



**HAL**  
open science

# Étude restrospective dans la prise en charge des stomatodynies

Léa Kasbarian

► **To cite this version:**

Léa Kasbarian. Étude restrospective dans la prise en charge des stomatodynies. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04164204

**HAL Id: dumas-04164204**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04164204v1>**

Submitted on 18 Jul 2023

**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

**THESE**

***POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant

Aix-Marseille Université  
(Président : Monsieur le Professeur Éric BERTON)

Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales  
(Doyen : Monsieur le Professeur Georges LEONETTI)

**Ecole de Médecine Dentaire**  
(Directeur : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

***Etude rétrospective dans la prise en charge des  
stomatodynies***

Présentée par

**KASBARIAN Léa**

Née le 13/02/1996

A Marseille

Thèse soutenue le **mardi 3 janvier 2022**

Devant le jury composé de

Président : Professeur TARDIVO Delphine

Assesseurs : Docteur ROCHE-POGGI Philippe

Docteur CAMPANA Fabrice

Docteur HAMMOUTENE Stéphane



**THESE**

***POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant

Aix-Marseille Université  
(Président : Monsieur le Professeur Éric BERTON)

Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales  
(Doyen : Monsieur le Professeur Georges LEONETTI)

**Ecole de Médecine Dentaire**  
(Directeur : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

***Etude rétrospective dans la prise en charge des  
stomatodynies***

Présentée par

**KASBARIAN Léa**

Née le 13/02/1996

A Marseille

Thèse soutenue le **mardi 3 janvier 2022**

Devant le jury composé de

Président : Professeur TARDIVO Delphine

Assesseurs : Docteur ROCHE-POGGI Philippe

Docteur CAMPANA Fabrice

Docteur HAMMOUTENE Stephane

## ADMINISTRATION

<b>Doyens Honoraires</b>	Professeur	Raymond SANGIUOLO†
	Professeur	Henry ZATTARA
	Professeur	André SALVADORI
	Professeur	Jacques DEJOU
<b>Directeur</b>	Professeur	Bruno FOTI
<b>Directeurs adjoints</b>	Professeur	Michel RUQUET
	Professeur	Anne RASKIN
<b>Chargés de missions</b>		
Formation Initiale	Professeur	Michel RUQUET
Recherche	Professeur	Anne RASKIN
Formation Continue	Professeur	Frédéric BUKIET
Relations Internationales	Professeur	Hervé TASSERY
Internat et Diplômes d'études spécialisées	Professeur	Virginie MONNET-CORTI
Affaires générales	Docteur	Patrick TAVITIAN
<b>Responsable Administrative</b>	Madame	Katia LEONI

### PROMOTIONS :

2019 Raymond SANGIUOLO  
2020 Gaston BERGER  
2021 Joseph MIGOZZI  
2022 Jérôme GALLION

## LISTE DES ENSEIGNANTS

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD**

BUKIET Frédéric (58-01)  
FOTI Bruno (58-02)  
LE GALL Michel (56-01)  
MONNET-CORTI Virginie (57-01)  
RASKIN Anne (58-01)  
RUQUET Michel (58-01)  
TARDIEU Corinne (56-01)  
TARDIVO Delphine (56-02)  
TASSERY Hervé (58-01)  
TERRER Elodie (58-01)

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

ABOUT Imad (65)

### **PROFESSEURS ÉMÉRITES**

DEJOU Jacques (58-01)  
HUE Olivier (58-01)

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD**

ABOUDHARAM Gérard (58-01)	LAN Romain (56-02)
ANTEZACK Angeline (57-01)	LAURENT Michel (58-01)
BELLONI Didier (57-01)	MAILLE Gérald (58-01)
BOHAR Jacques (56-01)	MENSE Chloé (58-01)
CAMOIN Ariane (56-01)	PHILIP-ALLIEZ Camille (56-01)
CAMPANA Fabrice (57-01)	POMMEL Ludovic (58-01)
CATHERINE Jean-Hugues (57-01)	PRECKEL Bernard-Éric (58-01)
GAUBERT Jacques (56-01)	RÉ Jean-Philippe (58-01)
GIRAUD Thomas (58-01)	ROCHE-POGGI Philippe (57-01)
GIRAUDEAU Anne (58-01)	SILVESTRI Frédéric (58-01)
GUIVARC'H Maud (58-01)	STEPHAN Grégory (58-01)
JACQUOT Bruno (58-01)	TAVITIAN Patrick (58-01)
LABORDE Gilles (58-01)	TOSELLO Alain (58-01)

## MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉS

BALLESTER Benoît (58-01)

BLANCHET Isabelle (58-01)

CASAZZA Estelle (58-01)

## CHEFS DE CLINIQUE DES UNIVERSITÉS - ASSISTANTS DES HÔPITAUX

ARNIER Canelle (56-01)

Borel Guillaume (56-02)

BAUDINET Thomas (58-01)

BRINCAT Arthur (57-01)

BROS Agnès (56-01)

CHIARINI Thomas (58-01)

DUPRAT Florence (56-01)

FAURE-BRAC Mathias (57-01)

FERRE Enzo (58-01)

FOUQUES Agathe (56-01)

HAMMOUTENE Stéphane (57-01)

LAFONT Jacinthe (57-01)

LAURENT Camille (58-01)

LIOTARD Alicia (58-01)

MADENIAN Pauline (58-01)

MANSUY Charlotte (58-01)

MARTIN William (56-01)

ONGHENA Tom (56-01)

PASCHEL Laura (58-01)

PILLIOL Virginie (58-01)

PRINCE Fanny (57-01)

RAYNAUD Camille (58-01)

REYNAL Florence (56-01)

ROMAO Vincent (57-01)

ROUSCOFF Eva (57-01)

SADOWSKI Camille (57-01)

TERRER Jérémy (56-01)

VEILLARD Pierre (56-01)

## ASSISTANTE DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉ

BROTON Adèle (56-01)

### **Intitulés des sections CNU :**

**56<sup>ème</sup> section : Développement, croissance et prévention**

56-01 Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale

56-02 : Prévention – Epidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale

**57<sup>ème</sup> section : Chirurgie orale, Parodontologie, Biologie Orale**

57-01 : Chirurgie orale – Parodontologie – Biologie orale

**58<sup>ème</sup> section : Réhabilitation orale**

58-01 : Dentisterie restauratrice – Endodontie – Prothèses – Fonction-Dysfonction – Imagerie – Biomatériaux

**Madame le Professeur Delphine TARDIVO,**

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et je vous en remercie.  
Je vous suis reconnaissante pour votre disponibilité, votre gentillesse et vos conseils avisés aussi bien lors de mes révisions internat que pour la rédaction de cette thèse.  
Votre parcours professionnel a suscité une grande admiration et restera une source d'exemple dans l'accomplissement de mon développement professionnel.  
Recevez toute ma considération et mes remerciements.

**Monsieur le Docteur Philippe ROCHE-POGGI,**

Merci de me faire l'honneur de votre présence dans mon jury.  
Bien que je n'aie pas eu l'occasion de pouvoir apprendre à vos côtés à la clinique, je me remémore ces premiers cours de chirurgie que vous animiez avec tant de sympathie mais aussi les écuries d'internat que vous rendiez toujours plus pertinentes en offrant à notre culture un regard plus médical.  
Veuillez trouver ici le témoignage de mes vifs remerciements.

**Monsieur le Docteur Fabrice CAMPANA,**

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse et vous témoigne aujourd'hui ma profonde reconnaissance pour avoir apporté tant d'énergie et de temps à cette rédaction.  
A vos côtés, j'ai pu grandir et apprendre ce qu'est le travail d'une thèse, à mener une étude scientifique, à apporter de la pertinence et de la rigueur à ma rédaction.  
Cette belle collaboration restera marquée par votre sympathie et votre disponibilité.  
J'espère que le fruit de ce travail sera à la hauteur de vos attentes et à l'image du savoir et de toutes les connaissances que vous m'avez transmises.  
Veuillez trouver dans ce travail, le témoignage de toute ma gratitude.

**Monsieur le Docteur Stéphane HAMMOUTENE,**

Je te remercie et je suis heureuse que tu aies accepté de siéger dans ce jury de thèse.  
Merci pour ton aide dans la réalisation de cette présentation et pour ces bons conseils que tu as su tirer de ta propre expérience.  
Je garde en mémoire ton dévouement, ta patience et ta gentillesse constants lors de mes quelques (rares) apparitions dans le service de chirurgie en cinquième et sixième année.  
Je te souhaite une belle carrière et un épanouissement professionnel dans le milieu hospitalier.

**Mesdames PAPILLAULT Emilie et MONINO Nathalie,**

Merci d'avoir rendu cette soutenance possible,  
Merci de votre confiance et de votre bienveillance !

**A ma famille, à mes amis, à tous ceux que j'aime :**

Merci pour l'amour indéfectible et pour le soutien sans failles que vous m'apportez depuis tant d'années.  
Aujourd'hui encore, votre présence à mes côtés est nécessaire.  
Rien n'aurait été possible sans vous.

# Table des matières

<b>I-</b>	<b>Introduction</b> .....	1
<b>II-</b>	<b>Matériel et Méthode</b> .....	2
<b>III-</b>	<b>Résultats</b> .....	3
	3-1 Données épidémiologiques.....	3
	3-2 Histoire de la maladie.....	4
	3-3 Prise en charge.....	7
	3.4.1 Traitements de première intention.....	7
	3.4.2 Traitements de seconde et troisième intention.....	9
	3-4 Le suivi.....	9
	3-5 Effets indésirables.....	10
	3-6 Les traitements.....	10
	3.6.1 La capsaïcine.....	10
	3.6.2 L'amitriptyline bain de bouche.....	11
	3.6.3 L'amitriptyline per-os.....	11
	3.6.4 La prégabaline.....	12
	3.6.5 La gabapentine.....	12
<b>IV-</b>	<b>Discussions</b> .....	13
	4-1 Épidémiologie.....	13
	4-2 Clinique.....	13
	4-3 Prise en charge.....	13
	4.3.1 Les traitements topiques.....	13
	4.3.2 Les traitements systémiques.....	14
	4.3.3 Les principes de prescription.....	14
	4.3.4 Les thérapeutiques non pharmacologiques.....	15
	4-4 Le suivi.....	15
	4-5 Évaluation et proposition d'amélioration de l'étude.....	16
<b>V-</b>	<b>Conclusion</b> .....	17
<b>VI-</b>	<b>Annexes</b> .....	18
	Annexe 1 : tableaux d'extraction des données.....	18
	Annexe 2 : diagramme de flux.....	25
	Annexe 3 : échelle de la douleur chez l'adulte (HAS).....	26
	Annexe 4 : questionnaire de la douleur neuropathique DN4 (SFETD).....	26
<b>VII-</b>	<b>Bibliographie</b> .....	27

## I- Introduction

La stomatodynie, ou syndrome de la bouche brûlante en anglais (Burning Mouth Syndrome), est définie comme « une affection chronique caractérisée par une sensation de brûlure de la muqueuse buccale pour laquelle aucune cause ne peut être trouvée » selon l'International Association for the Study of Pain (IASP). L'International Headache Society (IHS) précise que « cette sensation de brûlure de la muqueuse buccale est spontanée, survenant quotidiennement, durant plus de deux heures par jour et depuis plus de trois mois ». (1)

Les douleurs sont décrites comme des brûlures, des picotements, des fourmillements ou encore des engourdissements. Elles s'accompagnent fréquemment d'une dysgueusie et d'une xérostomie (sensation subjective de sécheresse buccale).

