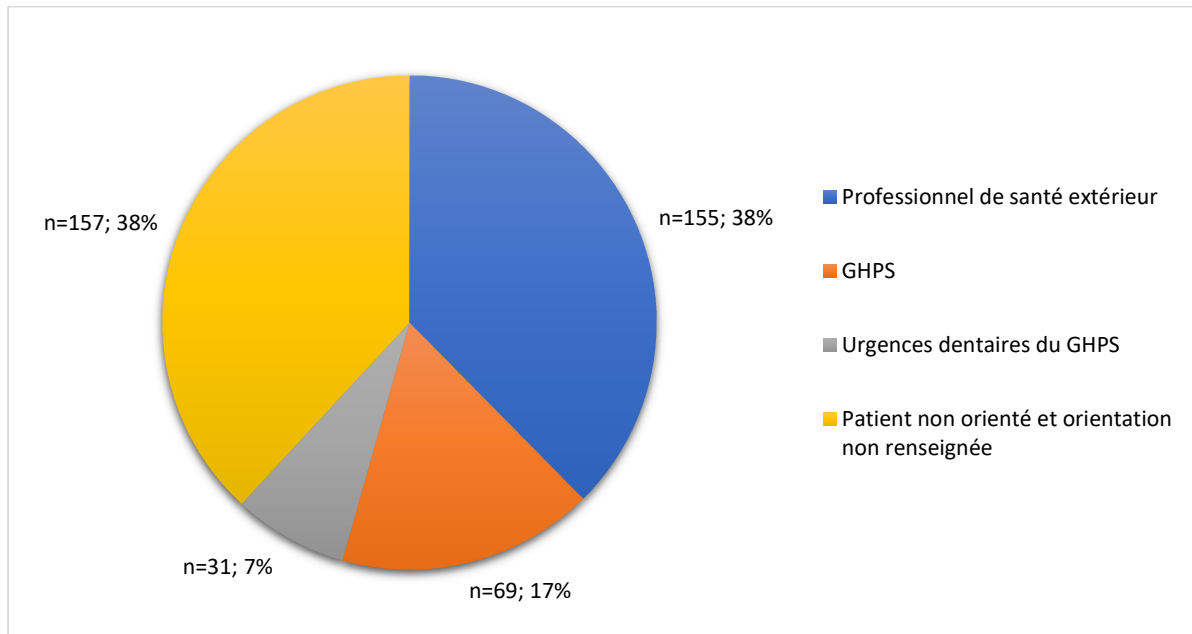


Figure 5 : Répartition des patients selon l'origine de leur orientation vers la consultation spécialisée de douleurs oro-faciales

155 patients (38 %) ont été orientés par un professionnel de santé extérieur à l'hôpital qui pouvait être un chirurgien-dentiste, un médecin traitant, un ORL, un neurologue, un stomatologue ou un autre professionnel de santé.

100 patients avaient été orientés en interne par l'hôpital GHPS (24 %). Environ un tiers de ces patients étaient adressés par les urgences odontologiques du service.

Dans 157 dossiers, l'information n'était pas renseignée ou le patient précisait ne pas avoir été orienté et s'être présenté de lui-même à la consultation spécialisée.

5.2. Prise en charge de la douleur

❖ *Durée de la douleur*

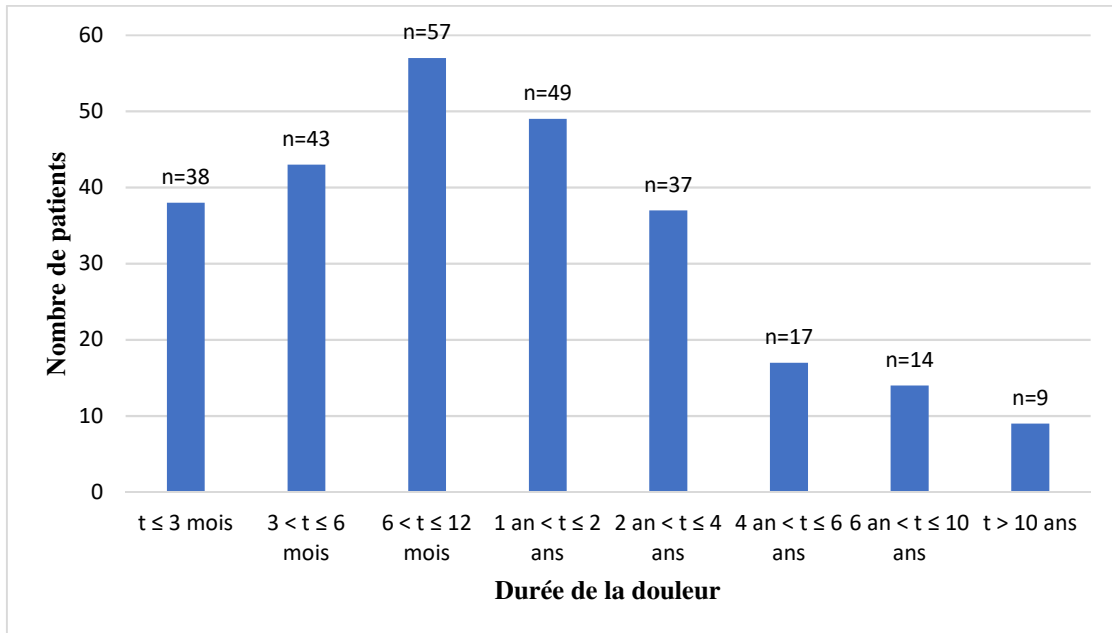


Figure 6 : Distribution de l'échantillon selon l'ancienneté de leur douleur

La durée de la douleur était renseignée dans 264 dossiers (74% de l'échantillon) avec une durée moyenne de 31 mois (\pm 48 mois) avant la consultation. Pour 81 patients (30 %), la douleur était récente, ressentie depuis moins de 6 mois. 106 patients (40 %) ressentait des douleurs depuis plus de 6 mois et moins de 2 ans. On peut également noter que pour 23 patients (9 %) la douleur durait depuis plus de 6 ans, et pour deux patients depuis 30 ans.

❖ Intensité de la douleur

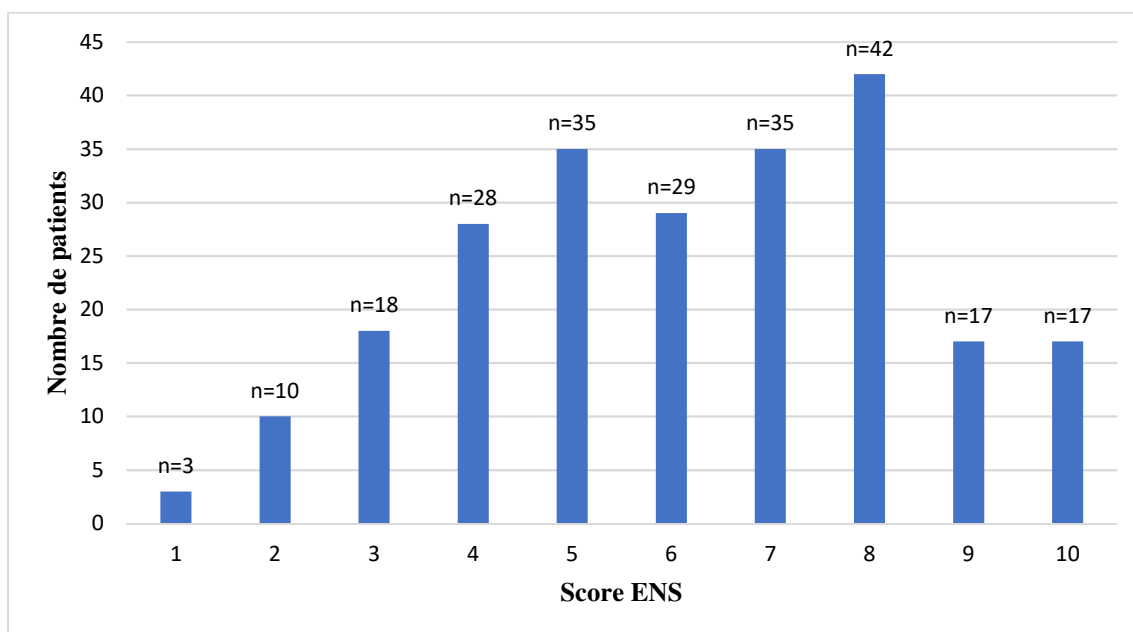
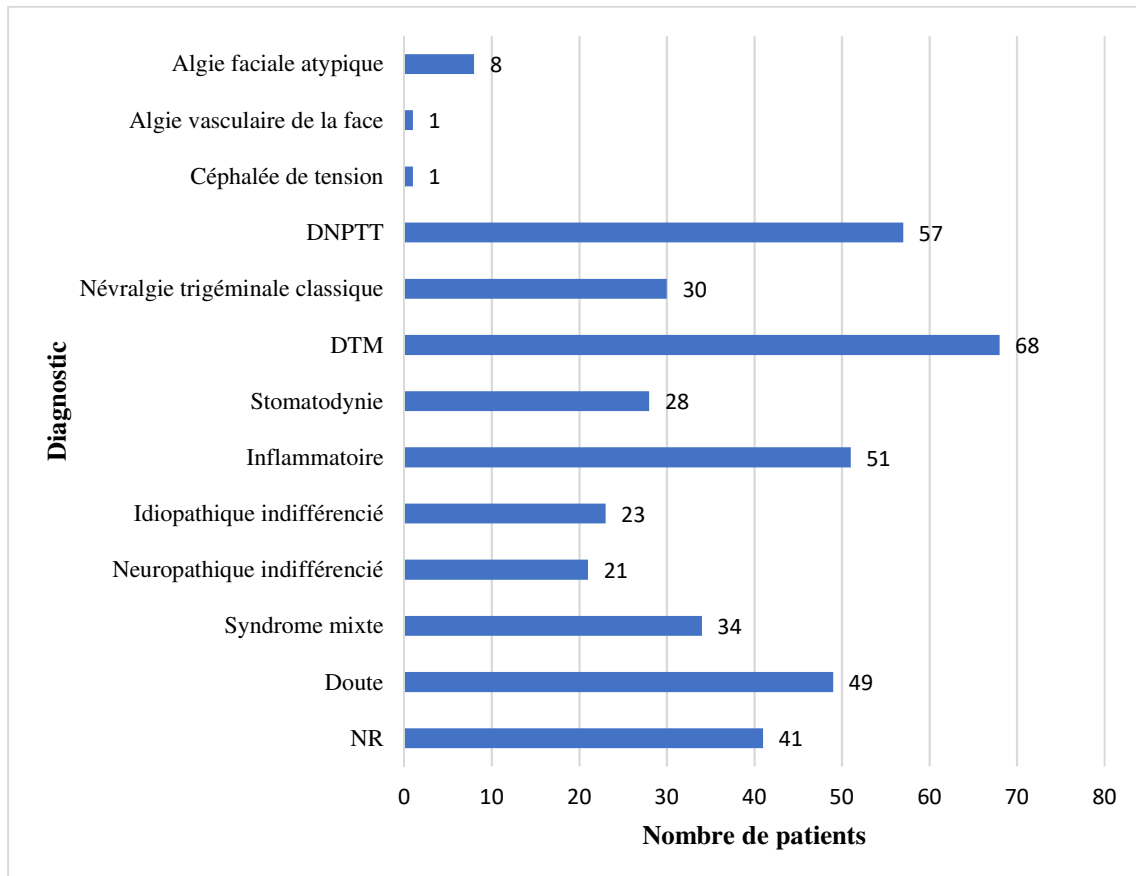


