



HAL
open science

Prise en charge de la douleur du patient fibromyalgique en odontologie

Léa Trompette

► **To cite this version:**

Léa Trompette. Prise en charge de la douleur du patient fibromyalgique en odontologie. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04487854

HAL Id: dumas-04487854

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04487854v1>

Submitted on 4 Mar 2024

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)

***Prise en charge de la douleur du patient fibromyalgique
en odontologie***

Présentée par

TROMPETTE Léa

Née le 08/10/1997

A Dakar

Thèse soutenue le **Judi 13 juillet 2023**

Devant le jury composé de

Président : Professeur RASKIN Anne

Assesseurs : Docteur RE Jean-Philippe

Docteur CATHERINE Jean Hugues

Docteur CASAZZA Estelle

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)

***Prise en charge de la douleur du patient fibromyalgique
en odontologie***

Présentée par

TROMPETTE Léa

Née le 08/10/1997

A Dakar

Thèse soutenue le **Jeu**di 13 juillet 2023

Devant le jury composé de

Président : Professeur RASKIN Anne

Assesseurs : Docteur RE Jean-Philippe

Docteur CATHERINE Jean Hugues

Docteur CASAZZA Estelle

ADMINISTRATION

Doyens Honoraires	Professeur	Raymond SANGIUOLO†
	Professeur	Henry ZATTARA
	Professeur	André SALVADORI
	Professeur	Jacques DEJOU
Directeur	Professeur	Bruno FOTI
Directeurs adjoints	Professeur	Michel RUQUET
	Professeur	Anne RASKIN
Chargés de missions		
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	Alain TOSELLO
Responsable Administrative	Madame	Katia LEONI

PROMOTIONS :

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

LISTE DES ENSEIGNANTS

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

BUKIET Frédéric (58-01)
FOTI Bruno (56-02)
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

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)	TOSELLO Alain (58-01)
LABORDE Gilles (58-01)	

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉS

BALLESTER Benoît (58-01)

BLANCHET Isabelle (56-01)

CASAZZA Estelle (58-01)

CHEFS DE CLINIQUE DES UNIVERSITÉS - ASSISTANTS DES HÔPITAUX

ARNIER Canelle (56-01)

BAUDINET Thomas (58-01)

BOREL Guillaume (56-02)

BRINCAT Arthur (57-01)

BROS Agnès (56-01)

CHAMAYOU Chloé (56-01)

DUPRAT Florence (56-01)

FERRE Enzo (58-01)

FOUQUES Agathe (56-01)

HAMMOUTENE Stéphane (57-01)

LAFONT Jacinthe (57-01)

OHANESSIAN Romain (57-01)

ONGHENA Tom (56-01)

PASCHEL Laura (58-01)

PRINCE Fanny (58-01)

RANCHAIN Théo (57-01)

RAYNAUD Camille (58-01)

REYNAL Florence (56-01)

ROMAO Vincent (57-01)

ROOSEN Amandine (58-01)

ROUSCOFF Eva (56-01)

SADOWSKI Camille (57-01)

STALLA Martin (58-01)

TERRER Jérémy (58-01)

VEILLARD Pierre (56-01)

CHEFFE DE CLINIQUE DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉE

BROTONS Adèle (56-01)

Intitulés des sections CNU :

56^{ème} section : Développement, croissance et prévention

56-01 Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale

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

57^{ème} section : Chirurgie orale, Parodontologie, Biologie Orale

57-01 : Chirurgie orale – Parodontologie – Biologie orale

58^{ème} section : Réhabilitation orale

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

L'auteur s'engage à respecter les droits des tiers, et notamment les droits de propriété intellectuelle. Dans l'hypothèse où la thèse comporterait des éléments protégés par un droit quelconque, l'auteur doit solliciter les autorisations nécessaires à leur utilisation, leur reproduction et leur représentation auprès du ou des titulaires des droits. L'auteur est responsable du contenu de sa thèse. Il garantit l'Université contre tout recours. Elle ne pourra en aucun cas être tenue responsable de l'atteinte aux droits d'un tiers

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeur Anne RASKIN,

Présidente de thèse,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faite de présider ce jury de thèse. Je vous suis reconnaissante pour votre pédagogie, votre implication ainsi que vos conseils durant les vacances d'odontologie hospitalière. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma plus sincère estime.

A Monsieur le Docteur Jean-Philippe RE,

Directeur de thèse,

Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordé pour encadrer cette thèse, et pour les moments consacrés à l'avancement de ce projet. J'ai beaucoup apprécié votre disponibilité, votre efficacité lors des corrections, et la pertinence de vos conseils. Votre bonne humeur et votre gentillesse furent très agréables pendant ces années d'études. Veuillez trouver dans ce travail la marque de ma profonde reconnaissance et de toute mon estime à votre égard.

A Monsieur le Docteur Jean-Hugues CATHERINE,

Jury de thèse,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse, pour votre réactivité et votre accessibilité en tant qu'enseignant. Je vous exprime ici toute ma reconnaissance et mon profond respect.

A Madame la Docteur Estelle CASAZZA,

Jury de thèse,

J'apprécie l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie du jury de cette thèse. Je vous remercie pour votre bienveillance, vos enseignements théoriques précis et pour l'aide que vous nous avez apporté en clinique. Veuillez trouver ici, le témoignage de toute ma gratitude.