Ces douleurs chroniques sont caractérisées par une intensité modérée à sévère.

Elles sont généralement résistantes aux traitements antalgiques non opioïdes et peuvent se répercuter sur la qualité de vie des patients.

Aujourd'hui les stomatodynies ne sont plus considérées comme des douleurs idiopathiques mais comme des douleurs neuropathiques ou nociplastiques, justifiées par des arguments histologiques, électro-physiologiques et par des études psychophysiques et neurophysiologiques.

En 1836, le chirurgien Aristide Verneuil décrivait déjà l'affection comme une « forme particulière de névralgie ». (2)

La stomatodynie est considérée comme une maladie rare et est référencée sur le site orphanet au numéro **353253**. (3) Pourtant, sa prévalence dans la population générale est relativement élevée. Elle est estimée à 1,73 % selon la méta-analyse de Shuangshuang Wu et al. (4)

Son analyse en sous-groupes a pu mettre en évidence une variation de cette prévalence selon les régions du monde, l'âge ou encore le sexe : l'Europe est le continent présentant la plus haute prévalence : 5,58% contre 1,10% pour l'Amérique du Nord ou encore 1,05% pour l'Asie.

La prévalence augmenterait avec l'âge : 3,31 % chez les personnes de plus de 50 ans contre 1,92% chez les moins de 50 ans, et affecterait plus volontiers les femmes (1,15 %) que les hommes (0,38 %).

Les patients atteints de stomatodynie ont souvent un parcours de soins compliqué qui les amène à consulter plusieurs praticiens sans qu'un diagnostic ne puisse être posé et/ou une prise en charge proposée. Celle-ci reste encore mal codifiée, les traitements sont jugés décevants ou mal tolérés, la douleur persiste. La difficulté de prise en charge des stomatodynies et leur « rareté » contrastent avec la fréquence du motif de consultation pour les spécialistes en pathologies de la muqueuse orale. Les patients atteints de stomatodynie sont souvent adressés au CHU pour un avis recours par différents professionnels de santé liés aux maladies orales.

Il existe pourtant des recommandations de bonne pratique sur la prise en charge de cette pathologie et de nombreuses publications scientifiques.

Nous avons voulu savoir qu'elle était la prise en charge de cette pathologie au sein de notre institution. Pour cela, nous avons réalisé une étude rétrospective d'une cohorte de malades atteints de stomatodynie.

L'objectif principal était d'évaluer l'amélioration des symptômes de la stomatodynie à partir du jugement clinique des patients.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la réduction de la douleur à l'aide de l'échelle numérique (EN) et la tolérance des traitements (fréquence d'effets indésirables).

## II- Matériel et Méthode

Il s'agissait de mener une étude observationnelle de cohorte historique monocentrique de patients ayant consulté pour « douleurs buccales à type de brûlures ou picotements » et pour lesquels le diagnostic de stomatodynie primaire était retenu.

L'étude a préalablement été déclarée sur le portail d'accès aux données de santé avec la référence PADS 2022-YWJMZU.

Les patients ont été anonymisés à l'aide de l'identifiant permanent du patient (IPP).

L'inclusion a concerné les patients reçus entre le 23 février 2018 et le 11 octobre 2022 dans le service de chirurgie orale du pôle odontologique de l'hôpital de la Timone, Hôpitaux Universitaires de Marseille.

Les critères de non-inclusion rassemblaient toutes les affections locales ou systémiques pouvant être à l'origine d'une stomatodynie secondaire, risquant d'induire un biais de confusion.

Les patients pour lesquels l'évaluation de l'efficacité thérapeutique, à la première consultation de suivi, n'était pas disponible, n'ont pas été inclus dans l'étude.

Le critère d'exclusion était l'absence de renseignement sur l'amélioration des symptômes lors des consultations de suivi.

Les paramètres d'analyse ont été tirés du compte rendu du dossier médical informatisé de chaque patient et ce pour chaque consultation réalisée.

Nous avons ainsi pu relever :

- La date d'inclusion ainsi que les différentes dates de suivi
- Les facteurs épidémiologiques :
  - Age
  - Sexe
  - Anamnèse médicale
  - Facteurs favorisants
- L'histoire de la maladie :
  - La durée des symptômes
  - La localisation
  - L'évolution
- Les traitements prescrits
- Les critères cliniques :
  - Amélioration ou Non Amélioration des symptômes, soit notre critère de jugement principal
  - Évaluation de la douleur selon l'échelle numérique EN (0-10)
  - Effets indésirables et tolérance.

Les données ont été saisies sur un tableau Excel version 16.43

L'analyse statistique consistera en une évaluation des pourcentages des paramètres de l'échantillon.

### III- Résultats

86 patients étaient éligibles pour cette étude.

Sur cette cohorte 52 patients ont été exclus car ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion :

- 16 patients souffraient de stomatodynies secondaires et de stomatites lichéniennes ou psoriasiques (langue géographique),
  - 12 patients exclus pour lesquels une abstention thérapeutique était retenue à l'issue de la consultation initiale,
  - 24 patients qui ne se sont pas présentés à la première consultation de suivi.
- Ainsi, 34 malades ont été inclus dans l'étude

#### 3.1 Les données épidémiologiques :

La cohorte comprenait 34 patients, 29 femmes (85%) et 5 hommes (15%).

L'âge moyen était de 62 ans et s'échelonnait de 32 à 90 ans.

86 % des femmes étaient supposées ménopausées (> 50 ans).

À partir de l'anamnèse médicale, nous avons relevé que :

- 53% des malades souffraient de troubles psychologiques (dépression, trouble anxieux, névrose, choc émotionnel),
- 17,6% des patients, exclusivement de sexe féminin, étaient atteints de troubles thyroïdiens (thyroïdectomie ou hypothyroïdies),
- 14,7% des malades ont eu une hystérectomie.

Les traitements médicamenteux associés aux pathologies sont décrits dans le tableau 1.

<b>Démographie :</b>	
Age moyen (extrêmes) (ans):	62 (32-90)
Sexe F/H :	29 (85%) / 5 (15%)
Femmes supposées ménauposées (> 50 ans) :	25 / 29 (86%)
<b>Pathologies :</b>	
ATCD cancer :	4 (11,7%)
<b>TAG</b>	<b>14 (41%)</b>
Dépression	4 (11,7%)
Interventions chirurgicales orales	3 (8,8%)
Fibromyalgies	3 (8,8%)
Hystérectomies	<b>5 (14,7%)</b>
Pathologies thyroïdiennes	<b>6 (17,6%)</b>
<b>Traitements concomitants :</b>	
Hormone thyroïdienne :	<b>5 (14,7%)</b>
Antidépresseur :	<b>6 (17,6%)</b>
Anxiolytique :	4 (11,7%)
Somnifère :	2 (5,9%)
Antihypertenseur :	<b>5 (14,7%)</b>
IPP :	<b>7 (14,2%)</b>
Statine :	<b>5 (14,7%)</b>
Traitement hormonal substitutif :	3 (8,8%)
AINS :	<b>5 (14,7%)</b>
Anti-histaminique :	2 (5,9%)

TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES INITIALES DES PATIENTS

### 3.2 L'histoire de la maladie :

Concernant le motif de la consultation, 67,6% des patients ont consulté pour un motif de « douleurs » (n=23/34), dont 43,5% ont précisé qu'il s'agissait de « brulures » (n=10/23). Deux patients se plaignaient de « picotements », un patient notifiait des « irritations » et un autre évoquait une « gêne » (tableau 2).

Durant l'entretien, les patients étaient interrogés sur le type de symptômes, l'évolution des douleurs au cours de la journée et des repas et sur l'intensité maximale des douleurs ressenties : 58,8% (n=20/34) des patients évoquaient des brulures dont 35% étaient associées à des picotements (n=7/20). 14,7% se plaignaient de dysgueusies.

47% des patients signalaient une atteinte de la langue (n=16/34), 25% d'entre eux précisaient la pointe (n=4/16) et 18,7% les bords (n=3/16).

5,8% se plaignaient de douleurs labiales (n=2/34), 5,8% d'une atteinte gingivale et 5,8% d'une atteinte palatine.

Pour 5,8% les brulures étaient généralisées à l'ensemble de la cavité buccale (n=2/34).

Ces deux patientes ont notamment précisé que la douleur ressentie était de 10/10 sur l'EN. (diagramme 1)

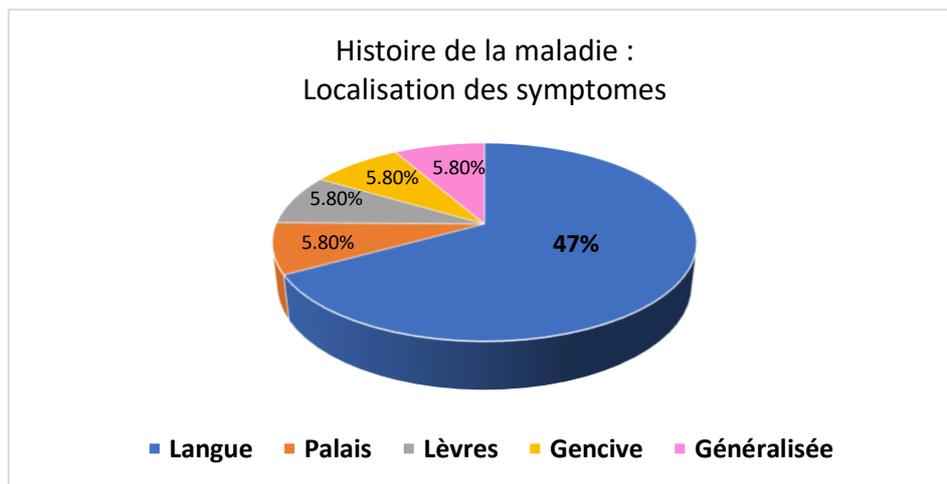


DIAGRAMME 1 : DIAGRAMME DES DIFFERENTS SITES SYMPTOMATOLOGIQUES

La moitié des malades ressentait une amélioration de la douleur au cours des repas. 38% ressentait une ascension progressive des symptômes au cours de la journée et 26,5% une exacerbation le soir.