Figure 7 : Distribution de l'échantillon selon les scores de douleur (Echelle numérique simple)

L'intensité de la douleur au moment de la première consultation était documentée dans 234 dossiers (57 %). Les scores ENS étaient pour 63 patients (27 %) situés entre 4 et 5, entre 6 et 7 pour 64 patients (27 %) et supérieurs ou égaux à 8 pour 76 patients (33 %).

L'ENS avant traitement était manquante dans 178 dossiers, soit dans 43 % des dossiers étudiés.

5.3. Diagnostics



*Figure 8 : Répartition des différents diagnostics posés lors de la consultation
Abréviations utilisées : DNPTT = Douleur Neuropathique Post Traumatique
Trigéminal ; DTM = Désordres Tempo-Mandibulaires ; NR = Non renseigné*

La figure 8 illustre les diagnostics posés. Le diagnostic de DTM est le plus fréquent avec 68 patients (16 %). Cette catégorie diagnostique regroupe les luxations discales, les douleurs articulaires des ATM, et les myalgies masticatrices.

Les névralgies trigéminales post-traumatiques sont le 2ème diagnostic le plus fréquent, présent chez 57 patients (14 %). Elles sont suivies par les névralgies trigéminales classiques qui concernent 30 patients (7 %) et par les stomatodynies affectant 28 patients (7 %).

Les douleurs inflammatoires regroupent les lésions d'origine endodontique, les abcès, les parodontites, les cellulites, les sinusites, les péri-coronarites, les péri-implantites, les fêlures dentaires et les pulpites réversibles et irréversibles.

Les 34 patients (8 %) classés dans les syndromes mixtes ont été diagnostiqués comme atteints d'au moins 2 pathologies concomitantes et rendant ainsi le diagnostic et la prise en charge difficile.

Dans 49 cas (12 %), le diagnostic a été formulé comme une hypothèse diagnostique et non comme une affirmation. Ces dossiers correspondent à la catégorie « Doute ». On peut également noter qu'aucun diagnostic n'a été mentionné dans 41 dossiers.

Dans le cas où aucun diagnostic n'a pu être posé, le mécanisme de la douleur a été analysé afin de pouvoir proposer au patient un traitement susceptible de le soulager. Si le mécanisme identifié correspondait à celui des douleurs neuropathiques ou à celui des douleurs idiopathiques le patient a alors été classé dans la catégorie « Neuropathique indifférencié » ou « Idiopathique indifférencié ». Ces deux catégories concernent respectivement 21 et 23 patients. Ces patients (10 %) ont ainsi pu être pris en charge malgré l'absence de diagnostics.

5.4. Traitements

5.4.1. Types de traitements

Différents traitements ont été prescrits à 275 patients (67 %) (figure 9, 10 et 11). Il est impossible de dire pour les 137 autres dossiers si les prescriptions n'ont pas été retrouvées ou si aucun traitement n'a été prescrit.

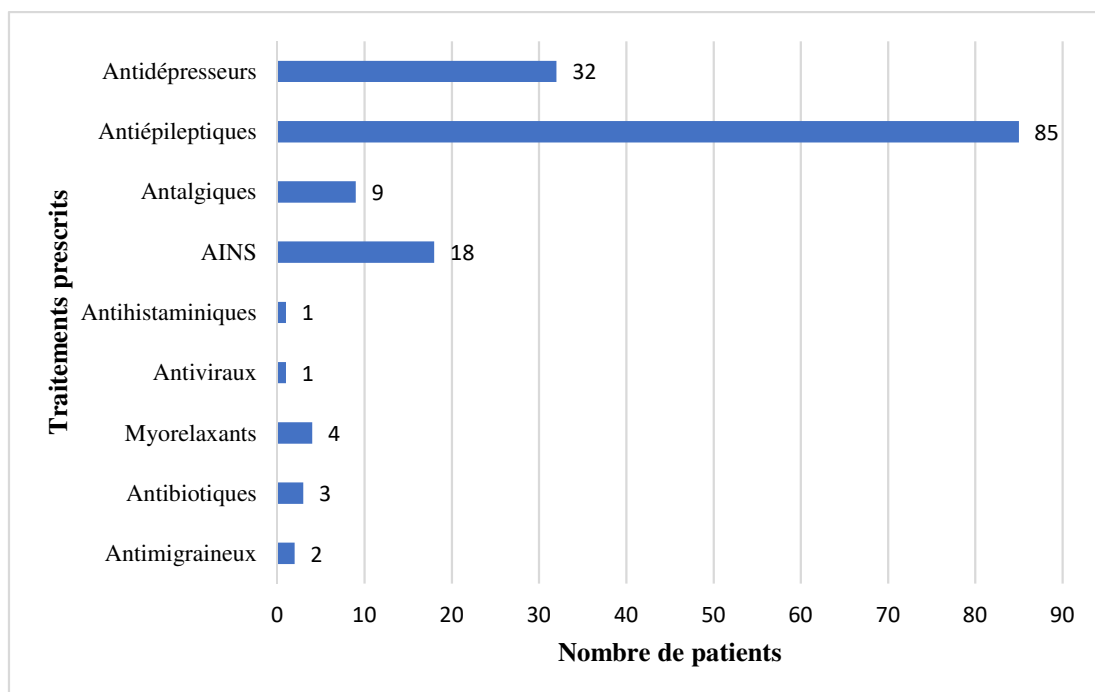


Figure 9 : Médicaments per os prescrits dans le cadre de la consultation douleurs oro-faciales
Abréviations utilisées : AINS = Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

Les antiépileptiques sont les médicaments les plus prescrits (85 patients, 20 %) suivis par les antidépresseurs et les antalgiques classiques, prescrits respectivement à 32 patients (8 %) et 27 patients (7 %). Les antalgiques classiques étaient dans deux tiers des cas des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

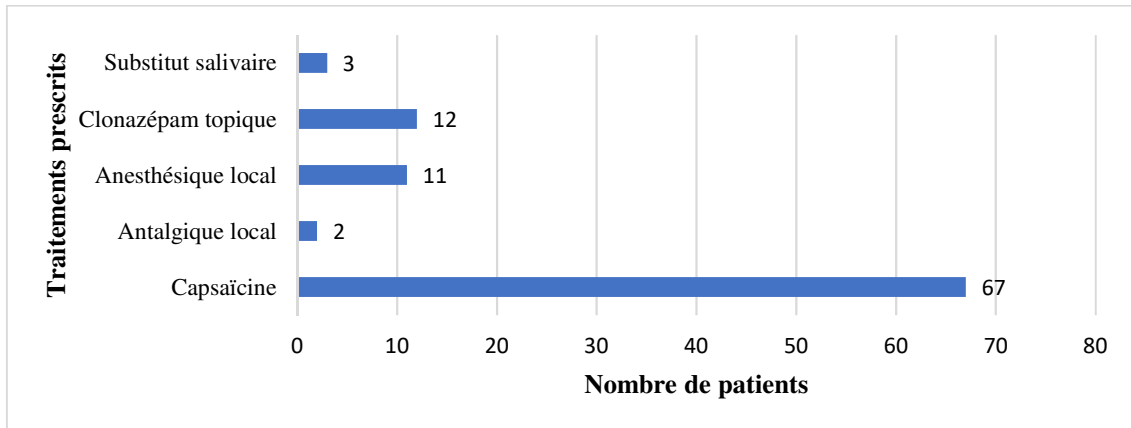


Figure 10 : Médicaments topiques prescrits dans le cadre de la consultation douleurs oro-faciales

La capsaïcine est le médicament à application locale le plus prescrit. Elle a été prescrite à 67 patients (16 %). Le clonazépam, un antiépileptique, a été prescrit à 12 patients (3 %) sous forme locale. Des antalgiques ou anesthésiques locaux ont été prescrits 13 fois (3 %).