Table des matières

Introduction	1
1 Généralités sur la fibromyalgie	2
1.1 Histoire et définition	2
1.2 Epidémiologie	3
1.3 Physiopathologie	3
1.4 Tableau clinique	6
1.5 Démarche diagnostique	8
1.5.1 Critères de l'ACR	9
1.5.2 Différents questionnaires à visée diagnostique (FIRST, FIQ)	11
1.6 Diagnostic différentiel	12
1.7 Prise en charge	13
1.7.1 Prise en charge médicamenteuse	14
1.7.2 Prise en charge non médicamenteuse	15
2 Manifestations orofaciales de la fibromyalgie	17
2.1 Dysfonction temporo-mandibulaires	17
2.2 Xérostomie	18
2.3 Glossodynie	19
2.4 Dysgeusie	19
2.5 Ouverture buccale limitée et douleurs lors des mouvements mandibulaires	19
2.6 Bruxisme	20
2.7 Lésions/ulcérations orales	20
3 Rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge du patient fibromyalgique	20
3.1 Dépistage de la fibromyalgie par le chirurgien-dentiste	20
3.2 Considérations spéciales au fauteuil lors de la séance de soin	24
3.3 Interactions entre les traitements prescrits pour la fibromyalgie et la pharmacopée utilisée en odontologie	25
3.4 Différentes prises en charge en odontologie visant à soulager le patient fibromyalgique ..	26
3.4.1 Gouttières occlusales	26
3.4.2 Apnées du sommeil	27
3.4.3 Exercices	27

3.4.4	Gestion de la xérostomie	28
3.4.5	Techniques alternatives pouvant soulager le patient fibromyalgique atteint de douleurs orofaciales	29
3.4.5.1	Thérapie par champs eletromagnétiques	29
3.4.5.2	Photobiomodulation ou thérapie par laser de faible énergie	29
3.4.5.3	Injection de Lidocaïne 2%	29
	Conclusion	32
	Annexes	I
	Bibliographie	A

Table des illustrations

<u>Figure 1 : Attributions causales relatives au déclenchement de la fibromyalgie selon les personnes atteintes (d'après Cedraschi et all)</u>	5
<u>Figure 2 : Mécanismes conduisant à l'apparition du syndrome polyalgique au cours de la fibromyalgie</u>	6
<u>Figure 3 : Illustration schématique des interrelations étroites existant entre les symptômes fibromyalgiques</u>	8
<u>Figure 4 : Zones douloureuses selon les critères de l'ACR de 2010 (d'après Wolfe and all) ...</u>	10
<u>Figure 5 : Exploration biologique de la fibromyalgie</u>	13
<u>Figure 6 : Algorithme décisionnel proposé par l'EULAR pour la prise en charge thérapeutique de la fibromyalgie chez l'adulte (adapté de Macfarlane and all)</u>	17
<u>Figure 7 : Clés de diagnostic des syndromes somatiques fonctionnels présentant des dysfonctions temporomandibulaires (d'après Suma and all.)</u>	22
<u>Figure 8 : Points de déclenchements (représenté par la flèche) et zones douloureuses habituelles chez les patients souffrant de DTMs (en haut) ou de FM (en bas) d'après Alonso and all</u>	23
<u>Figure 9 : Possibles interactions médicamenteuses chez les patients atteints de fibromyalgie d'après Balasubramaniam</u>	26
<u>Figure 10 : Illustration représentant l'équipement fait sur mesure qui a fourni une résistance de 1,6 kg pendant le mouvement d'ouverture (A) et le mouvement de protrusion mandibulaire (B)</u>	28

Introduction

La fibromyalgie (FM) ou syndrome fibromyalgique (SFM) est un trouble neurosensoriel caractérisé par des douleurs musculo-squelettiques généralisées. La douleur chronique en est le principal symptôme cependant de nombreux autres troubles fonctionnels et psychologiques ont été rapportés notamment la fatigue chronique, des troubles du sommeil ainsi que des troubles de la cognition. Toutes les parties du corps peuvent être touchées, y compris la région orofaciale.

Par conséquent le chirurgien-dentiste peut avoir un rôle important dans l'identification des premiers symptômes de la fibromyalgie, aidant ainsi le patient à avoir un diagnostic approprié et participer à la prise en charge pluridisciplinaire, en proposant des traitements visant à soulager la douleur et améliorer sa qualité de vie.

Cette thèse a pour objectif de décrire le syndrome fibromyalgique, notamment les manifestations orofaciales qui lui sont associés ainsi que les moyens à la disposition du chirurgien-dentiste pour prendre en charge et soulager les douleurs orofaciales de ces patients.

1 Généralités sur la fibromyalgie

1.1 Histoire et définition

La fibromyalgie est un trouble caractérisé par des douleurs et une sensibilité musculo-squelettiques généralisées, des raideurs, des troubles du sommeil, une grande fatigue, des troubles cognitifs/mémoriels ainsi qu'un syndrome anxio-dépressif.

Des auteurs anglais caractérisent pour la première fois l'ensemble de ces états douloureux sous le terme de « fibrosite » en 1904. Ce terme supposait l'existence de lésions inflammatoires des muscles ou des septa intermusculaires ; bien que de telles lésions n'aient jamais été retrouvées par la suite, le terme de fibrositis est resté utilisé pendant des dizaines d'années.(1)

C'est en 1977 que deux Canadiens, Smythe et Moldofsky, ont créé le terme de fibromyalgie (ou syndrome fibromyalgique) qui est encore mondialement utilisé. Ils ont attiré l'attention sur deux éléments qui font la singularité de cette maladie : l'existence de points douloureux à la pression et la coexistence de fatigue et de troubles du sommeil. Fibromyalgie vient du latin fibra (fibre), et du grec myo (muscle) et algos (douleur), faisant directement référence aux douleurs musculo-tendineuses provoquées par la maladie. (2,3)

Le manque de consensus entre les différentes études a conduit à ce que la maladie ne soit officiellement reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qu'en 1992. Elle est qualifiée par le Diagnostic and Statistical Manual-5 (DSM 5) de syndrome somatique fonctionnel (4)

1.2 Epidémiologie

Le syndrome fibromyalgique est le deuxième diagnostic le plus fréquent posé par les rhumatologues et on estime qu'il affecte 3 à 6 % de la population mondiale (5). En France, la prévalence de la fibromyalgie est de 1,6 %, selon l'étude DEFI (6). La fibromyalgie peut toucher n'importe qui, indépendamment de l'âge, du sexe ou de l'origine ethnique ; cependant, environ 80 % des personnes diagnostiquées sont des femmes (7). Des cas ont été décrits chez l'homme et des différences entre les genres ont été rapportées.