La douleur était évaluée par l'échelle numérique EN et s'échelonnait de 0 à 10. La douleur moyenne ressentie des 34 patients était de 7/10, ce qui caractérise la douleur comme « intense » selon l'échelle numérique HAS. (6) (annexe 3). Pour 53% (n=18/34) des patients la douleur était > 7/10 et pour 8,8% (n=3/34) la douleur était maximale, soit de 10/10.

Pour 85% des malades (n=29/34), la pathologie était chronique, c'est-à-dire  $\geq 3$  mois. La durée moyenne des symptômes était de 3,5 ans et la durée médiane de 1,5 an avec un minimum de 3 mois et un maximum enregistré de 20 années.

76,5% (n=26/34) d'entre eux ont préalablement consulté au moins un professionnel de santé avant de se présenter à la consultation de pathologies de la muqueuse orale (diagramme 2) :

- 41,6% ont consultés un dentiste,
- 29% un stomatologue,
- 29% un ORL,
- 25% un généraliste,
- 12,5% un dermatologue,
- 12,5% un psychologue ou psychiatre
- 8,3% un gastroentérologue ou un allergologue
- 4% un neurologue.

Un patient, souffrant depuis 5 ans de stomatodynie primaire, a consulté jusqu'à 7 spécialistes différents (généraliste – dermatologue – stomatologue – dentiste – ORL – psychologue – allergologue), sans amélioration notable.

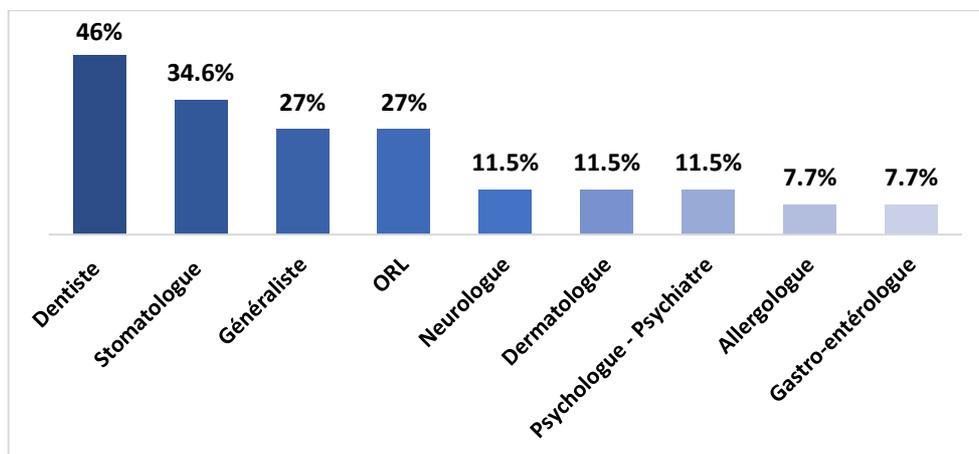


DIAGRAMME 2 : DIAGRAMME DES DIFFERENTS PRATICIENS CONSULTES

Les traitements antérieurs majoritairement prescrits étaient des antifongiques (17,6%), (amphotéricine B, fluconazole, miconazole), de l'amitriptyline (14,7%), de la prégabaline (11,7%) ou encore du bain de bouche à base de bicarbonate (11,7%).

3% des patients ont mentionné l'acupuncture, mais aucun ne cite avoir eu recours à de la Thérapie Cognito-Comportementale.

L'examen clinique, réalisé sur chaque patient, permettait de distinguer une stomatodynie primitive, c'est-à-dire une douleur neuropathique, d'une stomatodynie secondaire en lien avec une lésion algique locale.

Sur les 34 patients inclus, 44% (n=15/34) présentaient un examen clinique normal,

5,8% (n=2/34) une variation physiologique non algique de type langue saburrale villeuse ou linéa alba.

<b>Durée :</b>	
Chronique ( $\geq 3$ mois) :	29 / 34 (85%)
<b>Spécialistes consultés : 26 patients / 34 (76,5%)</b>	
Généraliste	<b>7 (27%)</b>
ORL	7 (27%)
Dentiste	<b>12 (46%)</b>
Neurologue	3 (11,5%)
Allergologue	2 (7,7%)
Stomatologue	<b>9 (34,6%)</b>
Dermatologue	3 (11,5%)
Psychologue - Psychiatre	3 (11,5%)
Gastro-entérologue	2 (7,7%)
<b>Symptômes :</b>	
Brûlures	<b>20 (58,8%)</b>
Picotements	11 (32,3%)
Fourmillements	1 (3%)
Dysgueusie	5 (14,7%)
Dyesthésie	1 (3%)
Augmentation journée	<b>13 (38%)</b>
Paroxysme soir	9 (26,5%)
Calmés aux repas	<b>17 (50%)</b>
<b>Traitements antérieurs pris :</b>	
Antifongique	<b>6 (17,6%)</b>
Bain de bouche $\text{HCO}_3^-$	<b>4 (11,7%)</b>
Amitriptyline	<b>5 (14,7%)</b>
Prégabaline	<b>4 (11,7%)</b>
Prednisone	3 (8,8%)
Clonazepam	1 (3%)
Acupuncture	1 (3%)
Antiviraux	1 (3%)
IPP	1 (3%)
Anétholtrithione	1 (3%)

TABLEAU 2 : CARACTERISTIQUES DE L'HISTOIRE DE LA MALADIE

Le diagnostic de stomatodynie a été posé, que les symptômes concernent la langue ou d'autres localisations buccales, sans faire de distinction entre glossodynie/stomatodynie. Le diagnostic était parfois complété par le type de stomatodynie selon la classification de Lamay et Lewis (fig.1).

Nous ainsi ainsi relevé :

- Stomatodynie de type 1 : 16 malades (47%),
- Stomatodynie de type 2 : 6 malades (17,6%),
- Stomatodynie de type 3 : 2 malades (5,8%),
- Stomatodynie de type non précisé : 10 malades (29,4%).

Tableau 1 - Classification de Lamey et Lewis		
GLOSSODYNIE	Évolution diurne de la douleur primitive	Intensité de la douleur pendant les repas
TYPE I	Augmentation progressive avec intensité maximale le soir	Diminution
TYPE II	Brûlures continues	Augmentation
TYPE III	Brûlures intermittentes	Variable

FIGURE 1. CLASSIFICATION DES STOMATODYNIES SELON LAMAY ET LEWIS (5)

### 3.3 La prise en charge :

La prise en charge pharmacologiques des malades a reposé sur l'utilisation de la capsaïcine, de l'amitriptyline en bain de bouche (BB) ou per-os (PO), de la gabapentine, de la prégabaline et du clonazepam.

#### 3.3.1 Traitement de 1<sup>ère</sup> intention :

Cinq traitements de 1<sup>ère</sup> ligne ont été dispensés :

Un traitement topique a été choisi dans 22 situations (n=22/34) :

- capsaïcine (n=18) prescrite sous forme de PMR (préparation magistrale remboursable) à 0,025%,
- amitriptyline BB (n=4) prescrite en galénique solution buvable 40mg/ml et à la dose de 10 gouttes, 2 fois par jour, à diluer dans un demi verre d'eau.

Pour 12 patients un traitement systémique a été proposé (n=12/34) :

- amitriptyline PO (n=8) prescrite en titration à des doses variant de 5 à 20 gouttes/jour.
- prégabaline (n=3) prescrite en titration à des doses variant de 50 à 450 mg/jour.
- gabapentine (n=1) prescrite à la dose de 300 mg/jour.

Sur le critère de jugement principal (Amélioré/Non Amélioré), l'amélioration des symptômes a été renseigné par tous les patients lors de la première consultation de suivi.

L'amélioration concernait 73,5% des patients (n=25/34).

Elle était supérieure pour les patients pris en charge par un traitement topique (77,2%) que pour les patients pris en charge par un traitement systémique (66%).

Les résultats pour les différents traitements sont décrits dans le tableau 3.

Traitement de 1 <sup>ère</sup> intention		Amélioré cliniquement (A)	Non Amélioré (NA)	Pourcentage amélioré	
<b>Topique</b>	Capsaïcine (n=18)	14	4	77,7%	77,2%
	Amitriptyline BB (n=4)	3	1	75%	
<b>Systémique</b>	Amitriptyline PO (n=8)	6	2	75%	66%
	Prégabaline (n=3)	2	1	66%	
	Gabapentine (n=1)	0	1	0%	
		73,5%	26,5%		

TABLEAU 3 : RESULTATS CLINIQUES DU TRAITEMENT DE 1ERE INTENTION

L'évolution de l'échelle de la douleur (échelle numérique (EN)) entre la consultation initiale et la consultation du premier suivi était disponible chez 13 malades (38,2%) :

Une réduction de la douleur était notifiée chez 12 malades (92%) et un patient n'a pas ressenti de différence.

Chez ces 12 patients, la diminution de l'EN était de 3,5 en moyenne (diminution de 2 à 7) :

Traitement	EN départ	EN à la 1 <sup>ère</sup> évaluation	Évolution
<b>Capsaïcine</b>	6	6	0
<b>Capsaïcine</b>	8	2	-6
<b>Capsaïcine</b>	9	2	-7
<b>Capsaïcine</b>	8	3	-5
<b>Capsaïcine</b>	7	4	-3
<b>Capsaïcine</b>	10	5	-5
<b>Capsaïcine</b>	10	5	-5
<b>Capsaïcine</b>	8	6	-2
<b>Amitriptyline BB</b>	2	0	-2
<b>Amitriptyline BB</b>	8	3	-5
<b>Amitriptyline PO</b>	9	6	-3
<b>Amitriptyline PO</b>	4	1	-3
<b>Prégabaline</b>	9	2	-7

TABLEAU 4 : RESULTATS SUR L'EN DU TRAITEMENT DE 1ERE INTENTION

### 3.3.2 Traitement de 2<sup>nd</sup>e intention et plus

Chez les patients non répondeurs (n=9/34), la suite des traitements est résumée dans le tableau suivant :

Traitement à T1 non efficace	Traitement 2 <sup>nd</sup> e intention	Évolution	TTT 3 <sup>ème</sup> intention	Évolution
<b>Capsaïcine (n=4)</b>	→ Gabapentine 600mg	A (EN-1)		
	→ Amitriptyline PO 10 gouttes	NA (EN inchangée)	Gabapentine	NR
	→ Arrêt traitement	NR		
	→ Arrêt traitement	NR		
<b>Amitriptyline BB (n=1)</b>	→ Amitriptyline PO 10 gouttes	PDV		
<b>Amitriptyline PO (n=2)</b>	→ Augmentation dose 25 gouttes	A (EN-2)		
	→ Augmentation dose 25 gouttes	NA (EN inchangée)	Capsaïcine	NA
<b>Prégabaline (n=1)</b>	→ Capsaïcine topique	NA	Clonazepam	A (EN=NR)

TABLEAU 5 : RESULTATS CLINIQUES DES TRAITEMENTS DE 2<sup>ND</sup>E ET 3<sup>EME</sup> INTENTION

Au final, au cours de cette étude, 28 malades sur 34 ont été soulagés (82,3%) et 67,6% des patients ont déclaré ressentir une amélioration lors de leur dernière consultation (n=23/34). 11 patients non soulagés ne sont pas revenus consulter.