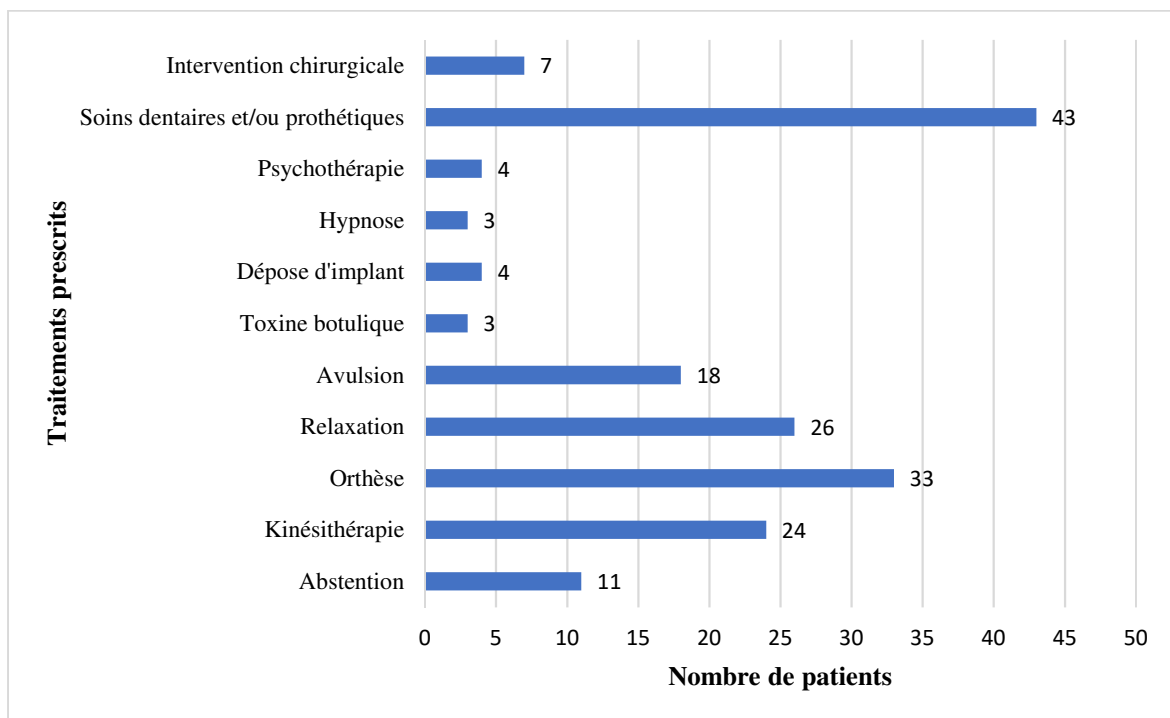


Figure 11 : Traitements non médicamenteux prescrits dans le cadre de la consultation

Parmi les traitements non médicamenteux, des séances de kinésithérapie et des orthèses occlusales ont été prescrites 24 fois. Des conseils et exercices de relaxation ont été donnés à 26 patients.

Dans 43 cas (10 %) le patient a été adressé pour des soins dentaires et/ou des réhabilitations prothétiques. Et dans 29 cas (7 %), le patient a été adressé pour des avulsions, pour des déposes d'implants ou pour des interventions chirurgicales pour exérèse d'un kyste, d'un dépassement de pâte endodontique ou d'un fragment radiculaire.

Une psychothérapie a été indiquée à 4 patients et des séances d'hypnose à 3 patients, soit 1% des patients pour chaque catégorie.

5.4.2. Evaluation de l'efficacité du traitement

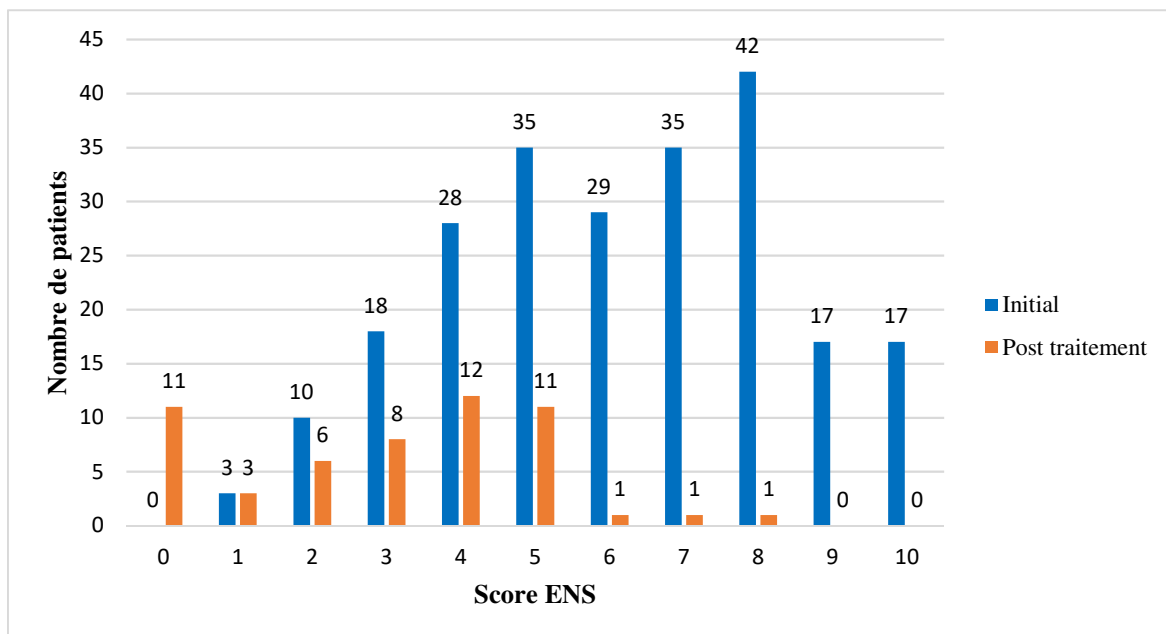


Figure 12 : Différence entre l'intensité de la douleur initiale et post-traitement appréciée sur une Echelle Numérique Simple (ENS)

L'ENS post-traitement n'a pas été documentée dans 358 dossiers. Dans les 54 dossiers où l'ENS post-traitement a été relevée, le score ENS était compris entre 1 et 3 pour 17 patients (31 %). Près de la moitié des patients (43 %) avaient un score ENS compris entre 4 et 5, soit 23 patients sur 54. 11 patients (20 %) avaient un score ENS nul, c'est-à-dire qu'ils ne ressentaient plus aucune douleur. Seuls 3 patients (6 %) avaient un score ENS supérieur à 5. Aucun score ENS post traitement n'était supérieur à 8.

La figure 12 indique l'intensité de la douleur mesurée par ENS au moment de la première consultation et en post-traitement. Bien qu'il y ait 54 ENS post-traitement relevées, l'évolution de la douleur n'a pu être documentée que dans 42 cas car le score ENS initial était manquant dans 12 cas.

Dans 3 cas (7 %) le score ENS n'a pas été amélioré, et dans 22 cas (52 %) a été diminué de 1 à 3 points.

Le score ENS a diminué de 4 à 6 points pour 12 patients (29 %) et de plus de 7 points dans 5 cas (12 %). Dans un cas il a diminué de 10 points.

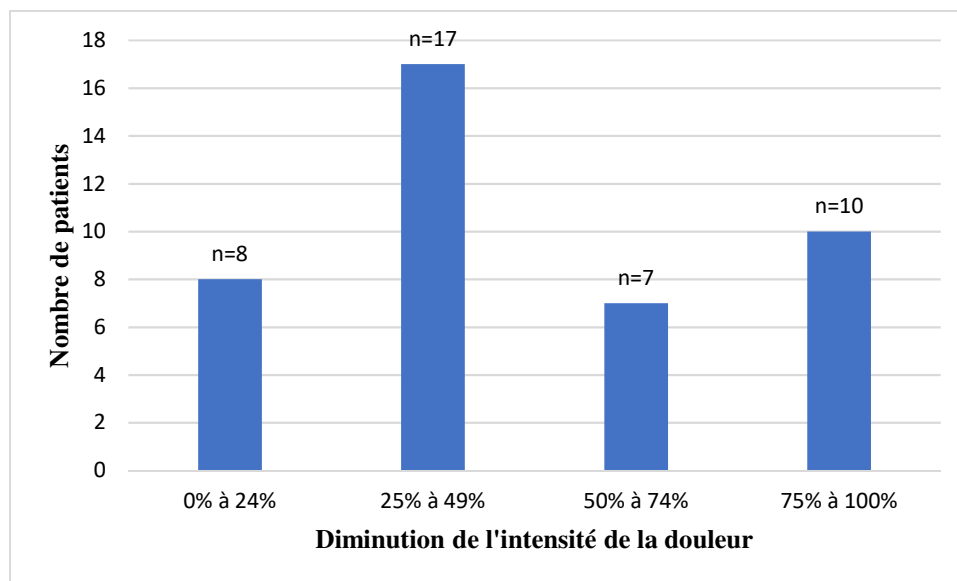


Figure 13 : Diminution de l'intensité de la douleur initiale calculée en pourcentage

La figure 13 illustre la réduction du score ENS en pourcentage avant et après traitement, ce qui permet de mieux prendre en compte le point de vue du patient. En effet, une réduction de 3 points par exemple peut paraître faible si l'ENS initiale est de 9 ou 10 alors que cela peut être un bon résultat si elle est de 5. Dans le premier cas, le patient aurait un score post traitement supérieur à 6, alors que dans le second, il serait égal à 2, ce qui représenterait une amélioration respective de 30 % et de 60 %.

La figure 13 indique que 8 patients (19 %) présentaient une réduction de l'ENS de moins de 25 %. Ces 8 patients incluent les 3 patients (7 %) précédemment rapportés pour lesquels l'ENS n'a pas été améliorée et 5 autres patients pour lesquels l'ENS a diminué de moins de 25 %.

La réduction de l'ENS la plus fréquente se situe entre « 25 % à 49 % » d'amélioration. Elle comprend 17 patients, soit 40 % des patients pour lesquels nous avons pu déterminer la réduction de l'ENS. On peut toutefois noter que 10 patients (24 %) ont noté une diminution de

plus de 75 % de l'intensité de leurs douleurs entre le début et la fin du traitement. Pour 8 de ces 10 patients la douleur a complètement disparu.