Les hommes ont globalement moins de symptômes, moins de fatigue surtout au lever, moins de sensation de douleur diffuse et moins de points douloureux. Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les hommes et les femmes pour l'évaluation globale de la capacité fonctionnelle et de l'intensité de la douleur (8,9)

La fibromyalgie touche dans près de 90 % des cas des sujets de moins de 60 ans, avec une proportion plus importante entre 45 et 55 ans.(10)

1.3 Physiopathologie

La physiopathologie de la FM est imparfaitement établie et toujours au stade de la recherche. L'explication privilégiée du syndrome suggère une dérégularisation centrale de la modulation douloureuse. (11)

En effet, les personnes atteintes de fibromyalgie présentent une diminution du seuil de perception à la douleur, déclenchant ainsi une sensibilité accrue aux stimuli nociceptifs mécaniques, thermiques et électriques. (12)

De nombreux chercheurs rapportent que les patients atteints de FM présentent des dysfonctionnements neuroendocriniens tels qu'une hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophyso- surrénalien (HHS) et du système sympathique, et un hypocortisolisme relatif (13–16)

Dans les différentes littératures, on observe une augmentation de la substance P, principal neurotransmetteur libéré par les neurones sensitifs impliqués dans la transmission de la douleur, ainsi qu'une activation accrue des récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDAR), récepteurs du glutamate qui sont également impliqués dans la transmission du message nerveux nociceptif. Par conséquent des dysfonctionnements métaboliques de la substance P et des récepteurs du glutamate pourraient augmenter la sensibilité à la douleur.(17)

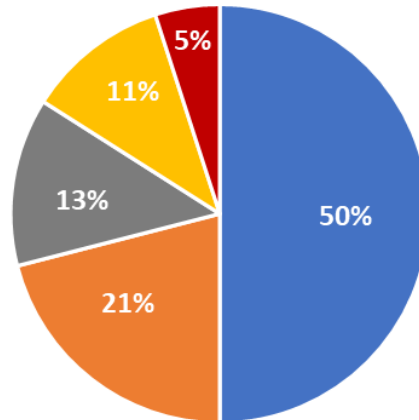
Une diminution du taux de sérotonine chez les patients fibromyalgique a été observée ainsi qu'une faible activité des inhibiteurs des réflexes nociceptifs.(18,19) Des recherches récentes suggèrent que ces troubles du métabolisme de la sérotonine peuvent être sous-tendus par une prédisposition génétique (20).

En dehors du syndrome de douleur généralisée, d'autres symptômes de la FM pourraient être liés à un dysfonctionnement du métabolisme de la sérotonine tels que les migraines (21), certaines formes de dépression (22) ainsi que le syndrome du côlon irritable (23). La sérotonine est donc très probablement impliquée dans les mécanismes douloureux ainsi que dans d'autres symptômes de la fibromyalgie.

Une autre substance, l'IGF-1 (Insuline like Growth Factor type 1) impliquée dans la régénérescence musculaire est fréquemment perturbée chez les patients atteints de FM. Cela pourrait expliquer en partie la douleur musculaire quotidienne. (24–26). Étant donné que l'IGF-1 est principalement synthétisée pendant les stades 3 et 4 du sommeil, phases qui sont précisément perturbées chez les personnes atteintes de fibromyalgie, la diminution des taux d'IGF-1 pourrait être une conséquence des troubles du sommeil (24)

Malgré les résultats encourageants de ces études sur ces différents neurotransmetteurs proprioceptifs, ils sont trop préliminaires pour l'identification de biomarqueurs spécifiques ou utilisables en pratique clinique courante : il est impossible de déterminer à l'heure actuelle si les différences observées entre les populations de patients et les populations contrôles sont la cause ou la conséquence de la FM.(1)

Des études ont également démontré que les traumatismes physiques et psychologiques, les infections et les facteurs psychosociaux sont associés à l'apparition de la FM, et certains patients les décrivent comme étant l'élément déclencheur de leur maladie (*Cf Figure 2*). Les déclencheurs environnementaux, tels que les maladies aiguës et le stress psychosocial, peuvent altérer la modulation de la douleur dans le cerveau, entraînant une perception accrue de la douleur (27–29)



- Problèmes psychologiques et relationnels (divorce, dépression, deuil, ect...)
- Evenement somatique disruptif (accident, "faiblesse constitutionnelle", intervention chirurgicale)
- Violences, abus durant l'enfance
- Problèmes gynécologiques ou obstétriques
- Fatigue

Figure 1 : Attributions causales relatives au déclenchement de la fibromyalgie selon les personnes atteintes (d'après Cedraschi et all) (30)

Les mécanismes conduisant au processus douloureux de la FM font donc intervenir une multitude de facteurs endogènes et exogènes, de mieux en mieux connus, formant une chaîne d'événements (CF Figure 2)