### 3.4 Le suivi :

La durée moyenne de suivi entre deux consultations était de 4,24 mois et de médiane 2 mois, avec pour minimum 0 mois et un maximum de 35 mois.

Nous avons pu réaliser jusqu'à 7 suivis pour 3 des 34 patients, sur une durée totale moyenne de 14 mois et de médiane 9 mois.

Ainsi, 31 patients ont été perdus de vue entre la première consultation et le 7<sup>ème</sup> suivi.

Le diagramme de flux est présenté en annexe 2.

### 3.5 Les effets indésirables :

Sur la cohorte, 14 malades ont présenté des effets indésirables en lien avec leur traitement :

- Capsaïcine topique (n=8) :
  - Brulures lors de l'application (n=2)
  - Brulure d'estomac (n=1)
  - Ulcérations buccale (n=2)
  - Hyposialie (n=1)
  - Intolérance, sans précision (n=1)
- Amitriptyline BB (n=1) :
  - Application douloureuse
- Amitriptyline PO (n=5) :
  - Xérostomie (n=2)
  - Somnolences, vertiges (n=1)
  - Intolérance, sans précision (n=2)
  - Majoration de la migraine (n=1)
- Prégabaline (n=1) :
  - Asthénie et prise de poids
- Gabapentine PO (n=3) :
  - Insomnie, dysurie, toux (n=1)
  - Hyposialie (n=1)
  - Intolérance (n=1)

### 3.6 Les traitements :

#### 3.6.1 La capsaïcine

Elle a été prescrite 25 fois au cours de cette étude et a permis une amélioration dans 68% des cas (n=17/25).

<b>T0</b>	Patients traités	18	
	<b>Amélioration</b>	<b>14</b>	77,7%
<b>T1</b>	Patients traités	2	
	<b>Amélioration</b>	<b>PDV</b>	NR
<b>T2</b>	Patients traités	4	
	<b>Amélioration</b>	<b>2</b>	50%
<b>T4</b>	Patients traités	1	
	<b>Amélioration</b>	<b>1</b>	100%

TABLEAU 6 : RESULTATS CLINIQUES DE LA CAPSAICINE

La réduction moyenne de la douleur était de – 3,5/10 au bout de 3,19 mois en moyenne et d’une durée médiane de 2 mois.

Concernant les effets secondaires, 8 patients ont notifié des effets indésirables. Nous relevons :

- 2 intolérances au traitement
- 2 ulcérations buccales
- 2 brûlures lors de l’application
- 1 xérostomie
- 1 brûlure d’estomac.

### 3.6.2 Amitriptyline BB

L’amitriptyline en bain de bouche fut prescrite 6 fois durant l’étude et permis une amélioration dans 50% des cas (n=3/6).

<b>T0</b>	Patients traités	4	
	<b>Amélioration</b>	<b>3</b>	75%
<b>T1</b>	Patients traités	1	
	<b>Amélioration</b>	<b>PDV</b>	NR
<b>T5</b>	Patients traités	1	
	<b>Amélioration</b>	<b>0</b>	0%

TABLEAU 7 : RESULTATS CLINIQUES DE L’AMITRIPTYLINE BB

La réduction moyenne de la douleur était de – 3,5/10 au bout de 7,5 mois en moyenne. Une seule patiente s’est plainte de douleurs lors de l’application de la solution sur la langue.

### 3.6.3 Amitriptyline PO

Elle a été prescrite 11 fois au cours l’étude. Le traitement a pu soulager des douleurs dans 63,6% des cas (n=7/11). La réduction moyenne de la douleur était de – 3 /10 au bout de 2,8 mois en moyenne et d’une durée médiane de 1 mois.

<b>T0</b>	Patients traités	8	
	<b>Amélioration</b>	<b>6</b>	75%
<b>T1</b>	Patients traités	3	
	<b>Amélioration</b>	<b>1</b>	33,3%

TABLEAU 8 : RESULTATS CLINIQUES DE L’AMITRIPTYLINE PO

Concernant les effets indésirables, nous avons relevé :

- Xérostomie
- Somnolences et vertiges
- Majoration des migraines

### 3.6.4 La prégabaline

Elle a été prescrite 6 fois durant l'étude et elle a permis une amélioration dans 83,3% des cas (n=5/6).

<b>T0</b>	Patients traités	3	
	<b>Amélioration</b>	<b>2</b>	66,6%
<b>T2</b>	Patients traités	2	
	<b>Amélioration</b>	<b>2</b>	100%
<b>T4</b>	Patients traités	1	
	<b>Amélioration</b>	<b>1</b>	100%

TABLEAU 9 : RESULTATS CLINIQUES DE LA PREGABALINE

La réduction moyenne de la douleur était de – 6,5/10 au bout de 3,3 mois en moyenne et d'une durée médiane de 2 mois.

Concernant les effets secondaires, il a été notifié :

- Tremblements linguaux
- Asthénie
- Prise de poids

### 3.6.5 La gabapentine

Elle a été prescrite 6 fois au cours de l'étude et a permis une amélioration dans 33,3% des cas (n=2/6).

<b>T0</b>	Patients traités	1	
	<b>Amélioration</b>	<b>0</b>	0%
<b>T1</b>	Patients traités	1	
	<b>Amélioration</b>	<b>1</b>	100%
<b>T2</b>	Patients traités	1	
	<b>Amélioration</b>	<b>PDV</b>	NR
<b>T3</b>	Patients traités	2	
	<b>Amélioration</b>	<b>0</b>	0%
<b>T4</b>	Patients traités	1	
	<b>Amélioration</b>	<b>1</b>	100%

TABLEAU 10 : RESULTATS CLINIQUES DE LA GABAPENTINE

La réduction moyenne de la douleur était de – 1/10 au bout de 1,5 mois en moyenne.

Concernant les effets secondaires, nous avons pu relever :

- Intolérance
- Insomnie, dysurie et toux
- Xérostomie

## **IV- Discussion**

### **4.1 Épidémiologie**

Notre étude retrouve que les femmes sont plus touchées par les stomatodynies et plus particulièrement, les femmes ménopausées.

Ces résultats sont en adéquation avec ceux de l'étude de Shuangshuang Wu (4) et celle de Kohorst (7).

### **4.2 Clinique**

Dans notre étude, plus de la moitié des malades souffraient de troubles psychologiques : 41% des patients ont été atteints de Troubles Anxieux Généralisés (TAG) et 11,7% souffraient d'une dépression (tableau 1).

La revue systématique de Galli et al. a étudié le lien entre les facteurs psychologiques et les stomatodynies. Dans cette revue, 14 études contrôlées ont été sélectionnées et 13 rapportaient que l'anxiété et la dépression étaient les troubles psychologiques les plus fréquemment retrouvés chez les patients souffrant de stomatodynie. (8)

Toutefois cette corrélation entre l'apparition de stomatodynies et les troubles psychologiques est discutée. Ces troubles, longtemps considérés comme une cause majeure de la stomatodynie, ne seraient en réalité que la conséquence de la maladie. C'est ce que conclue Sikora et al. dans leur étude portant sur 43 malades dont les troubles psychologiques n'auraient débuté qu'une fois les symptômes de la stomatodynies apparus. (9)

Nous avons également retrouvé une association fréquente entre stomatodynies et troubles thyroïdiens (17,6%). Selon Gupta et al., les hormones thyroïdiennes T3 et T4 joueraient un rôle important dans la régulation de nombreuses fonctions du système nerveux et pourraient ainsi être à l'origine de troubles neurologiques. (10)

Edigo-Moreno et al. confirment dans leur revue systématique que l'altération des hormones thyroïdiennes intervient dans les stomatodynies, en particulier en cas de déficit thyroïdien. (11)

### **4.3 Prise en charge**

La prise en charge des douleurs neuropathiques s'appuie sur des recommandations de bonne pratique de la SFETD (*société française d'Étude et de Traitement de la Douleur*) en 2010, puis sur les recommandations françaises publiées en 2020.

#### **4.3.1 Les traitements topiques :**

Dans notre cohorte, le traitement le plus prescrit a été la capsaïcine (48%). En 2010, elle est décrite comme un traitement émergent avec un niveau de preuve intermédiaire de Grade B. (12) Son principal avantage serait le faible risque d'effets indésirables systémiques. Un seul effet indésirable systémique a été retrouvé dans notre étude, il s'agissait de brûlures d'estomac.

Sa durée d'efficacité prolongée serait également intéressante pour la prise en charge des douleurs neuropathiques.

Pourtant en 2020, les nouvelles recommandations qualifient l'usage de la capsaïcine topique à haute dose de « faiblement recommandable » et conseillent l'emploi de capsaïcine en seconde intention en raison de son coût élevé et de sa disponibilité uniquement en usage hospitalier. (13) La capsaïcine est prescriptible sous forme de préparation magistrale PMR en l'absence d'équivalent thérapeutique et sa délivrance est possible en médecine de ville.

Le principal frein, selon nous, à son usage, reste l'absence de galénique commercialisée adaptée aux stomatodynies diffuses (sous forme de bain de bouche).

Nos résultats retrouvent une efficacité de 68% pour la capsaïcine PMR, dans l'amélioration des symptômes de la stomatodynie. Ces résultats sont en adéquation avec ceux retrouvés dans la revue systématique de Tan et al. (14) dont l'efficacité de la capsaïcine est supérieure au placebo.

L'emploi de l'amitriptyline en bain de bouche n'est pas décrit dans les recommandations sus-citées. Nous n'avons pas retrouvé de publication traitant de son usage topique.