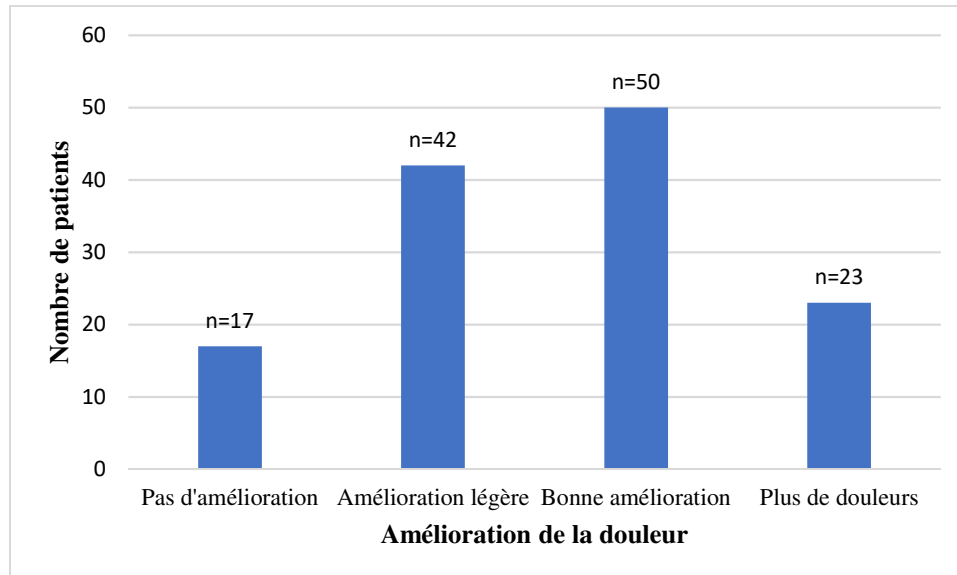


Figure 14 : Amélioration ressentie par le patient

Bien que le score ENS après traitement n'ait été relevé que dans 54 dossiers, il était fréquemment demandé au patient si le traitement prescrit était efficace. Il a souvent été nécessaire de prescrire plusieurs traitements différents avant de trouver celui apportant un soulagement au patient. Le ressenti de la douleur était alors noté dans le dossier pour 132 patients. Ne pouvant lister de manière exhaustive toutes les expressions écrites dans les dossiers, le ressenti du patient a été classé dans une des 4 catégories suivantes afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble : « Pas d'amélioration », « Amélioration légère », « Bonne amélioration » et « Plus de douleurs » (figure 14).

17 patients ont déclaré une absence d'amélioration (13 %), 42 une amélioration légère (32 %). Un peu plus de la moitié des patients (55 %) semblent malgré tout soulagés par les traitements mis en place puisque 50 patients (38 %) déclarent une bonne amélioration de leur condition et 23 patients (17 %) ne souffrent plus.

5.5. Données épidémiologiques selon le diagnostic

5.5.1. Diagnostics et données socio-démographiques

❖ *Sexe*

DIAGNOSTIC	SEXE		Total
	Femme	Homme	
Algie faciale atypique	7 88%	1 13%	8
Algie vasculaire de la face	1 100%	0 0%	1
Céphalée de tension	1 100%	0 0%	1
DNPTT	46 81%	11 19%	57
Névralgie trigéminal classique	17 57%	13 43%	30
DTM	56 82%	12 18%	68
Stomatodynie	26 93%	2 7%	28
Inflammatoire	37 73%	14 27%	51
Idiopathique indifférencié	17 74%	6 26%	23
Neuropathique indifférencié	13 62%	8 38%	21
Syndrome mixte	29 85%	5 15%	34
Doute	39 80%	10 20%	49
NR	26 63%	15 37%	41
Total	315 76%	97 24%	412

Figure 15 : Diagnostics en fonction du sexe

Abréviations utilisées : DNPTT = Douleur Neuropathique Post Traumatique Trigéminal ; DTM = Désordres Temporo-Mandibulaires ; NR = Non renseigné

Le tableau 15 illustre les diagnostics retenus rapportés au sexe. Les femmes sont plus nombreuses dans toutes les catégories diagnostiques. Pour les DNPTT, les AFA, les DTM et les stomatodynies, elles représentent plus de 80 % des patients. De même, pour la catégorie des

syndromes mixtes qui rassemble tous les patients atteints d'au moins 2 pathologies concomitantes, 80 % sont des femmes. Les 2 patients atteints d'algie faciale atypique et d'algie vasculaire de la face sont également des femmes.

❖ *Age*

DIAGNOSTIC	AGE DU PATIENT								Total	
	0 à 20 ans	21 à 30 ans	31 à 40 ans	41 à 50 ans	51 à 60 ans	61 à 70 ans	71 à 80 ans	81 ans et plus		NR
Algie faciale atypique			3	2	3					8
	0%	0%	38%	25%	38%	0%	0%	0%	0%	
Algie vasculaire de la face					1					1
	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	
Céphalée de tension		1								1
	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
DNPTT	1	6	11	17	7	11	2		2	57
	2%	11%	19%	30%	12%	19%	4%	0%	4%	
Névralgie trigéminal classique			2	1	10	7	5	3	2	30
	0%	0%	7%	3%	33%	23%	17%	10%	7%	
DTM	5	7	11	11	11	10	5	1	7	68
	7%	10%	16%	16%	16%	15%	7%	1%	10%	
Stomatodynie				3	11	7	3		4	28
	0%	0%	0%	11%	39%	25%	11%	0%	14%	
Inflammatoire		3	6	9	16	7	4	2	4	51
	0%	6%	12%	18%	31%	14%	8%	4%	8%	
Idiopathique indifférencié		3	2	7	2	6		1	2	23
	0%	13%	9%	30%	9%	26%	0%	4%	9%	
Neuropathique indifférencié		4	5	4	1	3		1	3	21
	0%	19%	24%	19%	5%	14%	0%	5%	14%	
Syndrome mixte		1	3	7	13	5	3		2	34
	0%	3%	9%	21%	38%	15%	9%	0%	6%	
Doute		5	6	8	10	10	4	2	4	49
	0%	10%	12%	16%	20%	20%	8%	4%	8%	
NR	2	5	12	7	5	8			2	41
	5%	12%	29%	17%	12%	20%	0%	0%	5%	
Total	8	35	61	76	90	74	26	10	32	412
	2%	8%	15%	18%	22%	18%	6%	2%	8%	

Figure 16 : Diagnostics en fonction de l'âge du patient

Abréviations utilisées : DNPTT = Douleur Neuropathique Post Traumatique Trigéminal ; DTM = Désordres Temporo-Mandibulaires ; NR = Non renseigné

Parmi les 30 patients s'étant présentés à la première consultation en raison d'une Névralgie trigéminal classique, 25 étaient âgés de plus de 50ans, soit 85 %.

Concernant les patients atteints de stomatodynie, 21 patients sur 28 étaient âgés de plus de 50 ans.

On peut aussi noter que les 8 patients diagnostiqués AFA avaient tous entre 35 et 59 ans.

5.5.2. Diagnostics et prise en charge de la douleur à la consultation

❖ Mode d'adressage à la consultation

La majorité des patients dont cette information a été documentée ont été orientés vers la consultation spécialisée par un professionnel de santé extérieur (60 %). Ce chiffre est différent selon les diagnostics. En effet, sur les 30 patients ayant reçu le diagnostic de Névralgie trigéminal classique, seuls 10 ont été adressés par des professionnels de santé extérieurs et 12 par les différents services du GHPS.

Cette observation est encore accentuée pour les patients souffrant de névralgies trigéminales post-traumatique douloureuses. Sur les 57 patients de cette catégorie, seuls 13 (23 %) ont été adressés par des professionnels de santé extérieurs et 24 (43 %) par l'hôpital.

A l'inverse, parmi les autres catégories de douleurs oro-faciales, on peut noter que pour les stomatodynies et pour les DTM, les patients sont majoritairement envoyés par l'extérieur. En effet, pour les patients souffrant de DTM, 30 (68 %) ont été orientés vers la consultation par un professionnel extérieur contre seulement 12 (32 %) par le GHPS. De même, pour les patients atteints de stomatodynie, seuls 2 (12 %) sont adressés par l'hôpital contre 14 (88 %) par l'extérieur, soit un rapport de 7 pour 1.

DIAGNOSTIC	ORIENTATION				Total
	Professionnel de santé extérieur	GHPS	Urgences dentaires du GHPS	NR	
Algie faciale atypique	1 13%	3 38%	0 0%	4 50%	8
Algie vasculaire de la face	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%	1
Céphalée de tension	1 100%	0 0%	0 0%	0 0%	1
DNPTT	13 23%	18 32%	6 11%	20 35%	57
Névralgie trigéminal classique	10 33%	8 27%	4 13%	8 27%	30
DTM	30 44%	9 13%	5 7%	24 35%	68
Stomatodynie	14 50%	2 7%	0 0%	12 43%	28
Inflammatoire	18 35%	7 14%	5 10%	21 41%	51
Idiopathique indifférencié	11 48%	2 9%	1 4%	9 39%	23
Neuropathique indifférencié	11 52%	2 10%	1 5%	7 33%	21
Syndrome mixte	15 44%	1 3%	1 3%	17 50%	34
Doute	19 39%	8 16%	4 8%	18 37%	49
NR	12 29%	9 22%	4 10%	16 39%	41
Total	155 38%	69 17%	31 8%	157 38%	412

Figure 17 : Diagnostics selon le mode d'adressage du patient
Abréviations utilisées : DNPTT = Douleur Neuropathique Post Traumatique Trigéminal ; DTM = Désordres Temporo-Mandibulaires ; NR = Non renseigné

❖ *Comorbidités anxio-dépressives*

Le tableau 18 illustre les comorbidités anxiodépressives. Les plus fréquentes sont constatées chez les patients atteints de DTM, de stomatodynie et d’algie faciale atypique ; respectivement 31 %, 58 % et 50 % des cas.

Le seul patient diagnostiqué comme souffrant d’une algie vasculaire de la face présentait lui aussi un contexte anxio-dépressif.