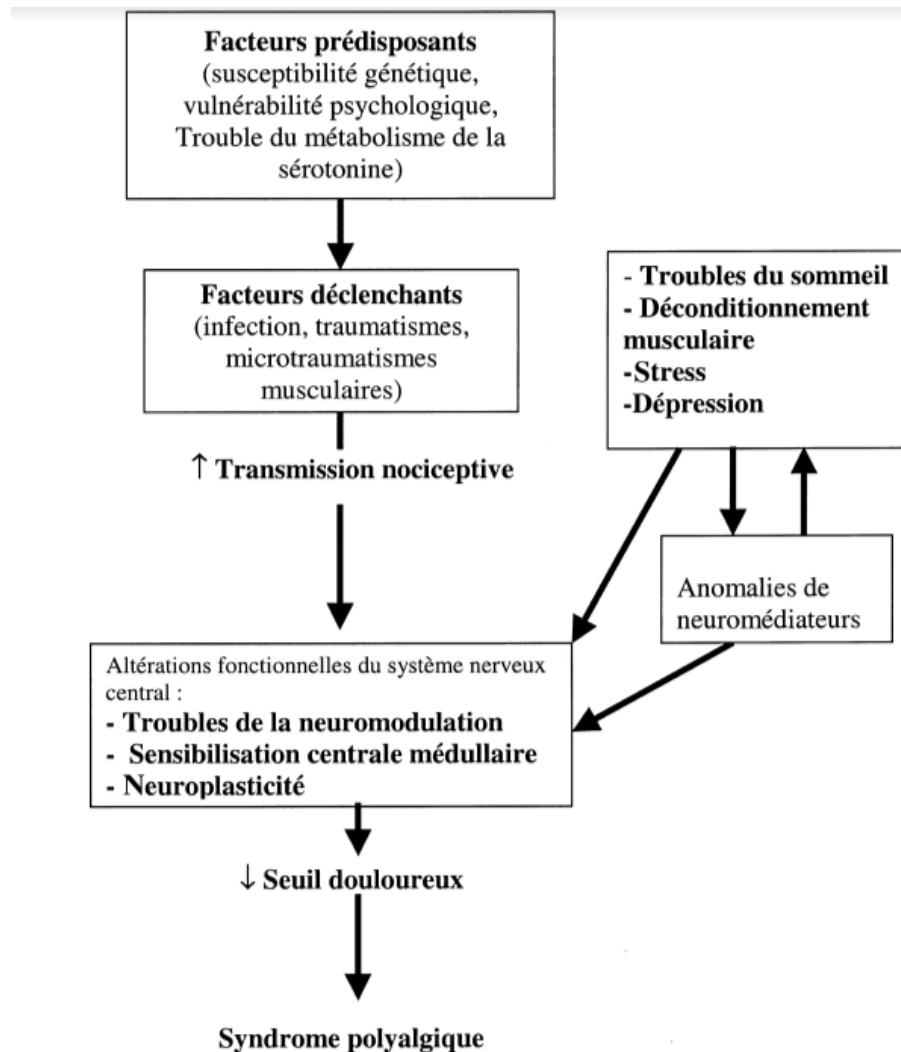


Figure 2 : Mécanismes conduisant à l'apparition du syndrome polyalgique au cours de la fibromyalgie

1.4 Tableau clinique

Le symptôme qui prédomine dans le syndrome fibromyalgique est la douleur musculo-squelettique chronique et généralisée, décrite comme étant persistante et/ou lancinante.

L'hyperalgésie (sensibilité excessive à la douleur) et l'allodynie (douleur causée par des stimuli qui ne sont normalement pas douloureux) sont également des symptômes retrouvés couramment (31)

La douleur associée à la fibromyalgie présente une grande variabilité en termes de localisation, d'intensité, de durée et de résistance aux différentes approches de gestion de la douleur. Elle se propage généralement de manière diffuse à partir de l'axe squelettique et se

localise dans les muscles et les articulations musculotendineuses du cou, des épaules, des hanches et des membres. Certaines personnes ressentent une douleur constante et uniforme tout au long de la journée, tandis que d'autres décrivent une augmentation de la douleur le matin qui tend à diminuer au fil de la journée, pour ensuite s'aggraver de nouveau le soir. La douleur associée au syndrome de fibromyalgie peut être exacerbée par le stress physique ou émotionnel, un sommeil non réparateur ou une activité intense. (32)

Un des symptômes constamment retrouvé chez le patient fibromyalgique est la fatigue. Elle est chronique et très souvent associée à des troubles du sommeil.(33,34) Le sommeil est décrit comme léger, fragmenté, non réparateur, avec un réveil difficile.

L'anxiété et le syndrome dépressif ne sont pas présents systématiquement chez tous les patients atteints de fibromyalgie et leur fréquence est similaire à celle observée dans d'autres pathologies douloureuses chroniques. Les tests biologiques couramment utilisés en psychiatrie, tels que le test à la dexaméthasone ou le dosage du cortisol urinaire, qui sont généralement perturbés dans la dépression majeure, sont normaux chez les patients atteints de fibromyalgie. Cela permet d'exclure l'hypothèse d'un mécanisme commun entre la dépression et la fibromyalgie, ou que la fibromyalgie soit une forme de dépression. L'évolution de ces troubles, bien qu'elle puisse varier considérablement à court et moyen terme, présente une relative stabilité lorsque l'on observe les patients sur le long terme. (32)

Il existe également des troubles associés, dont la présence n'est pas systématique. Ils sont cependant plus fréquemment présents chez les patients atteints de FM que dans la population générale. On peut noter, pour les plus fréquents, les céphalées de tension, le syndrome du côlon ou de la vessie irritable, le syndrome des jambes sans repos, des paresthésies aux extrémités des membres ainsi qu'une sécheresse des muqueuses. (35)



Figure 3 : Illustration schématique des interrelations étroites existant entre les symptômes fibromyalgiques (1)

1.5 Démarche diagnostique

Actuellement, il n'existe pas d'examen fiable et reconnu à 100 % pour diagnostiquer la fibromyalgie. (36)

La principale difficulté dans la fibromyalgie réside dans l'absence de toute anomalie biologique, radiologique ou histologique détectable. En effet, aucun signe d'inflammation n'est observé, comme en témoignent les taux normaux de protéine C réactive et de vitesse de sédimentation. Aucun signe immunologique n'est également présent, avec des résultats négatifs pour les anticorps anti-nucléaires et la sérologie rhumatismale. Les enzymes musculaires, tels que la créatine-phosphokinase et les transaminases, présentent des taux normaux, de même que les niveaux de calcium, de phosphore, de TSH et de T4. De plus, la médecine ne dispose pas de moyens objectifs pour quantifier la douleur. (2)

La complexité du syndrome fibromyalgique a entraîné une série de recherches, encore d'actualité aujourd'hui, afin de déterminer une méthode reproductible de diagnostic. Les points clés de ces travaux sont la mise en place de critères de diagnostic par l'American College of Rheumatology (ACR) en 1990, qui ont été modifiés en 2010 et enfin en 2016.(37)