Cette pratique semble donc être liée au praticien.

Son efficacité dans 50% des cas et son profil de sécurité paraissent pourtant intéressants et mériteraient d'être confirmés par une étude clinique prospective.

#### **4.3.2 Les traitements systémiques :**

En 2010, la SFETD recommandait l'usage des antidépresseurs tricycliques (notamment l'amitriptyline) et des antiépileptiques gabapentinoïdes (gabapentine et prégabaline) en 1<sup>ère</sup> intention dans la prise en charge des douleurs neuropathiques périphériques de l'adulte.

Leur efficacité a été démontrée avec un haut niveau de preuve de Grade A.

Dans cette cohorte, leur prescription en première intention représente 40,4% des traitements :

- 17,3% pour l'amitriptyline PO,
- 11,5% pour la prégabaline
- 11,5% pour la gabapentine.

En 2020, si le niveau de preuve pour l'amitriptyline PO et la gabapentine reste élevé (Grade A) et s'ils restent les traitements systémiques recommandés en première intention, l'évolution la plus notable concerne la place de la prégabaline qui est désormais recommandée en seconde ligne. Son efficacité est jugée faible, son risque d'usage détourné ou de conduites addictives ainsi que son profil d'effets indésirables sont incriminés.

Pourtant dans notre échantillon, certes faible, la prégabaline présente le taux d'efficacité dans l'amélioration des symptômes (83,3%) et dans la réduction de la douleur (-6,5/10 (EN)) les plus élevés. Quant au nombre d'effets indésirables notifiés, il est similaire au nombre d'effets indésirables causés par la gabapentine (n=3).

Depuis la publication de ces dernières recommandations, la prégabaline n'a été prescrite qu'une seule fois dans notre centre, en juillet 2020, en troisième intention après capsaïcine topique et amitriptyline.

#### **4.3.3 Les traitements systémiques :**

Les règles de prescription reposent sur le principe de titration des dosages qui doivent être adaptés selon la tolérance et l'efficacité du traitement.

Une réduction progressive des doses est permise après amélioration des symptômes.

Sur 49 améliorations notifiées dans cette étude, nous recensons seulement 20,4% décroissances des doses du traitement (tableau 11).

Décroissance des doses	<b>10</b>
Arrêt du traitement	<b>3</b>
Augmentation de la dose (quand la réduction de la douleur est jugée insuffisante)	<b>7</b>
Continuation du traitement	<b>21</b>
Modification du traitement	<b>5</b>
NR	<b>3</b>

TABLEAU 11 : ÉVOLUTION DU TRAITEMENT EN ABSENCE D'EFFICACITE

#### **4.3.4 Thérapeutiques non pharmacologiques :**

Dans cette étude, seulement des traitements pharmacologiques ont été prescrits. Les nouvelles recommandations de 2020 traitent, contrairement à celles de la SFETD de 2010, des thérapeutiques non pharmacologiques et interventionnelles envisageables dans la prise en charge des douleurs neuropathiques. (13)

La stimulation électrique transcutanée est une thérapeutique interventionnelle qui peut être, en dépit de son faible niveau de recommandation, prescrite en première ligne par sa facilité d'utilisation et sa sécurité d'emploi. Mais cette technique est préférable dans la prise en charge des douleurs neuropathiques localisées et une prise en charge par la sécurité sociale n'est possible que si la prescription est effectuée dans une structure spécialisée dans la douleur chronique (SDC), ce qui complique l'accès à ce traitement.

L'absence d'études de haute qualité dans la littérature ne permettent pas de conclure d'une réelle efficacité des psychothérapies dans la prise en charge des stomatodynies. La thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie pleine conscience présentent malgré tout le meilleur niveau de preuve des thérapeutiques non pharmacologiques et sont recommandées en traitement de seconde ligne des douleurs neuropathiques. Il est toutefois conseillé de prescrire ces pratiques à des patients traités pharmacologiquement en parallèle et de réaliser une évaluation psychologique au préalable afin d'écartier toutes pathologies psychiatriques, ce qui complique une fois de plus l'accès à ces thérapeutiques.

La revue systématique des traitements non pharmacologiques de Marco Cabras apporte des résultats encourageants dans le soulagement de la douleur par l'acupuncture. A nouveau, l'auteur regrette l'hétérogénéité des études, leurs biais et l'étude à cours termes des effets. (15)

#### **4.4 Le suivi**

La SEFTD rappelle que « le choix entre les classes thérapeutiques est fonction du contexte et des comorbidités associées du patient » et recommande un suivi au cours du premier mois de traitement.

Le premier suivi était réalisé à 3,11 mois en moyenne et 2 mois en médiane, avec un minimum de 0 mois et un maximum 16 mois.

Les recommandations françaises 2020 déclarent qu'un manque d'efficacité après un essai  $\geq 6$  semaines à la dose maximale tolérée ou la présence d'effets indésirables, justifient le recours à un traitement de seconde intention. (13)

Dans cette étude, un changement de molécule ou une décroissance de la dose prescrite étaient indiqués après chaque déclaration d'effets indésirables. Seule la xérostomie ne justifiait pas une modification de traitement, mais il a pu être proposé aux patients une adjonction d'anetholtrithione. En cas d'efficacité partielle, l'augmentation de la dose du traitement initialement prescrit, en respectant le principe de titration, ou un changement de molécule, étaient proposés.

Une association médicamenteuse peut être recommandée aux malades en favorisant des molécules aux mécanismes d'actions distincts comme :

- Association d'antidépresseurs tricycliques et de gabapentinoïdes, (13)
- Association d'un traitement topique et d'un traitement systémique (antidépresseur, antiépileptique ou opiacé). (12)

Dans notre étude, nous relevons comme association :

- amitriptyline PO et capsaïcine : n=1
- amitriptyline PO + gabapentine : n=2
- amitriptyline + prégabaline : n=1
- prégabaline + capsaïcine : n=2

Aucune de ces associations ne fut prescrite en première intention, dans le respect des recommandations.

#### **4.5 Évaluation et proposition d'amélioration de l'étude :**

Dans notre étude, nous avons pu limiter le biais de sélection en excluant tous les patients susceptibles de souffrir de stomatodynies secondaires en lien avec une pathologie locale (*lichen plan, langue géographique*) ou systémique (*neuropathie, névrite..*).

Le critère de jugement principal, Amélioré/Non Amélioré, est un critère cliniquement pertinent et directement associé à l'objectif thérapeutique.

Il s'agit cependant d'un critère de jugement subjectif qui tend à diminuer la validité interne de notre étude et augmenter le risque de biais d'évaluation.

De plus, un potentiel effet placebo existe. En effet, les patients souvent en impasse thérapeutique ayant consulté différents médecins, sont généralement adressés au CHU d'avantage expérimenté dans ce type de maladies et mieux à même de répondre à leurs plaintes.

A partir du diagramme de flux (annexe 2), nous pouvons affirmer que le nombre de perdus de vue est élevé : 31/34 patients ont été perdus de vue entre la première consultation et le 7<sup>ème</sup> suivis.

Ainsi, le niveau de preuve de l'étude reste faible (Niveau 4 Grade C) (16).

Pour améliorer l'évaluation de prise en charge et du suivi, nous proposons :

- Lors de la première consultation, utiliser systématiquement une échelle consensuelle et valide pour dépister la douleur neuropathique : le questionnaire DN4, (annexe 4)
- Notifier la dose du traitement et son mode d'administration afin de déterminer la dose thérapeutique efficace,
- Une quantification de la douleur systématique lors de chaque consultation et pour chaque patient,
- Une systématisation du suivi avec une réévaluation à 6 semaines, dans le respect des recommandations françaises,
- Un contact téléphonique ou une téléconsultation des patients afin de simplifier la démarche de suivi (*le patient n'est pas obligé de se déplacer jusqu'au service*) et de réduire aussi le nombre de perdus de vue,
- Une étude multi-centrique avec plusieurs CHU impliqués, ce qui augmenterait la puissance de notre étude par un recrutement plus important, augmenterait la validité externe (*en limitant le biais effet-centre*) et la validité interne (*en limitant un biais effet temps*).

## V- Conclusion

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer l'efficacité des traitements pharmacologiques prescrits au sein de notre institution, dans la prise en charge des stomatodynies primaires.

Au total, au cours de l'étude 68% des patients ont notifié une Amélioration des symptômes lors de leur dernière consultation de suivi.

En traitement local, la capsaïcine présente les meilleurs résultats avec un taux d'efficacité de 68% contre 50% pour l'amitriptyline en bain de bouche. En revanche, le nombre d'effets indésirables notifiés était plus important pour la capsaïcine même s'ils restent majoritairement localisés à la sphère orale. Une brûlure d'estomac a été notifiée comme effet indésirable systémique.

Parmi les traitements systémiques, la prégabaline a permis de soulager 83,3% des patients traités et n'a causé que 2 effets indésirables systémiques, asthénie et prise de poids. Ces résultats ne coïncident pas avec les nouvelles recommandations françaises qui relèguent cette molécule en seconde ligne en raison d'une efficacité jugée faible et d'un usage risqué. Les résultats pour l'amitriptyline per-os sont intéressants puisque 63,6% des patients traités ont pu être soulagés. L'amitriptyline per-os est depuis 2020, le traitement systémique de première intention dans la prise en charge des douleurs neuropathiques de l'adulte avec la gabapentine. Cette dernière molécule présente pourtant un taux d'efficacité largement plus faible (33,3%) que celui de la prégabaline et un nombre d'effets indésirables systémique supérieur : dysurie, toux, insomnie.

Des études cliniques prospectives et d'autres échantillons de plus grandes tailles sont nécessaires pour comparer l'efficacité des molécules entre elles et leurs effets indésirables. Leur dosage devrait être précisé dans les comptes rendus afin de conclure d'une dose thérapeutique efficace qui offrirait aux praticiens une information pertinente pour prendre en charge, médicalement, les patients.

Des études supplémentaires sont nécessaires pour étudier l'efficacité et la sécurité de l'amitriptyline en bain de bouche chez les malades souffrant de stomatodynie.