DIAGNOSTIC	CONTEXTE ANXIO-DEPRESSIF		Total
	NON	OUI	
Algie faciale atypique	4 50%	4 50%	8
Algie vasculaire de la face	0 0%	1 100%	1
Céphalée de tension	1 100%	0 0%	1
DNPTT	45 79%	12 21%	57
Névralgie trigéminal classique	27 90%	3 10%	30
DTM	47 69%	21 31%	68
Stomatodynie	12 43%	16 57%	28
Inflammatoire	42 82%	9 18%	51
Idiopathique indifférencié	16 70%	7 30%	23
Neuropathique indifférencié	15 71%	6 29%	21
Syndrome mixte	26 76%	8 24%	34
Doute	38 78%	11 22%	49
NR	30 73%	11 27%	41
Total	303 74%	109 26%	412

Figure 18 : Diagnostics en fonction du contexte anxio-dépressif
 Abréviations utilisées : DNPTT = Douleur Neuropathique Post Traumatique Trigéminal ; DTM = Désordres Temporo-Mandibulaires ; NR = Non renseigné

❖ *Durée de la douleur*

Dans l'ensemble, les patients souffraient de névralgie trigéminal post-traumatique, DTM, stomatodynie et syndrome mixte depuis 6 mois à 2 ans (figure 19).

Parmi les patients souffrant de névralgie trigéminal essentielle, 17 % se sont présentés à la consultation moins de 3 mois après l'apparition des douleurs.

DIAGNOSTIC	ANCIENNETE DE LA DOULEUR									TOTAL
	t ≤ 3 mois	3 < t ≤ 6 mois	6 < t ≤ 12 mois	1 an < t ≤ 2 ans	2 ans < t ≤ 4 ans	4 ans < t ≤ 6 ans	6 ans < t ≤ 10 ans	t > 10 ans	NR	
Algie faciale atypique	1 13%	0 0%	1 13%	0 0%	3 38%	0 0%	0 0%	0 0%	3 38%	8
Algie vasculaire de la face	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1
Céphalée de tension	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1
DNPTT	8 14%	9 16%	11 19%	9 16%	8 14%	2 4%	0 0%	0 0%	10 18%	57
Névralgie trigéminal classique	5 17%	2 7%	3 10%	3 10%	1 3%	1 3%	3 10%	0 0%	12 40%	30
DTM	7 10%	3 4%	6 9%	13 19%	7 10%	1 1%	2 3%	2 3%	27 40%	68
Stomatodynie	1 4%	3 11%	4 14%	3 11%	1 4%	1 4%	0 0%	0 0%	15 54%	28
Inflammatoire	6 12%	6 12%	8 16%	4 8%	3 6%	4 8%	0 0%	0 0%	20 39%	51
Idiopathique indifférencié	0 0%	3 13%	2 9%	1 4%	2 9%	0 0%	1 4%	1 4%	13 57%	23
Neuropathique indifférencié	1 5%	2 10%	3 14%	3 14%	3 14%	1 5%	2 10%	0 0%	6 29%	21
Syndrome mixte	2 6%	1 3%	4 12%	5 15%	3 9%	1 3%	3 9%	2 6%	13 38%	34
Doute	3 6%	8 16%	8 16%	5 10%	4 8%	3 6%	1 2%	4 8%	13 27%	49
NR	4 10%	6 15%	7 17%	2 5%	1 2%	3 7%	2 5%	0 0%	16 39%	41
Total	38 9%	43 10%	57 14%	49 12%	37 9%	17 4%	14 3%	9 2%	148 36%	412 100%

Figure 19 : Diagnostics en fonction de l'ancienneté de la douleur
 Abréviations utilisées : DNPTT = Douleur Neuropathique Post Traumatique Trigéminal ; DTM = Désordres Temporo-Mandibulaires ; NR = Non renseigné

❖ *Intensité de la douleur – scores ENS*

Aucune catégorie diagnostique ne paraît beaucoup plus douloureuse que les autres. L'intensité de la douleur relevée dans les catégories diagnostiques des douleurs oro-faciales chroniques se situe entre 4 et 8 sur l'ENS, à l'exception de quelques patients déclarant des scores supérieurs à 10 dans le cadre de DNPTT, de névralgies trigéminales classiques, de DTM, de syndromes mixtes et de douleurs indifférenciées. Avec 6 patients (11 %) ayant une ENS à 10, les douleurs neuropathiques post traumatiques trigéminales sont la catégorie la plus fréquemment rapportée avec une intensité douloureuse maximale.

DIAGNOSTIC	INTENSITE DE LA DOULEUR											Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NR	
Algie faciale atypique					1	1	3	1			2	8
	0%	0%	0%	0%	13%	13%	38%	13%	0%	0%	25%	
Algie vasculaire de la face									1			1
	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	
Céphalée de tension				1								1
	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
DNPTT		1	2	7	11	2	6	7	3	6	12	57
	0%	2%	4%	12%	19%	4%	11%	12%	5%	11%	21%	
Névralgie trigéminal classique		1		2	1	2	1	5	1	1	16	30
	0%	3%	0%	7%	3%	7%	3%	17%	3%	3%	53%	
DTM	1	3	3	3	5	2	4	4	2	1	40	68
	1%	4%	4%	4%	7%	3%	6%	6%	3%	1%	59%	
Stomatodynie			1	1	3	1	5	4	2		11	28
	0%	0%	4%	4%	11%	4%	18%	14%	7%	0%	39%	
Inflammatoire	1		2	3	3	3	1	5			33	51
	2%	0%	4%	6%	6%	6%	2%	10%	0%	0%	65%	
Idiopathique indifférencié		3	1	2	1	4	2	2	1	2	5	23
	0%	13%	4%	9%	4%	17%	9%	9%	4%	9%	22%	
Neuropathique indifférencié	1		3	1	3	2	2		2		7	21
	5%	0%	14%	5%	14%	10%	10%	0%	10%	0%	33%	
Syndrome mixte			3	2	3	5	1	5	1	1	13	34
	0%	0%	9%	6%	9%	15%	3%	15%	3%	3%	38%	
Doute		2	3	2	2	4	7	8	3	5	13	49
	0%	4%	6%	4%	4%	8%	14%	16%	6%	10%	27%	
NR				3	2	3	3	2	1	1	26	41
	0%	0%	0%	7%	5%	7%	7%	5%	2%	2%	63%	
Total	3	10	18	27	35	29	35	43	17	17	178	412
	1%	2%	4%	7%	8%	7%	8%	10%	4%	4%	43%	100%

Figure 20 : Intensité de la douleur selon les diagnostics

Abréviations utilisées : DNPTT = Douleur Neuropathique Post Traumatique Trigéminal ; DTM = Désordres Temporo-Mandibulaires ; NR = Non renseigné

❖ *Traitements*

		DIAGNOSTIC													
		Algie faciale atypique	Algie vasculaire de la face	Céphalée de tension	DNPTT	Néuralgie trigéminal classique	DTM	Stomatodynie	Inflammatoire	Idiopathique indifférencié	Neuropathique indifférencié	Syndrome mixte	Doute	NR	Total
MÉDICAMENT PER OS	Antiépileptiques	3			25	18	4	2	4	1	1	8	8	9	85
	Antidépresseurs	1			6		4	5	1	3		2	4	6	32
	Antimigraineux		1									1			2
	AINS	1				1	5			3	2	2	1	3	18
	Antalgiques		1				3	1		1			2	1	9
	Antibiotiques	1			1					1					3
	Myorelaxants						3							1	4
	Antiviraux					1									1
	Antihistaminiques										1				1
VOIE LOCALE	Capsaïcine	4			24	1	2	6	2	6	3	6	8	5	67
	Antalgique local								1					1	2
	Anesthésique local				5	1				1	2		1	1	11
	Clonazépam topique				1			7		1		1	1	1	12
	Substitut salivaire							2					1		3
NON MÉDICAMENTEUX	Kinésithérapie	1					14	1	1	1	1	1	4		24
	Orthèse				1	1	17			3	1	6		4	33
	Relaxation				2	1	13	2		2	1	1	2	2	26
	Abstention				3	2		1	1	1		1	1	1	11
	Avulsion				1	1	1		8			3	4		18
	Toxine botulique				1								1	1	3
	Dépose d'implant				2				2						4
	Hypnose				1							1	1		3
	Psychothérapie						1	2		1					4
	Soins / prothèses dentaires				4	1	3		19	3	2		10	1	43
	Intervention Chirurgicale				1					3	1		2		7

Figure 21 : Traitement mis en place à la consultation en fonction du diagnostic
 Abréviations utilisées : DNPTT = Douleur Neuropathique Post Traumatique Trigéminal ; DTM = Désordres Temporo-Mandibulaires ; NR = Non renseigné ;
 AINS = Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

Les 8 patients souffrant d'algie faciale atypique ont fait l'objet de 4 prescriptions de capsaïcine et de 3 prescriptions d'antiépileptiques.

Sur les 57 patients atteints de DNPTT, des antidépresseurs et des antiépileptiques ont été donnés respectivement à 6 et 25 patients. La capsaïcine a été prescrite à 24 reprises et des anesthésiques locaux à 5 reprises.

Parmi les 30 patients atteints de névralgie trigéminal classique, 18 prescriptions d'antiépileptiques ont été réalisées et une abstention thérapeutique a été choisie pour 2 patients.

Une orthèse occlusale, des exercices de relaxation et de la kinésithérapie ont respectivement été recommandés pour 17, 13 et 14 patients souffrant de DTM. Des anti-inflammatoires non stéroïdiens ont aussi été prescrits chez 5 patients.

Les patients diagnostiqués avec une stomatodynie étaient au nombre de 28. Ils ont fait l'objet de 5 prescriptions d'antidépresseurs, 6 de capsaïcine, 7 de clonazépam topique et 2 de substituts salivaires.