1.5.1 Critères de l'ACR

L'ACR en 1990 (38) a défini deux critères de diagnostic de la FM qui sont :

- Une douleur généralisée présente depuis au moins 3 mois
- Une douleur à la palpation de 11 des 18 points douloureux décrits sous une pression digitale d'environ 4 kg par cm², ce qui en pratique correspond à une palpation qui permet de blanchir l'ongle. Le patient doit décrire une douleur et non une sensibilité

Les dix-huit points habituellement décrits dans la fibromyalgie sont énumérés dans le tableau ci-dessous :

Points douloureux dans la fibromyalgie selon les critères ACR de 1990

Occiput : bilatérales, à l'insertion des muscles sous-occipitaux

Rachis cervical inférieur : bilatérales, sur les versants antérieurs des espaces intertransversaires C5-C7

Trapèze : bilatérales, au milieu du bord supérieur

Sus-épineux : bilatérales, à l'origine de l'épine de l'omoplate, près de son bord interne

2e côte : bilatérales, à la deuxième articulation costochondrale, à côté de la face supérieure de l'articulation

Epicondyle : bilatérales, à 2 cm au-dessous de l'épicondyle

Fessières : bilatérales, dans le cadran supéro-externe de la fesse

Grand trochanter : bilatérales, au bord postérieur du grand trochanter

Genou : bilatérales, près de l'interligne interne

Ce test diagnostique ne prend en compte que les seules manifestations douloureuses et pas les autres symptômes possibles du syndrome fibromyalgique. Le score seuil (11 points douloureux) à partir duquel un patient est classé dans le groupe « fibromyalgie » laisse notamment de côté des patients considérés comme souffrant possiblement de ce syndrome, mais chez qui on retrouve moins de 11 points douloureux.

Le choix des points douloureux comme critère principal a donc comme inconvénient de limiter le diagnostic aux formes les plus sévères quant au critère douleur, et de ne pas prendre en compte le retentissement de la douleur et des autres symptômes. De plus, ces critères ne permettent pas de mettre en évidence une amélioration des symptômes et une diminution de la douleur (39)

Les critères de diagnostic ont été repris en 2010 puis en 2016 (37), mettant en place une méthode alternative remplaçant les points douloureux par des zones douloureuses et en prenant en compte un ensemble de symptômes décrits par le patient (*Cf Annexes*)

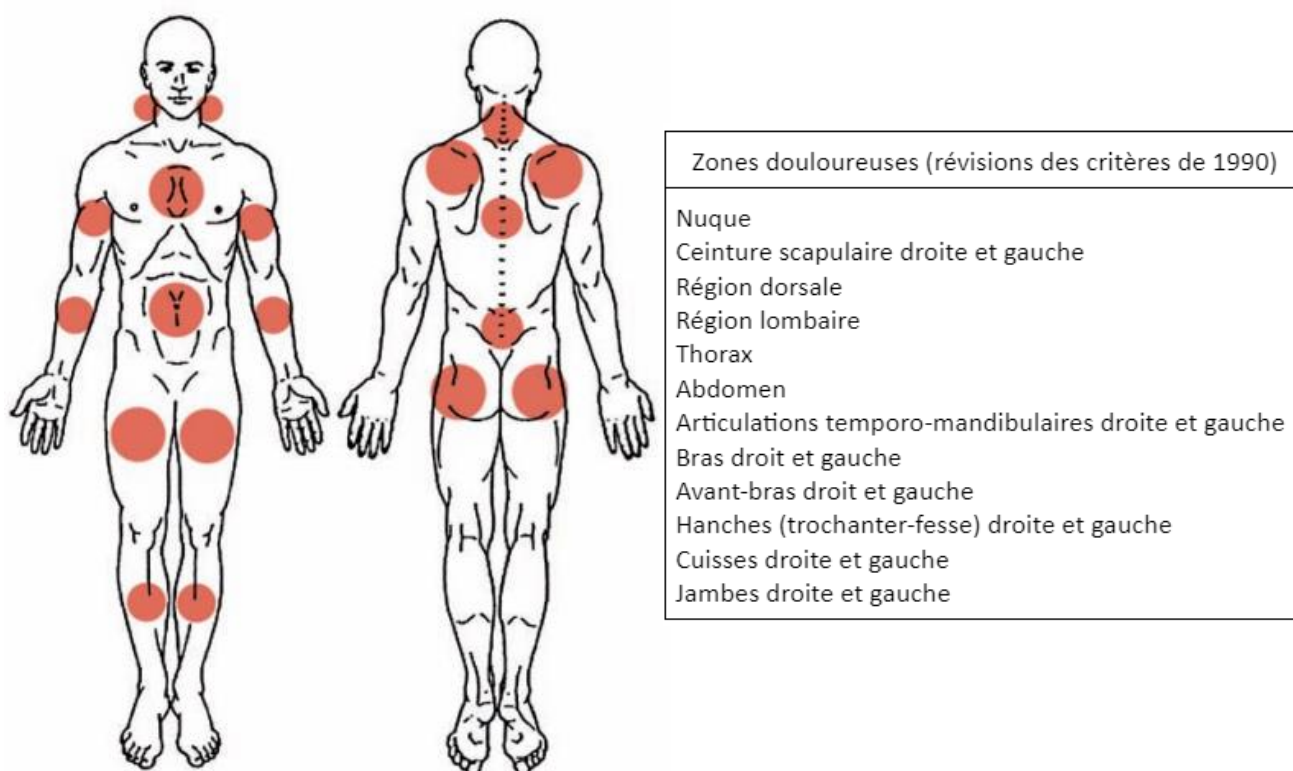


Figure 4 : Zones douloureuses selon les critères de l'ACR de 2010 (d'après Wolfe and all)(40)

Cette nouvelle méthode consiste en une auto-évaluation du patient de l'existence ou non de douleur sur 19 zones du corps sans palpation et ce pendant une semaine. Ce score le Widespread Pain Index, allant de 0 à 19, est combiné à une deuxième auto-évaluation de la sévérité des symptômes (Symptôme Severity Score score), qui permet de mesurer l'étendue des symptômes tel que les troubles du sommeil, la fatigue ainsi qu'une association de troubles cognitifs. Ces symptômes sont cotés de 0 à 3 (0 : pas de problème, 1 : très légers, 2 : modérés, 3 : sévères).