## VI- Annexes

### Annexe 1 : tableau d'extraction des données

Données épidémiologiques					
IPP	Sexe	Age	ATCD médicaux et Facteurs de risques	Traitements concomitants	Traitements antérieurs de la maladie
1	F	80	ATCD cancer du sein	antidépresseur - prégabaline 200mg	creme anesthésiante
2	F	72	anxiété chronique - hystérectomie	antidépresseur IRSNA	NR
3	F	88	dépression - solitude - avulsions récentes	venlafaxine IRSNA (antidép) - antiHTA - IPP	ATF (fungizone) - bain de bouche bicarbonate - amitriptyline - lidocaine - IPP
4	F	53	hypothyroïdie	antiHTA - AINS - triptans - antihistaminique - IPP - ttmt hypothyroïdie	ATF (fungizone - triflucan - loramyc ) - bain de bouche bicarbonate
5	F	32	Hypothyroïdie	0	NR
6	F	52	anxiété chronique - biospie exérèse langue	ttmt courbature	NR
7	M	66	hyposialie	statine - antiparkinsonien	Amitriptyline PO
8	F	56	dépression - Fibromyalgie	duloxetine (antidép) - zopiclone (sommifère) - prasepam (anxiolytique)	prégabaline 225mg
9	F	75	TAG - thyroidite auto-immune - hystérectomie	ttmt hypothyroïdie	NR
10	F	64	NR	0	amitriptyline bain de bouche
11	F	63	TAG	NR	NR
12	F	57	ATCD endométriose	AINS - ttmt hormonal	ATF (fungizone - miconazole) - prednisone - bicarbonate - CHX - antalgique topique - lidocaine
13	F	42	choc émotionnel - TAG - cancérophobie	IPP	ATF (fungizone - triflucan)
14	F	65	NR	AINS - dermocorticoïdes - IPP	Amitriptyline PO 10 gouttes
15	F	58	anxiété	NR	prednisone - antidépresseur IRSNA (venlafaxine) - ATV
16	F	70	NR	NR	NR
17	M	74	dépression - solitude - anxiété chronique	clonazepam - etifoxine (anxiolytique) - statine - ttmt CV et antiHTA	clonazepam (gouttes) - BDB bicarbonate - amitriptyline
18	F	49	hystérectomie - anxiété	anxiolytique (xanax) - antidépresseur (ISRS)+D1	NR
19	M	67	anxiété	NR	ATF (fluconazole) - acupuncture - prégabaline - amitriptyline
20	F	80	anxiété - ostéoporose	antiHTA - BP	bain de bouche - antiépileptique
21	F	72	NR	ttmt cardiovasculaire - statine	NR
22	F	66	TAG	fénofibrate	prednisone
23	M	82	RAS	NR	anétholtrithione
24	F	82	névroses - anxiété chronique	0	Bicarbonate de soude - huile essentielle de myrte - hyalugel
25	F	61	contrariétés	statine - paracétamol	prégabaline 225mg
26	M	90	hyposialie - instabilité prothétique	zopiclone (sommifère) - antiHTA - ttmt CV	NR
27	F	48	NR	NR	ATF
28	F	73	ATCD cancer du sein - colon - hystérectomie - insomnie	ttmt hormonal ménopause - IPP - statine	NR
29	F	64	anxiété	anxiolytique - IPP	NR
30	F	71	ATCD cancer du sein - cancer thyroïde	AINS - ttmt Hypothyroïdie - ttmt hormonal	NR
31	F	56	hypothyroïdie	AINS - IZALGI - ttmt Hypothyroïdie - ttmt Asthme - Antihistaminique - IPP	NR
32	F	65	dépression - ATCD cancer (jambe) - fibromyalgie	Antidépresseur (fluoxetine)	NR
33	F	56	fibromyalgie	huiles essentielles	NR
34	F	53	hypothyroïdie - anxiété - hystérectomie	ttmt hypothyroïdie	prégabaline 25mg

**Histoire de la maladie**

IPP	Motif de Consultation	Durée de la maladie (mois)	Spécialistes rencontrés	Description	Localisation	Soulagement Alimentation	EN initiale
1	douleurs buccales	60	généraliste - dermatologue - stomatologue - dentiste - ORL - psychologue - allergologue	brulures - picotements - augmentation journée - paroxysme le soir	langue: pointe et bords	OUI	8
2	douleurs buccales	NR	dentiste	brulures - augmentation journée - paroxysme soir	NR	OUI	9
3	douleurs buccales	180	gastro-entérologue - stomatologue	brulures - gout métal	langue	NR	NR
4	brulures linguales	24	ORL	brulures constantes	langue	NON	NR
5	brulures buccales	24	ORL	augmentation journée	NR	OUI	9
6	douleurs linguales	12	stomatologue	picotements	langue: pointe	NR	7
7	douleurs	NR	NR	NR	NR	NR	NR
8	brulures buccales	4	stomatologue - psychologue	augmentation journée - paroxysme le soir- dysgueusie acide - décharge électrique	langue	OUI	7
9	douleurs buccales	24	généraliste	brulures - augmentation journée - paroxysme soir - insomnies	NR	OUI	6
10	dysgueusie	18	stomatologue	brulures - picotements - fourmillements - amertume - reveil nocturne - langue froide	langue: pointe	NR	9
11	gene buccale	4	ORL	NR	NR	NR	EN > 5
12	brulures - picotements	24	dermatologue - allergologue	brulures - picotements - augmentation journée - perte de poids	langue - lèvre - gorge	OUI	8
13	brulures linguales	3	ORL	brulures - paroxysme le soir	langue	NON	2
14	douleurs gingivales	72	NR	brulures	gencive	NR	NR
15	glossodynie	5	dermatologue - ORL	picotements - dysgueusie - augmentation journée	NR	OUI	4
16	douleurs buccales	120	dentiste	brulures - augmentation journée	langue - gencive	OUI	EN > 5
17	suivi	120	stomatologue - dentiste - ORL - neurologue	picotements	NR	NR	8
18	NR	NR	dentiste	NR	NR	NR	8
19	stomatodynie	60	généraliste - dentiste - stomatologue - neurologue	brulures	NR	OUI	7
20	irritations buccales diffuses	NR	dentiste	cycle diurne	généralisée	NR	10
21	brulures linguales	9	NR	brulures - augmentation journée - paroxysme soir - insomnies	langue - palais	OUI	8
22	picotements	4	ORL	picotements	langue	NR	EN > 2
23	brulures linguales	4	NR	brulures - picotements - augmentation journée - paroxysme le soir	langue - bord	OUI	10
24	douleurs linguales	12	généraliste - stomatologue - psychologue - psychiatre	brulures - paroxysme le soir	langue	OUI	7
25	NR	12	généraliste - stomatologue - dentiste	brulures - picotements - décharge électrique - augmentation journée - hypoesthésie	NR	OUI	9
26	douleurs buccales	24	NR	douleur à l'effleurement - allodynie - fond douloureux continu	crête mandibulaire	NR	6
27	douleurs linguales	12	dentiste	dysesthésie - constante la journée	langue: pointe	NON	3
28	brulures buccales	3	généraliste - dentiste	brulures - dysgueusie - augmentation journée	NR	OUI	2
29	brulures buccales	NR	NR	augmentation progressive journée - paroxysme le soir	NR	OUI	9
30	brulures lèvre	12	dentiste	brulures intermittentes	lèvre	OUI	7
31	douleurs buccales	60	généraliste - dentiste	brulures - picotements - continues journée	généralisée	NR	10
32	problèmes linguaux	7	NR	brulures - picotements - décharge électrique - dysgueusie - douleur continue	langue	OUI	NR
33	douleurs linguales	60	NR	irradiantes	NR	NR	NR
34	suivi	240	gastro-entérologue - neurologue	brulures évoluant par poussées - sécheresse buccale - paresthésie - dysgueusie	langue/bord - palais	NR	NR

Critères cliniques et traitement de 1ère intention								
IPP	Date	Examen clinique	Diagnostic (type)	Traitements 1ere intention	Date de suivi 1	Effets indésirables	Amélioration	EN T1
1	18/05/2019	RAS	stomatodynie type 1	capsaïcine topique	02/07/2019	brulure à l'application	OUI	EN = 6
2	11/01/2022	RAS	stomatodynie type 1	amitriptyline BB	05/04/2022	NR	NON	17 NR
3	06/03/2019	RAS	stomatodynie NP	amitriptyline PO	08/04/2019	NR	NON	NR
4	09/11/2020	langue saburrale	stomatodynie type 2	amitriptyline PO	07/12/2020	NR	NON	NR
5	15/04/2019	RAS	stomatodynie type 1	amitriptyline PO	03/06/2019	xérostomie	OUI	EN = 6
6	13/05/2019	fibrome lingual (récidives)	stomatodynie type 2	capsaïcine topique	01/07/2019	ulcération	NON	NR
7	28/05/2018	RAS	stomatodynie NP	amitriptyline PO	28/06/2018	OUI	OUI	NR
8	31/10/2018	RAS	stomatodynie type 1	prégabaline	10/12/2018	NR	OUI	NR
9	10/03/2022	réseau kératosique jugal	stomatodynie type 1	capsaïcine topique	11/04/2022	NR	NON	NR
10	28/03/2022	RAS	stomatodynie NP	amitriptyline PO	26/10/2022	NR	OUI	
11	08/02/2021	RAS	dysesthésie	amitriptyline BB	09/03/2021	NR	OUI	EN = 4
12	08/03/2022	papule kératosique	stomatodynie type 1	amitriptyline BB	02/05/2022	NR	OUI	EN = 3
13	13/12/2021	gingivite	stomatodynie type 1	amitriptyline BB	15/09/2022	NR	OUI	EN = 0
14	17/09/2018	RAS	stomatodynie NP	amitriptyline PO	17/10/2018	NR	OUI	NR
15	03/09/2019	papules leucoplasiques	stomatodynie type 1	amitriptyline PO	18/12/2019	NR	OUI	EN = 1
16	15/12/2020	linéa alba - tatouage iatrogène	stomatodynie type 1	capsaïcine topique	18/01/2021	NR	OUI	EN = 5
17	23/02/2018	leucoplasie traumatique	stomatodynie NP	capsaïcine topique	23/07/2018	NR	OUI	EN = 2
18	07/01/2019	NR	stomatodynie NP	capsaïcine topique	25/05/2020	NR	OUI	NR
19	24/04/2019	cicatrices labiales	stomatodynie type 3	capsaïcine topique	19/06/2019	NR	OUI	EN = 4
20	14/09/2020	parodontite	stomatodynie NP	capsaïcine topique	12/10/2020	NR	OUI	EN = 5
21	29/11/2021	RAS	stomatodynie type 1	capsaïcine topique	11/02/2022	NR	OUI	EN = 3
22	22/02/2022	RAS	stomatodynie type 2	capsaïcine topique	22/03/2022	NR	OUI	EN = 2
23	03/05/2021	RAS	stomatodynie type 1	capsaïcine topique	25/05/2021	NR	OUI	EN = 5
24	07/10/2019	fibromes	stomatodynie type 1	capsaïcine topique	13/01/2020	ulcération	OUI	NR
25	29/03/2019	fibrome lingual	stomatodynie type 1	prégabaline	29/04/2019	NR	OUI	EN = 2
26	03/10/2018	papules leucoplasiques - stomatite sous prothétique	allodynie	capsaïcine topique	20/03/2019	NR	NON	EN = 6
27	09/11/2020	RAS	stomatodynie type 2	capsaïcine topique	25/01/2021	NR	OUI	NR
28	18/12/2019	RAS	stomatodynie type 1	amitriptyline PO	27/01/2020	NR	OUI	NR
29	03/02/2020	RAS	stomatodynie type 1	capsaïcine topique	03/03/2020	brulure à l'application	OUI	EN = 2
30	07/10/2019	RAS	stomatodynie type 3	capsaïcine topique	12/11/2019	intolérance	NON	NR
31	06/03/2019	leucoplasie tabagique	stomatodynie type 2	gabapentine	10/04/2019	intolérance	NON	NR
32	20/07/2020	stomatite sous prothétique	stomatodynie type 2	capsaïcine topique	05/01/2021	xérostomie	OUI	NR
33	04/02/2019	fibrome lingual	Autre	capsaïcine topique	10/04/2019	brulure estomac	OUI	NR
34	06/02/2019	NR	stomatodynie type 1	prégabaline	07/01/2020	NR	NON	EN = 6