Pour les 51 patients souffrant de douleurs inflammatoires, 8 avulsions, 3 interventions chirurgicales pour exérèse d'apex résiduel et 2 déposes d'implant ont été conseillées. 19 patients se sont aussi vus adressés à des chirurgiens-dentistes afin d'entreprendre des soins dentaires ou une réhabilitation prothétique. Les traitements mis en place dans le cadre des douleurs inflammatoires sont en grande majorité non médicamenteux. En effet, l'origine organique identifiable de ces douleurs permet de mettre en place un traitement en vue d'éliminer la cause de la douleur.

De la capsaïcine a été prescrite à 6 des 23 patients atteints de douleurs idiopathiques indifférenciées.

5.5.3. Diagnostics et évaluation du traitement

❖ *Evaluation de la douleur pour les dossiers avec le score ENS post traitement renseigné*

DIAGNOSTIC	INTENSITE DE LA DOULEUR POST-TRAITEMENT										Total	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Algie faciale atypique			1	1	1							3
	0%	0%	33%	33%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
Algie vasculaire de la face												0
Céphalée de tension												0
DNPTT		1	3	3	3	3		1				14
	0%	7%	21%	21%	21%	21%	0%	7%	0%	0%	0%	
Névralgie trigéminal classique	2											2
	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
DTM	1			1					1			3
	33%	0%	0%	33%	0%	0%	0%	0%	33%	0%	0%	
Stomatodynie					2							2
	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
Inflammatoire				1	1	1						3
	0%	0%	0%	33%	33%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	
Idiopathique indifférencié	1				1							2
	50%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
Neuropathique indifférencié	1											1
	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
Syndrome mixte	2	2		2	1	2						9
	22%	22%	0%	22%	11%	22%	0%	0%	0%	0%	0%	
Doute	2		1		2	4						9
	22%	0%	11%	0%	22%	44%	0%	0%	0%	0%	0%	
NR	2		1		1	1	1					6
	33%	0%	17%	0%	17%	17%	17%	0%	0%	0%	0%	
Total	11	3	6	8	12	11	1	1	1	0	0	54
	20%	6%	11%	15%	22%	20%	2%	2%	2%	0%	0%	

Figure 22 : Intensité douloureuse post traitement selon le diagnostic, mesurée en points sur l'ENS
 Abréviations utilisées : DNPTT = Douleur Neuropathique Post Traumatique Trigéminal ; DTM = Désordres Temporo-Mandibulaires ; NR = Non renseigné ;
 ENS = Echelle Numérique Simple

Les scores ENS post-traitement sont globalement peu renseignés pour chacun des diagnostics. Ils ont été documentés dans seulement 54 dossiers.

Le score ENS post-traitements est renseigné pour 14 patients souffrant de DNPTT. Sur ces 14 cas, 13 patients (93 %) avaient un score ENS post traitement inférieur ou égal à 5 et un seul patient (7 %) restait avec un score ENS post traitement égal à 7.

Deux patients ayant été traités pour névralgie trigéminal classique n'avaient plus de douleurs après traitements. De même, un des 3 patients souffrant de DTM, pour lesquels le score ENS post traitement est renseigné, a été entièrement soulagé. Nous pouvons aussi remarquer que le score ENS le plus élevé en post traitement, qui est de 8, provient aussi d'un patient atteint de DTM.

L'ENS post traitement est renseigné pour 3 des patients souffrant d'algie faciale atypique ; avec des scores de 2, 3 et 4 sur 10.

Pour les patients souffrant de syndromes mixtes, les 9 scores ENS post-traitements documentés étaient inférieurs ou égaux à 5. Parmi ces 9 patients, 2 patients (22 %) avaient un score ENS égal à 1 et 2 autres (22 %) avaient un score ENS nul.

❖ *Evaluation de la douleur pour les dossiers avec le score ENS initial et post traitement renseigné*

DIAGNOSTIC	DIMINUTION DU SCORE DE LA DOULEUR											Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Algie faciale atypique			1			1						2
	0%	0%	50%	0%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	
Algie vasculaire de la face												0
Céphalée de tension												0
DNPTT	1	3	3	3	2	1		1				14
	7%	21%	21%	21%	14%	7%	0%	7%	0%	0%	0%	
Névralgie trigéminal classique							1				1	2
	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	0%	50%	
DTM					1							1
	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
Stomatodynie				1	1							2
	0%	0%	0%	50%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
Inflammatoire		1		1								2
	0%	50%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
Idiopathique indifférencié	1		1									2
	50%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
Neuropathique indifférencié										1		1
	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	
Syndrome mixte	1	2	1			1	1					6
	17%	33%	17%	0%	0%	17%	17%	0%	0%	0%	0%	
Doute				4	1		1	1	1			8
	0%	0%	0%	50%	13%	0%	13%	13%	13%	0%	0%	
NR		1			1							2
	0%	50%	0%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
Total	3	7	6	9	6	3	3	2	1	1	1	42
	7%	17%	14%	21%	14%	7%	7%	5%	2%	2%	2%	

Figure 23 : Réduction de l'intensité douloureuse selon le diagnostic, mesurée en points sur l'ENS
Abréviations utilisées : DNPTT = Douleur Neuropathique Post Traumatique Trigéminal ; DTM = Désordres Temporo-Mandibulaires ; NR = Non renseigné ; ENS = Echelle Numérique Simple

Ainsi qu'il a été mentionné précédemment, l'ENS initiale et post-traitement n'était documentée que dans 42 dossiers. Les DNPTT (14 dossiers complets) étaient de loin la catégorie diagnostique la plus documentée. On notera que sur ces 14 cas, 4 patients (28 %) n'ont pas vu leur ENS diminuer ou ne diminuer que d'un point et un seul patient avait une diminution de 7 points sur son ENS.

Pour les 6 patients souffrants de syndromes mixtes, 4 (66 %) ont vu leur douleur post traitement diminuer de moins de 2 points par rapport à leur score ENS initial, et 2 autres (33 %) avaient un score ENS inférieur de 5 et 6 points.

La plus grande réduction de l'ENS a été observée chez un patient ayant consulté pour une névralgie trigéminal classique. Son ENS a baissé de 10 points.

DIAGNOSTIC	REDUCTION ENS EN POURCENTAGE				Total
	0% à 24%	25% à 49%	50% à 74%	75% à 100%	
Algie faciale atypique		1	1		2
	0%	50%	50%	0%	
Algie vasculaire de la face					0
Céphalée de tension					0
DNPTT	3	7	2	2	14
	21%	50%	14%	14%	
Névralgie trigéminal classique				2	2
	0%	0%	0%	100%	
DTM			1		1
	0%	0%	100%	0%	
Stomatodynie		1	1		2
	0%	50%	50%	0%	
Inflammatoire	1	1			2
	50%	50%	0%	0%	
Idiopathique indifférencié	1			1	2
	50%	0%	0%	50%	
Neuropathique indifférencié				1	1
	0%	0%	0%	100%	
Syndrome mixte	2	2	1	1	6
	33%	33%	17%	17%	
Doute		5	1	2	8
	0%	63%	13%	25%	
NR	1			1	2
	50%	0%	0%	50%	
Total	8	17	7	10	42
	19%	40%	17%	24%	

Figure 24 : Diagnostics en fonctions de la réduction de l'intensité de la douleur sur l'ENS (en pourcentage)

Abréviations utilisées : DNPTT = Douleur Neuropathique Post Traumatique Trigéminal ; DTM = Désordres Temporo-Mandibulaires ; NR = Non renseigné ; ENS = Echelle Numérique Simple

La figure 24 illustre la réduction des scores ENS en pourcentage par diagnostic. La réduction de l'ENS la plus fréquente se situe entre « 25 % à 49 % » d'amélioration. Elle représente 17 patients, soit 40 % des patients pour lesquels nous avons cette information.

Les 2 patients atteints de névralgie trigéminal classique ont été soulagés à 100 %.

Parmi les 14 patients diagnostiqués comme souffrant de DNPTT, 2 patients ont vu leur score ENS diminué de 78 % et 80 % alors qu'un autre n'a pas eu d'amélioration de son ENS et que 2 autres ont vu leurs douleurs diminuer de seulement 20 %.

Nous retrouvons le même écart chez les 6 patients avec un syndrome mixte. En effet, un patient n'avait plus du tout de douleurs alors qu'un autre n'avait qu'une diminution de 17 % sur son ENS et un 3^{ème} n'a vu aucune amélioration malgré le traitement.

❖ *Evaluation de la douleur pour les dossiers où est renseigné le ressenti du patient*

DIAGNOSTICS	AMELIORATION RESSENTIE PAR LE PATIENT				Total
	Pas d'amélioration	Amélioration légère	Bonne amélioration	Plus de douleurs	
Algie faciale atypique	0%	75%	25%	0%	4
Algie vasculaire de la face	0%	0%	100%	0%	1
Céphalée de tension					0
DNPTT	13%	47%	34%	6%	32
Névrалgie trigéminalе classique	8%	38%	8%	46%	13
DTM	0%	46%	54%	0%	13
Stomatodynie	25%	25%	50%	0%	8
Inflammatoire	0%	0%	50%	50%	8
Idiopathique indifférencié	0%	25%	75%	0%	4
Neuropathique indifférencié	38%	25%	25%	13%	8
Syndrome mixte	9%	18%	55%	18%	11
Doute	21%	26%	26%	26%	19
NR	18%	9%	45%	27%	11
Total	13%	32%	38%	17%	132

Figure 25 : Amélioration de la douleur ressentie par le patient selon le diagnostic
Abréviations utilisées : DNPTT = Douleur Neuropathique Post Traumatique Trigéminalе ; DTM = Désordres Temporo-Mandibulaires ; NR = Non renseigné

La figure 25 illustre l'amélioration ressentie par le patient selon le diagnostic. Le relevé de ces informations est particulièrement pertinent dans le cadre des douleurs chroniques où la douleur doit être appréhendée selon un modèle biopsychosocial. Bien que persistante, la douleur peut être mieux tolérée et acceptée par le patient. Plusieurs patients ont décrit une amélioration du vécu global sans diminution de l'intensité des douleurs. D'autres ont

déclaré une plus grande liberté de mouvement après traitement mais sans diminution du score ENS.