En prenant en considération ces nouveaux index (WPI de 0 à 19 et Severity scale de 0 à 12), on arrive à un score total de 31. Un score supérieur ou égal à 13 a été retenu comme critère de base dans le diagnostic de la fibromyalgie. Selon ces critères, pour qu'un patient puisse satisfaire au diagnostic actuel de fibromyalgie, il doit remplir les trois conditions suivantes :

- Symptômes douloureux présents depuis au moins trois mois.
- Index de la douleur à 7 et échelle de sévérité des symptômes à 5 ou index de la douleur entre 3 et 6 et échelle de sévérité des symptômes à 9.
- Toute autre cause responsable des douleurs chroniques ostéo articulaires doit être exclue

Selon l'étude de Wolfe and al (37), cette méthode diagnostique permet d'identifier correctement 88,1 % des patients ayant une fibromyalgie diagnostiquée à l'aide des critères de 1990 de l'ACR. Le score de sévérité des 3 symptômes (fatigue, sensation de non-repos au réveil et symptômes cognitifs) serait particulièrement adapté au suivi clinique des symptômes dans le temps. Quelques données de la littérature montrent cependant que les médecins connaissent peu les critères ACR et qu'ils font davantage confiance à leur expérience clinique pour poser le diagnostic. La complexité de ces critères pourrait être un frein à leur utilisation. (41)

1.5.2 Différents questionnaires à visée diagnostique (FIRST, FIQ) (Cf Annexes)

Des outils de type questionnaire ont également été développés pour l'aide au diagnostic. L'auto-questionnaire FIRST (Fibromyalgia Rapid Screening Tool) suscite beaucoup d'intérêt car il présente l'avantage d'être simple, rapide et facilement reproductible (42-44). Il s'agit d'un outil de dépistage et non pas d'un outil de diagnostic positif. Sa sensibilité a été évaluée à 90,5% et sa spécificité à 85,7%. Il comporte 6 questions visant à déterminer la présence de douleurs diffuses et à en préciser le type (brûlure, piqûre ou autre), ainsi qu'à rechercher l'existence d'une fatigue, de sensations anormales non douloureuses, de troubles du sommeil, de troubles cognitifs ou de différents symptômes associés. Une réponse positive à 5 des 6 critères permet d'envisager le diagnostic.

Le FIQ (Fibromyalgie Impact Questionnaire) quant à lui mesure l'activité physique, le retentissement de la maladie sur la capacité de travail, la dépression, l'anxiété, le sommeil, la douleur, la raideur musculaire matinale, la fatigue et la sensation de bien-être. Il permet d'adapter le traitement au degré de dépendance de la personne et d'en évaluer les effets dans le temps. Il permet également de mesurer l'évolution de l'état des patients dans le temps. Il comporte 10 items, le score maximal possible est de 100. Le score moyen chez les fibromyalgiques est de 50 et les patients qui ont une atteinte sévère ont un score supérieur ou égal à 70.

Une version modifiée du Fibromyalgia Impact Questionnaire prenant en compte les problèmes de cognition et les facteurs d'environnement est proposée en 2009 (45,46). Le Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR) comprend des questions similaires à celles du FIQ original, ainsi que des questions supplémentaires portant sur la mémoire, l'équilibre et la sensibilité à certains facteurs environnementaux tels que le bruit, la lumière intense, les odeurs et le froid. Tous les éléments sont notés sur une échelle numérique de 0 à 10. Le FIQ et le FIQR sont des outils d'évaluation de la qualité de vie du patient.

1.6 Diagnostic différentiel

Le diagnostic de la FM étant un diagnostic d'élimination, de nombreuses autres pathologies doivent être recherchées avant de se pencher sur un diagnostic de FM (47).

Dans les formes diffuses, il faut éliminer :

- Le lupus érythémateux disséminé
- La polyarthrite rhumatoïde,
- Les connectivites,
- Le syndrome de Gougerot-Sjögren,
- La polyarthrose,
- Les spondylarthropathies,
- L'hypothyroïdie,
- Les états névrotiques purs et certaines affections neurologiques (syndromes extrapyramidaux) ou virales (hépatites).

Dans les formes localisées il faut éliminer les affections de type :

- Périarthrite,
- Dorsalgie posturale,

- Déangement intervertébral mineur,
- Lombalgie commune,
- Syndrome du canal carpien,
- Syndrome de Tietze (douleur sur les arcs costaux antérieurs).

Il faut donc écarter en cas de forme de douleur diffuse toutes affections dont le tableau clinique se rapproche de celui de la fibromyalgie.

Plusieurs examens biologiques doivent être menés, la moindre anomalie biologique élimine de ce fait le diagnostic de FM.

Exploration biologique de la fibromyalgie
Numération-formule-sanguine avec plaquettes Vitesse de sédimentation Ionogramme sanguin, créatinine, glycémie, transaminases Calcémie, phosphorémie, uricémie, fer sérique Enzymes musculaires TSH (<i>Thyroid stimulating hormone</i>) Facteur rhumatoïde, anticorps antinucléaires

Figure 5 : Exploration biologique de la fibromyalgie (32)

1.7 Prise en charge

De nombreuses tentatives thérapeutiques ont été étudiées et beaucoup se sont soldées par des échecs ou des résultats mitigés. Il n'existe à ce jour aucune stratégie consensuelle et universelle pour le traitement de la fibromyalgie. Cela est dû à la diversité des symptômes observés dans la maladie et à la variabilité de la réponse aux traitements médicamenteux d'un patient à l'autre.

Quatre principes régissent le traitement de la fibromyalgie :

- La validation de la détresse
- Le conservatisme diagnostique et thérapeutique
- Une combinaison personnalisée de mesures pharmacologiques et non pharmacologiques

- Chercher à soulager plutôt qu'à guérir.