Traitements de seconde intention et résultats cliniques						
IPP	Traitements 1ere intention	Traitement 2de intention	Date de suivi 2	Amélioration	Douleurs EN	Effets indésirables
1	capsaïcine topique	amitriptyline 10 gouttes bain de bouche	19/06/2020	NON	NR	NR
2	amitriptyline BB	amitriptyline PO 10 gouttes	PDV	NR	NR	NR
3	amitriptyline PO	augmentation amitriptyline PO 25 gouttes	13/05/2019	OUI	NR	hyposialie
4	amitriptyline PO	augmentation amitriptyline PO 25 gouttes	08/02/2021	NON	NR	vertiges - somnolences
5	amitriptyline PO	augmentation amitriptyline PO 25 gouttes	09/09/2019	OUI	EN = 6	NON
6	capsaïcine topique	amitriptyline PO 10 gouttes	04/12/2019	NON	EN = 7	NR
7	amitriptyline PO	décroissance	09/06/2021	NON	EN = 8	intolérance
8	prégabaline	augmentation dose prégabaline	08/04/2019	NON	EN = 7	NR
9	capsaïcine topique	STOP	PDV	NR	NR	NR
10	amitriptyline PO	capsaïcine topique	PDV	NR	NR	NR
11	amitriptyline BB	Continuation TTTT	25/05/2021	OUI	EN = 3	NR
12	amitriptyline BB	Continuation TTTT	PDV	NR	NR	NR
13	amitriptyline BB	Continuation TTTT	PDV	NR	NR	NR
14	amitriptyline PO	Continuation TTTT	06/06/2019	OUI	EN = 1	NON
15	amitriptyline PO	Continuation TTTT	06/07/2020	OUI	NR	NR
16	capsaïcine topique	Continuation TTTT	25/05/2021	OUI	EN = 3	NR
17	capsaïcine topique	Continuation TTTT	07/01/2019	NON	EN = 5	NR
18	capsaïcine topique	Continuation TTTT	PDV	NR	NR	NR
19	capsaïcine topique	Continuation TTTT	15/06/2020	OUI	EN = 4	NR
20	capsaïcine topique	Continuation TTTT	PDV	NR	NR	NR
21	capsaïcine topique	Continuation TTTT	12/04/2022	NON	EN = 4	NR
22	capsaïcine topique	Continuation TTTT	PDV	NR	NR	NR
23	capsaïcine topique	Continuation TTTT	PDV	NR	NR	NR
24	capsaïcine topique	Continuation TTTT	PDV	NR	NR	NR
25	prégabaline	Continuation TTTT	11/06/2019	OUI	NR	NR
26	capsaïcine topique	gabapentine 600mg	24/04/2019	OUI	EN = 5	Insomnie- dysurie -toux
27	capsaïcine topique	décroissance	PDV	NR	NR	NR
28	amitriptyline PO	décroissance	PDV	NR	NR	NR
29	capsaïcine topique	décroissance	PDV	NR	NR	NR
30	capsaïcine topique	STOP	PDV	NR	NR	NR
31	gabapentine	amitriptyline PO 20 gouttes	20/05/2019	OUI	EN = 6	majoration migraines
32	capsaïcine topique	STOP	PDV	NR	NR	NR
33	capsaïcine topique	STOP	PDV	NR	NR	NR
34	prégabaline	capsaïcine topique	22/01/2020	NON	NR	NR

**Traitements de troisième intention et résultats cliniques**

IPP	Traitement 2de intention	Modification traitement - 3ème intention	Date de suivi 3	Amélioration	Douleurs	Effets indésirables
1	amitriptyline 10 gouttes bain de bouche	Prégabaline 150mg	06/07/2020	OUI	EN = 0	NR
3	augmentation amitriptyline PO 25 gouttes	amitriptyline 25 gouttes per-os + anétholtrithione	11/07/2019	OUI	NR	NR
4	augmentation amitriptyline PO 25 gouttes	capsaïcine	08/03/2021	NON	EN = 7	intolérance
5	augmentation amitriptyline PO 25 gouttes	augmentation amitriptyline 35 gouttes per-os	28/10/2019	OUI	EN = 6	NR
6	amitriptyline PO 10 gouttes	gabapentine titration	PDV	NR	NR	NR
7	décroissance	capsaïcine	PDV	NR	NR	NR
8	augmentation dose prégabaline	augmentation prégabaline - capsaïcine topique	11/06/2019	OUI	EN = 5	tremblements linguaux - anesthésie dentaire
11	Continuation TTTT	décroissance	PDV	NR	NR	NR
14	Continuation TTTT	décroissance	PDV	NR	NR	NR
15	Continuation TTTT	capsaïcine en complément	PDV	NR	NR	NR
16	Continuation TTTT	décroissance	PDV	NR	NR	NR
17	Continuation TTTT	pregabaline 75 mg + capsaïcine	15/04/2019	OUI	NR	NR
19	Continuation TTTT	NON	PDV	NR	NR	NR
21	Continuation TTTT	NON	PDV	NR	NR	NR
25	Continuation TTTT	NON	23/09/2019	OUI	EN =1	troubles visions
26	gabapentine 600mg	gabapentine 900mg	12/06/2019	NON	NR	dysurie -toux
31	amitriptyline PO 20 gouttes	NON	PDV	NR	NR	NR
34	capsaïcine topique	clonazepam gouttes	17/03/2020	OUI	NR	NR

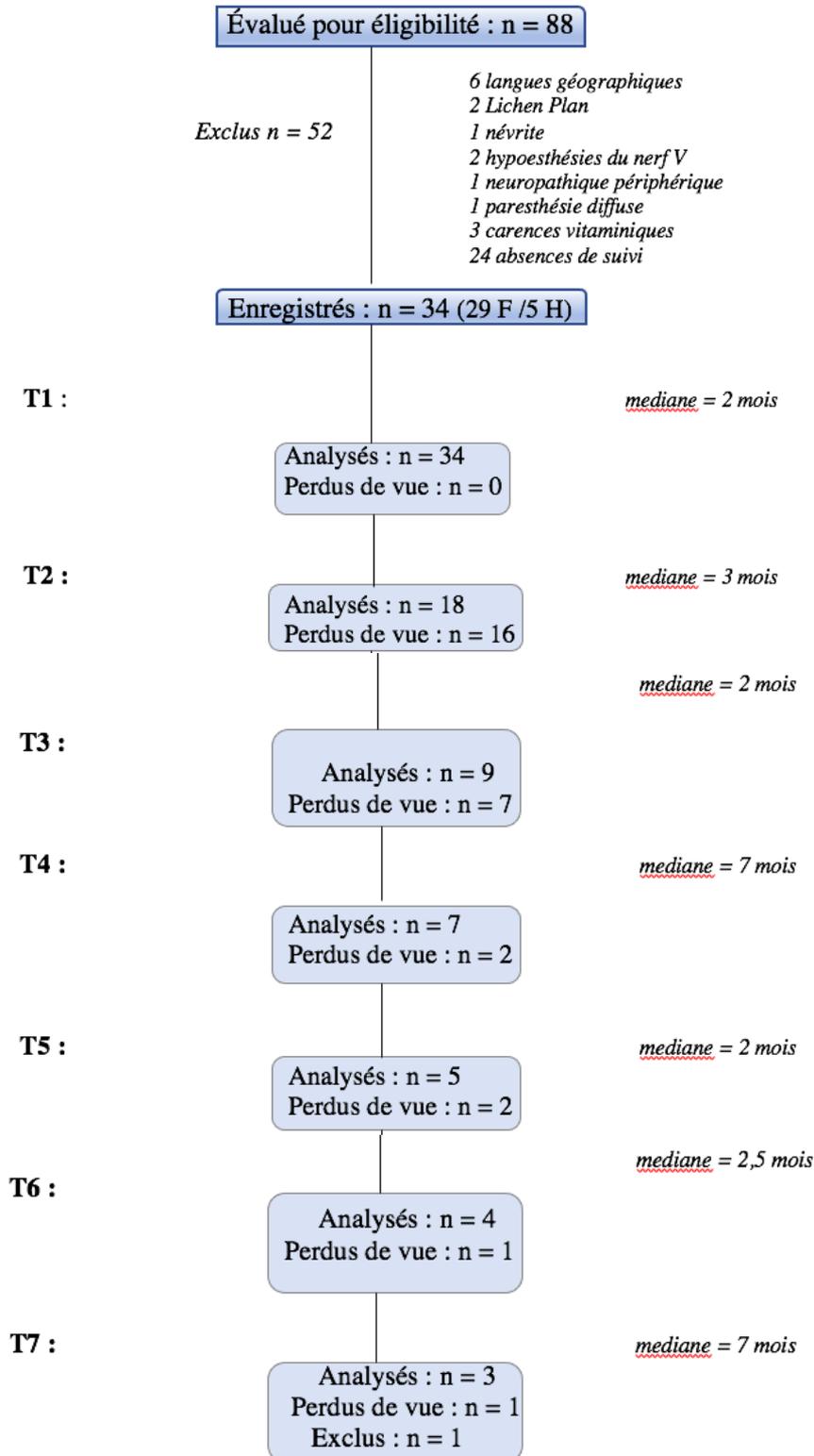
<b>Suivi 4 et résultats cliniques</b>						
<b>IPP</b>	<b>Modification traitement - 3ème intention</b>	<b>Modification traitement</b>	<b>Date de suivi 4</b>	<b>Amélioration</b>	<b>Douleurs</b>	<b>Effets indésirables</b>
1	Prégabaline 150mg	décroissance	20/10/2020	NON	EN = 8	NR
3	amitriptyline 25 gouttes per-os + anétholtrithione	décroissance	16/09/2019	NR	NR	NR
5	augmentation amitriptyline 35 gouttes per-os	gabapentine 1,2g + amitriptyline 35 gouttes per-os	27/07/2020	NON	EN = 8	hyposialie
8	augmentation prégabaline capsaicine topique	prégabaline + duloxetine 120mg/J	10/01/2021	NON	EN = 7	asthénie - prise de poids
17	pregabaline 75 mg + capsaicine	Arret capsaicine	07/09/2021	NON	NR	NR
25	NON	décroissance	10/11/2020	NON	NR	NR
26	gabapentine 900mg	Venlafaxine 37,5	19/06/2019	NON	NR	Intolérance