Les 8 patients ayant consulté pour des douleurs inflammatoires ont tous été très soulagés ou entièrement. Et parmi les 13 patients atteints d'une névralgie trigéminal classique, 6 patients (46 %) ne ressentent plus de douleurs après traitement. Ces 2 catégories diagnostiques semblent être celles où les patients sont les plus soulagés.

Aucun des 16 patients atteints d'algie faciale atypique, de stomatodynie, ou de douleurs idiopathiques indifférenciées n'a été entièrement soulagé, bien que la majorité de ces patients ait déclaré ressentir une amélioration après traitement. Il est intéressant de noter que, en dehors des DTM, seules ces trois catégories diagnostiques, correspondant aux douleurs idiopathiques, n'ont eu aucun patient entièrement soulagé.

6. Discussion

Cette étude rétrospective fait le bilan de la consultation de douleur oro-faciale du Professeur Boucher dans le service d'odontologie du GHPS. L'analyse des dossiers des patients ayant pris rendez-vous à cette consultation, entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2018, a permis d'en établir la typologie diagnostique et de dresser un profil épidémiologique des patients venant consulter.

Analyse des résultats

La forte prévalence féminine de l'échantillon (76 %) confirme les études antérieures (Macfarlane et al. 2002; Breivik et al. 2006). Ainsi, les femmes sont majoritaires dans toutes les catégories diagnostiques et représentent plus de 85 % des patients atteints de stomatodynie et d'algie faciale atypique.

Le nombre de patients par tranche d'âge augmente progressivement jusqu'à 60 ans. La tranche la plus représentée est donc celle des « 51 à 60 ans » qui représente 22 %. Les patients âgés de plus de 60 ans représentent quant à eux 29 %. Respectivement, 75 % et 83 % des patients atteints de stomatodynie et de névralgie trigéminal classique ont plus de 50 ans.

Le recrutement de la consultation est réalisé en majorité grâce aux professionnels de santé extérieurs au GHPS, qui ont adressé près de 40 % des patients de la population étudiée. L'hôpital, et plus particulièrement le service d'odontologie, participe activement au recrutement de la consultation. En effet, un quart des patients a été adressé par différentes unités du service d'odontologie : urgence, chirurgie maxillo-faciale, dermatologie buccale... L'adressage n'était pas noté dans le dossier lorsque le patient s'était présenté de lui-même à la consultation. Ce qui correspond à 38 % des dossiers.

Il est cependant impossible d'affirmer si le patient s'est présenté de lui-même ou si l'adressage a oublié d'être mentionné.

L'analyse des dossiers a permis de relever que l'adressage était noté moins fréquemment dans les dossiers les plus anciens. Il n'y a pas lieu de penser que les patients venaient par eux-mêmes plus souvent il y a quelques années. Il est donc probable que la proportion de patients adressés à la consultation soit bien supérieure au 65 % relevés. Cela suggère une amélioration du recueil des données cliniques au cours des années.

Un contexte anxio-dépressif est présent chez plus d'un quart des patients. Il s'élève à 50 % et 57 % pour les patients souffrant respectivement d'une algie faciale atypique et de stomatodynie. Cela confirme la prévalence des problèmes psychologiques en cas de douleurs chroniques oro-faciales, décrits comme facteurs favorisant leur apparition (Turner et Dworkin 2004; Maia Costa Cabral et al. 2014; Honda et al. 2018).

Les patients s'étant présentés à la consultation souffraient depuis plus de 3 mois et moins de 2 ans dans 36 % des cas (149 patients). Ceci correspond à plus de la moitié des patients (56 %) pour lesquels l'information était précisée dans le dossier (264 dossiers). Ces derniers sont donc plutôt bien orientés vers la consultation spécialisée. Notons toutefois que 23 patients de l'échantillon avaient des douleurs depuis plus de 6 ans.

Les diagnostics les plus souvent relevés sont les désordres temporo-mandibulaires (17 %) suivis des douleurs neuropathiques trigéminales post-traumatiques (14 %) et des douleurs inflammatoires dentaires ou parodontales (12 %). Il est étonnant qu'un si grand nombre de patients souffrant de douleurs inflammatoires se soit présentés à une consultation spécialisée, alors que celles-ci sont du ressort du chirurgien-dentiste omnipraticien. En effet, les douleurs inflammatoires dentaires ou parodontales ne rentrent pas dans les classifications des douleurs chroniques oro-faciales et nécessitent des soins dentaires afin d'éliminer la lésion organique

responsable de la douleur. Ces patients ont donc été réorientés vers un chirurgien-dentiste après la pose du diagnostic.

Aucun patient n'a été diagnostiqué migraineux dans les dossiers étudiés. Après la migraine, l'algie vasculaire de la face et la céphalée de tension étaient les pathologies les plus rares avec un seul cas répertorié pour chacune. En effet, ces pathologies possèdent des critères diagnostiques caractéristiques et sont probablement mieux identifiées. De plus, ces céphalées affectent généralement la partie supérieure de la face plus que la sphère orale. Le patient serait alors amené à consulter son médecin généraliste qui assurera sa prise en charge ou l'orientera vers un neurologue, ce qui explique que ces patients n'aient pas recours à une consultation spécialisée dans un service d'odontologie.

Le fort taux de non renseignement de l'intensité douloureuse, évaluée par ENS, ne permet pas de juger correctement l'efficacité des traitements. Celle-ci semble cependant varier selon la catégorie diagnostique analysée. Ainsi, l'amélioration des symptômes des patients atteints de névralgies trigéminales classiques et post-traumatiques était de 40 % et 49 % alors qu'elle n'était que de 19 %, 21 % et 50 % en cas respectivement de désordres temporo-mandibulaires, de stomatodynie et d'algie faciale atypique. L'efficacité des traitements apparaît donc moindre pour les douleurs oro-faciales chroniques idiopathiques.

Près de 30 % des patients de la catégorie « syndrome mixte » ont déclaré une amélioration. Ce nombre est relativement satisfaisant si on prend en compte le fait que les patients de cette catégorie sont atteints d'au moins deux pathologies concomitantes, rendant la prise en charge plus délicate.

Lorsque seul le mécanisme était supposé, mais qu'aucun diagnostic précis n'a pu être posé, l'efficacité du traitement semblait diminuer. En effet, on retrouve une amélioration dans seulement 17 % des cas des douleurs « idiopathiques indifférenciés » et 23 % des cas des douleurs « neuropathiques indifférenciés ».

Confrontation avec le bilan de 2013

Si on compare nos données aux résultats de l'étude réalisée en 2013 par Minard sur la consultation de douleur oro-faciale du Professeur Descroix, au sein du même service, et incluant 164 patients sur 2 ans, nous pouvons remarquer quelques similarités (Minard 2013). L'échantillon étudié était aussi composé majoritairement de femmes (80 %), et le nombre de

patients par tranche d'âge augmentait également avec l'âge. Les 60 ans et plus représentaient 45 % des patients, ce qui est supérieur à notre étude où ils ne représentent que 30 %.

Un contexte anxio-dépressif était présent chez 37 % des patients contre 26 % dans notre étude. Cette différence peut s'expliquer par des moyens différents d'évaluation. Dans les deux études, l'état anxieux et dépressif était apprécié par le praticien lors de la consultation. Les examinateurs étant différents dans ces deux études, il peut y avoir des différences dans leurs critères de jugement.

Des similarités sont aussi observées dans la répartition des diagnostics ; les diagnostics les plus rares sont l'algie faciale atypique et la céphalée de tension, aucun patient n'a été diagnostiqué migraineux, les désordres temporo-mandibulaires représentent environ 15 % des cas et on retrouve la même proportion de névralgie trigéminal classique avec 7 % des cas.

Cependant, la prévalence des diagnostics de douleurs neuropathiques post-traumatiques trigéminales, de stomatodynie et d'algie faciale atypique était plus importante dans l'étude de Minard. Les douleurs inflammatoires sont par contre deux fois plus présentes dans notre étude (12 %) que dans celle de 2013 (6 %).

Limites de l'étude

La première limite de cette étude résulte de l'impossibilité de recueillir la totalité des dossiers des patients ayant pris rendez-vous à la consultation, bien que les dossiers aient été cherchés aux archives par deux personnes différentes, à deux moments différents. La perte des dossiers papiers est un problème fréquemment relevé dans les services hospitaliers. Ainsi, 180 dossiers (2 %) sur 619 patients n'ont pu être retrouvés au moment de l'étude. Depuis début 2019, une nouvelle organisation du service rend systématique l'informatisation des dossiers médicaux, ce qui devrait permettre une meilleure gestion des données et limiter le nombre de dossiers non accessibles.

La seconde limite est liée au manque de certaines données dans le dossier médical du patient. L'absence d'informations, essentielles à l'étude, a conduit à un taux important de non renseignement pour certains critères analysés : le mode d'adressage des patients, l'ancienneté de la douleur et l'intensité douloureuse au moment de la première consultation ont un taux de non renseignement de 38 %, 26 % et 43 %. Ce dernier élément est pourtant essentiel dans le cadre d'une consultation spécialisée en douleur. Il pourrait être intéressant d'utiliser une fiche

clinique standardisée lors de la première consultation, ainsi qu'au cours du suivi, afin de ne pas passer à côté de certaines informations précieuses. Il faut noter que l'absence d'information dans le dossier ne signifie pas nécessairement que la question a été omise. Il s'agit parfois d'un problème de communication patient-praticien, ou de représentation : le patient peut avoir du mal à conceptualiser sa douleur sous forme d'une échelle linéaire. Il faudrait dans ce cas renseigner l'information par « non applicable ».