L'abord de la fibromyalgie nécessite une évaluation globale de la douleur et du contexte psychosocial et une approche pluridisciplinaire est favorisée. Celle-ci est composée d'un traitement médicamenteux et d'une prise en charge thérapeutique associant différentes techniques. Elle est basée sur les recommandations de l'European League Against Rheumatism (EULAR) publiées en 2016 (48).

Récapitulatif des recommandations EULAR (Cf Annexes)

10 recommandations spécifiques de EULAR

Prise en charge non médicamenteuse : **en première intention**

- Exercice physique d'aérobie et de renforcement musculaire
- Thérapies cognitives et comportementales
- Thérapies multi-composants
- Thérapies physiques spécialisées (acupuncture, balnéothérapie)
- Thérapies de méditation associée aux mouvements et à la réduction du stress (yoga, taichi, qi gong)

Prise en charge médicamenteuse : **en deuxième intention**

- Amitriptyline
- Duloxetine ou Milnacipran
- Tramadol
- Prégabaline
- Cyclobenzaprine

1.7.1 Prise en charge médicamenteuse

En l'absence de traitement étiologique avéré, les traitements médicamenteux proposés sont symptomatiques. Aucun n'est spécifique du syndrome fibromyalgique. En France, aucun des médicaments proposés aux patients n'a une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'indication « fibromyalgie ».(1)

La gestion de la douleur et celle du sommeil sont les principales affections prises en charge par le traitement médicamenteux. De nombreuses études de comparaisons ont pu mettre en évidence une liste de médicaments présentant les meilleurs effets sur ces deux symptômes, dans le traitement de la fibromyalgie. Ainsi, la prise en charge médicamenteuse la plus efficace est composée des traitements suivants : (49,50)

- Antidépresseurs (Amitriptyline, Duloxétine, Milnacipran)
- Relaxants musculaires (Cyclobenzaprine)
- Antalgiques (Tramadol)
- Antiépileptiques (Prégabaline)
- Hormones de croissance
- Acides aminés (tryptophane)

En revanche, le traitement de la fibromyalgie ne peut se résumer à un traitement pharmacologique, sous peine d'échec thérapeutique.

1.7.2 Prise en charge non médicamenteuse

Selon les experts de l'EULAR, la seule modalité thérapeutique qui peut être fortement recommandée en première intention dans la prise en charge de la fibromyalgie est l'exercice physique. En effet, celui-ci est reconnu par les études analysées comme significativement efficace contre la douleur et le handicap fonctionnel, et améliore aussi le bien-être. De nombreuses questions restent néanmoins en suspens concernant les protocoles à mettre en place (intensité, fréquence, adhésion). Il apparaît que les programmes d'exercices doivent être personnalisés et adaptés à chaque situation, en particulier au rythme de vie du patient. Il est cependant souhaitable de privilégier des exercices de faible intensité et de compenser en augmentant la durée pour ne pas déclencher de douleurs et de la fatigue, de répéter les exercices quotidiens en privilégiant la régularité car les bénéfices de l'apport physique s'estompent rapidement à son arrêt. Il faut également insister sur l'éducation thérapeutique pour améliorer la motivation et l'observance.(51) La prescription et supervision d'une activité physique adaptée par des professionnels de la santé semble donc indispensable pour un effet thérapeutique optimal.

Les pratiques de type mouvement méditatif (yoga, tai chi, qi gong, etc.) sont faiblement approuvées par les experts de l'EULAR, mais semblent avoir un effet positif sur le sommeil, la fatigue et peuvent s'avérer intéressantes en complément pour les patients qui ont une adhésion faible aux exercices classiques.

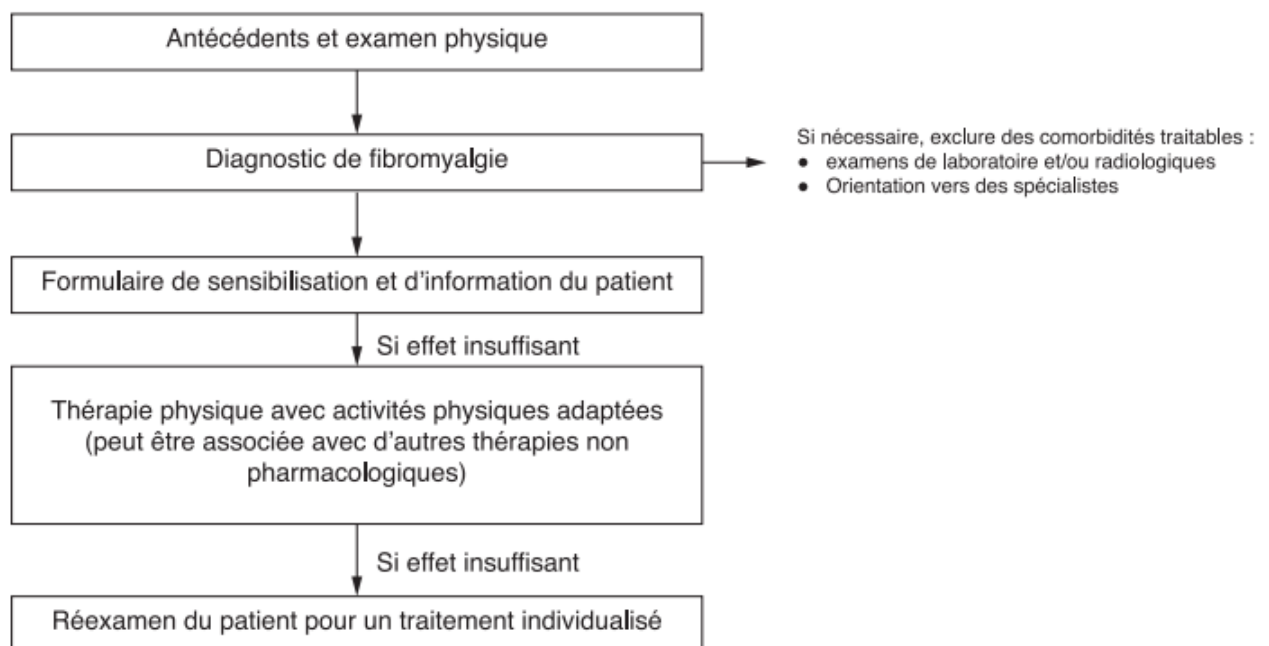
Idem pour l'acupuncture, qui semble améliorer douleur et fatigue et les cures thermales, qui pourraient partiellement soulager la douleur et améliorer la qualité de vie.