<b>Suivi 5 et résultats cliniques</b>					
<b>IPP</b>	<b>Modification traitement</b>	<b>Date suivi 5</b>	<b>Amélioration</b>	<b>Douleurs</b>	<b>Effets indésirables</b>
1	prégabaline 300	13/04/2021	OUI	NR	NR
3	amitriptyline + prégabaline 150mg	18/11/2019	OUI	NR	NR
5	augmentation gabapentine + réduction amitriptyline	PDV	NR	NR	NR
8	augmentation prégabaline	10/02/2021	OUI	NR	prise de poids
17	gabapentine en titration	15/11/2021	OUI	EN = 4	NR
25	capsaicine topique	15/03/2021	OUI	EN = 1	NR

<b>Suivi 6 et résultats cliniques</b>					
<b>IPP</b>	<b>Modification traitement</b>	<b>Date suivi 6</b>	<b>Amélioration</b>	<b>Douleur</b>	<b>Effet indésirables</b>
1	NON	13/07/2021	OUI	EN = 5	NON
3	NON	16/12/2019	NON	NR	epigastralgie
8	amitryptiline bain de bouche - clonazepam - xylocaïne	19/07/2021	NON	NR	application douloureuse (amitriptyline)
17	gabapentine 600mg	31/01/2021	OUI	EN = 2	NR

<b>Suivi 7 et résultats cliniques</b>							
<b>IPP</b>	<b>Modification</b>	<b>Date suivi 7</b>	<b>Amélioration</b>	<b>Douleur</b>	<b>Effets indésirables</b>	<b>Modification traitement</b>	<b>Avis recours</b>
3	NR	14/01/2020	NON	NR	somnolence - epigastralgies	clonazepam bain de bouche - duloxetine	CETD - psychiatre
8	maintient clonazepam	16/03/2022	NR	NR	intolérance gabapentine	réduction gabapentine - reprise laroxyll	CETD
17	clonazepam 10 gouttes bain de bouche	09/05/2022	OUI	EN = 2	NR	NR	NR

## Annexe 2 : diagramme de flux



Modalité à cocher	Score	Pas de douleur	Douleur faible	Douleur modérée	Douleur intense	Douleur insupportable
Echelle Verbale Simple	0 - 4	0	1	2	3	4
EN ou EVA (en mm)	0 - 100	0	1 - 39	40 - 59	60 - 79	80 - 100
ENS ou EVA (en cm)	0 - 10	0	1 - 3	4 - 5	6 - 7	8 - 10
Autres échelles acceptées		Pas de douleur	Faible	Modérée	Forte	Insupportable

### Annexe 3 : échelle de la douleur chez l'adulte HAS

#### Questionnaire DN4

#### Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

#### MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D et al. Pain 2004 ; 108 (3) : 248-57

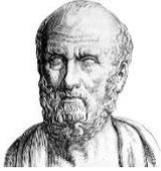
Echelle téléchargée sur le site [www.sfetd-douleur.org](http://www.sfetd-douleur.org)



### Annexe 4 : questionnaire DN4 (SFETD)

## I- Références bibliographiques

1. Gobel H. 13.11 Burning mouth syndrome (BMS) [Internet]. ICHD-3. [cité 26 déc 2022]. Disponible sur: <https://ichd-3.org/13-painful-cranial-neuropathies-and-other-facial-pains/13-11-persistent-idiopathic-facial-pain-pifp/>
2. Bertolus S. Évolution des stomatodynies en psychothérapie. 2018;
3. RESERVES IUTD. Orphanet: Paresthésies buccales médicalement inexpliquées [Internet]. [cité 27 déc 2022]. Disponible sur: [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease\\_Search.php?lng=FR&data\\_id=22126&Disease\\_Disease\\_Search\\_diseaseGroup=stomatodynie&Disease\\_Disease\\_Search\\_diseaseType=Pat&Maladie\(s\)/groupes%20de%20maladies=Paresthesies-buccales-medicalement-inexpliquees&title=Paresthesies%20buccales%20medicalement%20inexpliquees&search=Disease\\_Search\\_Simple](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=22126&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=stomatodynie&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Maladie(s)/groupes%20de%20maladies=Paresthesies-buccales-medicalement-inexpliquees&title=Paresthesies%20buccales%20medicalement%20inexpliquees&search=Disease_Search_Simple)
4. Wu S, Zhang W, Yan J, Noma N, Young A, Yan Z. Worldwide prevalence estimates of burning mouth syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Oral Dis.* 2022;28(6):1431-40.
5. Référentiel internat Chirurgie Orale – Collège National des Enseignants de Chirurgie Orale et Médecine Orale [Internet]. [cité 26 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.cneco.education/referentiel-internat-chirurgie-orale/>
6. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 déc 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire)
7. Kohorst JJ, Bruce AJ, Torgerson RR, Schenck LA, Davis MDP. The Prevalence of Burning Mouth Syndrome: A Population-Based Study. *Br J Dermatol.* juin 2015;172(6):1654-6.
8. Galli F, Lodi G, Sardella A, Vegni E. Role of psychological factors in burning mouth syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia.* 1 mars 2017;37(3):265-77.
9. Department of Dental Medicine, Faculty of Medicine, University of Osijek, Osijek, Croatia, Sikora M, Verzak Z, Department of Paediatric and Preventive Dentistry, School of Dental medicine, University of Zagreb, Croatia, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia, Matijevic M, et al. ANXIETY AND DEPRESSION SCORES IN PATIENTS WITH BURNING MOUTH SYNDROME. *Psychiatr Danub.* 15 nov 2108;30(4):466-70.
10. Gupta N, Arora M, Sharma R, Arora K. Peripheral and Central Nervous System Involvement in Recently Diagnosed Cases of Hypothyroidism: An Electrophysiological Study. *Ann Med Health Sci Res.* 2016;6(5):261-6.
11. Egido-Moreno S, Valls-Roca-Umbert J, Perez-Sayans M, Blanco-Carrión A, Jane-Salas E, López-López J. Role of thyroid hormones in burning mouth syndrome. Systematic review. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal.* 2020;0-0.
12. Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lantéri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* févr 2010;11(1):3-21.
13. Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. *Rev Neurol (Paris).* mai 2020;176(5):325-52.
14. Tan HL, Smith JG, Hoffmann J, Renton T. A systematic review of treatment for patients with burning mouth syndrome. *Cephalalgia.* févr 2022;42(2):128-61.
15. Cabras M, Gambino A, Broccoletti R, De Paola S, Sciascia S, Arduino PG. Effectiveness of Nonpharmacologic Treatments of Burning Mouth Syndrome: A Systematic Review. *J Oral Facial Pain Headache.* Summer 2021;35(3):175-98.
16. [etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf) [Internet]. [cité 30 déc 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)



## SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé de mes confrères si j'y manque.



Rubrique de classement : Chirurgie-ORALE

Résumé : La stomatodynie est une affection chronique à l'origine de sensation de brûlure de la muqueuse buccale. Elle reste encore aujourd'hui une douleur neuropathique difficile à soigner et sa prise en charge mal codifiée. Méthode : Nous avons mené une étude observationnelle de cohorte historique des patients consultants dans le service de chirurgie orale du pôle odontologique de la Timone à Marseille. Nous avons ainsi pu évaluer pour les différents traitements topiques et systémiques recommandés, leur efficacité dans la réduction de la douleur et les effets indésirables éventuels lors du suivi des patients. Le critère de jugement principal était Amélioration/Non Amélioration de la douleur. Résultats : 34 patients ont été inclus dans l'étude et 67,6% d'entre eux ont notifié une amélioration. La capsaïcine PMR était le traitement le plus prescrit (48%) et a permis une amélioration dans 68 % des cas. L'amitriptyline en bain de bouche a pu soulager 50% des patients traités. Parmi les traitements systémiques, la prégabaline fut le traitement le plus efficace dans le soulagement de la douleur avec un taux d'efficacité de 83,3%. L'amitriptyline per-os et la gabapentine présentaient des résultats moindres avec un taux d'efficacité respectif de 77,7% et 33,3%. La gabapentine était la molécule présentant le plus d'effets indésirables systémiques. Conclusion : ces résultats ne se confondent pas aux nouvelles recommandations françaises 2020 qui relèguent la capsaïcine et la prégabaline en seconde ligne des traitements pharmacologiques dans la prise en charge des stomatodynies.

Mots clés : Stomatodynie, Douleur neuropathique, Traitements pharmacologiques, Efficacité, Recommandations.

**KASBARIAN Léa** – The caring of burning mouth syndrome: a retrospective study

Abstract: Burning mouth syndrome (BMS) is a chronic illness that causes burning sensation of the oral mucous membrane. Nowadays, it still remains a neuropathic pain that is difficult to treat and its care is poorly codified. Method: we led an observational historical cohort study of consultant patients in the oral surgery department of the La Timone's odontological center. Thus, we were able to evaluate for the different recommended topical and systemic treatments, their effectiveness to reduce pain and possible adverse effects during patient medical follow-up. The main endpoint was pain improvement/no improvement. Results: 34 patients were included in the study and 67.6% of them reported an improvement of their pain. Capsaicin was the most prescribed treatment (48%) and relieved 68% of patients. Amitriptyline in mouthwash was able to relieve 50% of treated patients. Among the systemic treatments, pregabalin was an efficacy rate of 83.3%. Oral amitriptyline and gabapentin presented lowest results with respective efficacy rates of 77.7% and 33.3%. Gabapentin was the molecule with the most systemic adverse effects. Conclusion: these results are not to be confused with the new French recommendations which relegate capsaicin and pregabalin to second-line pharmacological treatments.

Key words : Burning mouth syndrome, Neuropathic Pain, Treatments, Efficacy, Recommendations.