Le score ENS post-traitement n'a été relevé que chez 54 patients (13 %). Néanmoins, il est régulièrement noté dans les dossiers médicaux lorsque le traitement n'est pas efficace ; ce qui pondère l'absence d'ENS post-traitement. De même, lorsque le traitement est efficace, le ressenti du patient est noté dans le dossier. C'est ainsi qu'il a été possible de recueillir l'amélioration ressentie par 132 patients. Le relevé de cette information, en supplément de l'ENS, est particulièrement pertinent dans le cadre des douleurs chroniques. Bien que persistante, la douleur peut-être mieux tolérée et acceptée par le patient. En effet, quelques patients ont décrit une amélioration de la qualité de vie sans diminution de l'intensité douloureuse. Par exemple, un patient déclarait une plus grande liberté de mouvement après traitement mais sans diminution du score ENS tandis qu'un autre affirmait que les crises douloureuses, bien que toujours présentes, le gênaient moins car elles devenaient moins fréquentes et disparaissaient plus rapidement.

7. Conclusion

Cette étude a permis de réaliser un nouveau bilan de l'activité de la consultation douleur oro-faciales du service d'odontologie du GHPS et de préciser certaines spécificités du profil épidémiologique des patients. Il s'agit principalement d'une population féminine, âgée de plus de 50 ans, adressée par un professionnel de santé extra-hospitalier. Les désordres temporo-mandibulaires et les douleurs neuropathiques post-traumatiques trigéminales sont les pathologies les plus souvent diagnostiquées et représentent 17 % et 14 % de la population étudiée. Enfin, les céphalées neurovasculaires et dites de tension sont quasiment inexistantes dans cette consultation.

L'intensité douloureuse moyenne est de 6 / 10 sur l'ENS.

Bien que l'efficacité des traitements ne puisse être correctement évaluée à cause d'un taux important de non renseignements, il semblerait que le traitement des douleurs idiopathiques soit moins efficace que le traitement des névralgies. Il semble aussi intéressant de chercher, en l'absence d'un diagnostic fiable, le mécanisme impliqué dans la perception douloureuse afin de proposer un traitement adapté.

Certains points peuvent être discutés afin d'améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Il serait intéressant de reprendre contact avec les patients pour lesquels l'amélioration n'est pas renseignée afin de recueillir les informations manquantes, ce qui permettrait d'optimiser la prise en charge d'autres patients. L'utilisation d'une fiche standardisée lors de la première consultation et l'informatisation des dossiers médicaux devraient permettre un recueil des données cliniques plus complet et éviter la perte significative des données cliniques.

Enfin, en raison de l'influence des problèmes psychologiques sur les douleurs oro-faciales, il semble nécessaire de mieux documenter cet élément, à l'aide de questionnaires standardisés, par exemple. La mise en place d'une consultation systématique de psychothérapie afin de prendre en charge le patient de manière pluridisciplinaire semble également souhaitable.

BIBLIOGRAPHIE

- Beissner F, Brandau A, Henke C, Felden L, Baumgärtner U, Treede R-D, et al. Quick discrimination of A(delta) and C fiber mediated pain based on three verbal descriptors. *PLoS One*. 2010;5(9):e12944.
- Benoliel R, Zadik Y, Eliav E, Sharav Y. Peripheral painful traumatic trigeminal neuropathy: clinical features in 91 cases and proposal of novel diagnostic criteria. *J Orofac Pain*. 2012;26(1):49-58.
- Boucher Y, Moreau N, Dieb W. Physiologie de la douleur. *Inf Dent*. 2018;(25):52-73.
- Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005;114(1-2):29-36.
- Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008;136(3):380-7.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain Lond Engl*. 2006;10(4):287-333.
- Dallel R. Towards a pain treatment based on the identification of the physiopathological mechanisms. *Rev Neurol (Paris)*. 2000;156(10):831-6.
- Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord Facial Oral Pain*. 1992;6(4):301-55.
- Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. *J Pain Off J Am Pain Soc*. 2012;13(8):715-24.
- Haviv Y, Zadik Y, Sharav Y, Benoliel R. Painful traumatic trigeminal neuropathy: an open study on the pharmacotherapeutic response to stepped treatment. *J Oral Facial Pain Headache*. 2014;28(1):52-60.
- Honda Y, Handa T, Fukuda K-I, Koukita Y, Ichinohe T. Comparison of Risk Factors in Patients With Acute and Chronic Orofacial Pain. *Anesth Prog*. 2018;65(3):162-7.
- International Headache Society (IHS). *Ihscclassification. ICHD-3 The International Classification of Headache Disorders 3rd edition* [Internet]. ichd-3. 2019 [Consulté le 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://ichd-3.org/>
- International Headache Society (IHS). *Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition*. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.

- Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kincey J, Worthington HV. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(1):52-60.
- Maia Costa Cabral D, Sawaya Botelho Bracher E, Dylese Prescatan Depintor J, Eluf-Neto J. Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo City. *J Pain Off J Am Pain Soc.* 2014;15(11):1081-91.
- Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain.* 2000;84(1):95-103.
- Melin C. Etat de la formation initiale sur la douleur dans les UFR de chirurgie dentaire en France [Mémoire Master 1 : chirurgie dentaire]. [Clermont-Ferrand]: Université de Clermont I; 2007.
- Minard A. Etude épidémiologique rétrospective des patients suivis en consultation de douleur oro-faciale à la Pitié-Salpêtrière : à propos de 164 patients [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. [Paris] : Université Paris Diderot - Paris 7. UFR d'odontologie; 2013.
- Pionchon P, Melin C. La prise en charge des douleurs orofaciales en France : vers une démarche intégrée. *Actual Odonto-Stomatol.* 2011;(256):377-87.
- Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. *J Oral Facial Pain Headache.* 2014;28(1):6-27.
- Société Française d'Etude et Traitement de la Douleur (SFETD). Livre Blanc SFETD des Structures de la Douleur en France 2015 [Internet]. sfetd-douleur. 2015 [Consulté le 20 septembre 2019]. Disponible sur : <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/06/livreblanc2015-interactif.pdf>
- Société Française d'Etude et Traitement de la Douleur (SFETD). Livre Blanc de la Douleur 2017 : état des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen [Internet]. sfetd-douleur. 2017 [Consulté le 20 septembre 2019]. Disponible sur : https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/10/livre_blanc-SFETD-interactif-bis.pdf
- Stohler CS. Prise en charge des douleurs oro-faciales peristantes. In: Lund J, Lavigne G, Dubner R, Sessle B, éditeurs. *Douleurs oro-faciales: des sciences fondamentales à la pratique clinique.* Paris; Quintessence International ; 2004. p. 207-25.
- Treede R-D, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology.* 2008;70(18):1630-5.
- Turner JA, Dworkin SF. Screening for psychosocial risk factors in patients with chronic orofacial pain: recent advances. *J Am Dent Assoc* 1939. 2004;135(8):1119-25.
- Widmer C. Croyances actuelles et recommandations pour l'enseignement. In: Lund J, Lavigne G, Dubner R, Sessle B, éditeurs. *Douleurs oro-faciales: des sciences fondamentales à la pratique clinique.* Quintessence International. Paris; 2004. p. 29-37.

- Woda A, Pionchon P. A unified concept of idiopathic orofacial pain: clinical features. *J Orofac Pain*. 1999;13(3):172-84.
- Woda A, Tubert-Jeannin S, Bouhassira D, Attal N, Fleiter B, Goulet J-P, et al. Towards a new taxonomy of idiopathic orofacial pain. *Pain*. 2005;116(3):396-406.
- Woolf CJ, Bennett GJ, Doherty M, Dubner R, Kidd B, Koltzenburg M, et al. Towards a mechanism-based classification of pain? *Pain*. 1998;77(3):227-9.

Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ni improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire.

AMAR Michaël. Etude rétrospective des consultations douleurs oro-faciales du service d'odontologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. 2019. 45 p : ill., graph., tabl. Réf. Biblio. : 43-45

Sous la direction du Pr BOUCHER Yves

Th : Chir Dent. : Paris 7 : 2019

RESUME :

La prise en charge des douleurs chroniques est un enjeu de santé publique et économique majeur. Les douleurs oro-faciales chroniques nécessitent une prise en charge spécifique. Or il n'existe qu'une dizaine de consultations spécialisées dans les douleurs oro-faciales en France.

La consultation douleur oro-faciale du service d'odontologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière reçoit plusieurs centaines de patients par an mais son activité a été peu évaluée. De récentes avancées dans la compréhension de ces douleurs et des catégories diagnostiques nous ont incité à refaire le bilan de la consultation et à évaluer la prise en charge des patients.

Une étude observationnelle de cohorte, rétrospective, a été réalisée sur les patients ayant consulté entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2018. Nous avons relevé les caractéristiques épidémiologiques des patients et étudié la typologie diagnostique. Nous avons aussi évalué l'ancienneté et l'intensité de la douleur ainsi que l'efficacité des traitements proposés.

Cette étude nous renseigne sur la population de la consultation : il s'agit majoritairement de femmes, de cinquante ans ou plus, adressées par un praticien extra-hospitalier, et venant consulter principalement pour désordres temporo-mandibulaires et pour névralgie trigéminal post traumatique. Cette étude nous fournit aussi des éléments de réponses sur l'efficacité de la consultation et sur d'éventuelles améliorations à apporter à la prise en charge des patients.

TITRE en anglais : Retrospective study of orofacial pain consultations of the odontology department of the Pitié-Salpêtrière hospital

DISCIPLINE : Sciences anatomiques : Physiologie : Douleur

MOTS-CLES Français :

Études épidémiologiques (FMeSH) ; Névralgie Faciale (FMeSH) ; Douleur chronique (FMeSH) ; Troubles de l'articulation temporomandibulaire (FMeSH) ; Stomatodynie (FMeSH) ; Algie faciale ; Douleur neuropathique

MOTS-CLES Anglais :

Epidemiologic studies (MeSH) ; Facial Neuralgia (MeSH) ; Chronic pain (MeSH) ; Temporomandibular joint disorders (MeSH) ; Burning mouth syndrome (MeSH) ; Facial pain ; Neuropathic pain