Certaines pratiques alternatives ne sont pas recommandées par le groupe d'expert en raison de manque de preuves d'efficacité : biofeedback, hypnothérapie, massages, les compléments alimentaires à base SAM-e (S-adénosyl-L-méthionine), les gels de massage à base de capsaïcine, l'homéopathie ainsi que la visualisation guidée.

Des études avec des méthodologies plus robustes sont nécessaires pour déterminer l'impact de traitements plus passifs (balnéothérapie, cryothérapie, électrothérapie, etc.).

Les psychothérapies sont faiblement recommandées par l'EULAR, en seconde intention pour les patients ayant des difficultés à gérer la fibromyalgie, avec des symptômes liés au stress de la vie quotidienne ou à des problèmes personnels et/ou des troubles psychopathologiques ou psychiatriques comorbides tels que les troubles de l'humeur, les troubles anxieux ou encore les addictions. En particulier, les thérapies cognitivo-comportementales ont montré une capacité faible mais significative à réduire de manière durable les symptômes douloureux, le handicap physique, et à soulager les troubles de l'humeur.

Le groupe d'experts rappelle que la douleur chronique diffuse n'est pas le seul symptôme d'un syndrome fibromyalgique et qu'il est primordial de ne pas négliger les autres symptômes.



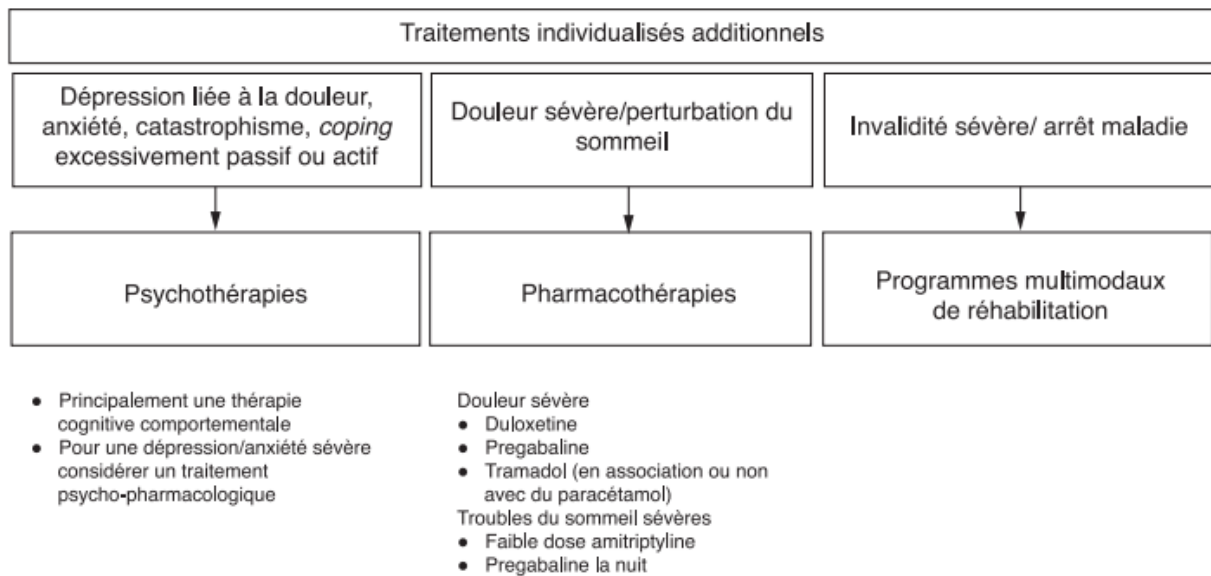


Figure 6 : Algorithme décisionnel proposé par l'EULAR pour la prise en charge thérapeutique de la fibromyalgie chez l'adulte (adapté de Macfarlane and all) (48)

2 Manifestations orofaciales de la fibromyalgie

2.1 Dysfonction temporo-mandibulaire (DTM)

Un nombre important de patients atteints de fibromyalgie reportent des douleurs au niveau des muscles masticatoires, de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM), du cou, de l'oreille et de la mâchoire (52–61). La prévalence des patients fibromyalgiques présentant des signes de dysfonctions temporo-mandibulaires varie de 67 % à 97 % selon l'étude.

Une étude menée par Alonso-Blanco et al (62) a étudié les différences de prévalence et de la localisation des points douloureux appelés "triggers points" dans la classification de l'ACR de 1990 entre 20 femmes souffrant de dysfonctions temporo-mandibulaires et 20 femmes souffrant de fibromyalgie.

Les résultats ont révélé que les participantes atteintes de fibromyalgie présentaient des zones de douleur plus importantes pour les muscles sterno-cléido-mastoïdien et sous-occipitaux.

Une étude de Leblebici et al (63) a cherché à déterminer la corrélation entre la fibromyalgie, les DTM et la douleur myofasciale à la mastication. Les résultats ont révélé que 80 % des

patients atteints de FM présentait des douleurs myofaciales masticatoires et des dysfonctions temporo-mandibulaires.

Une étude de Pimentel et al (6) a révélé que les douleurs myofasciales sont 30 fois plus fréquentes chez les personnes atteintes de fibromyalgie que chez celles qui n'en souffrent pas.

Selon Dahan et al, (64) les patients souffrant de dysfonctions temporo-mandibulaires avec FM ressentent une douleur plus intense et plus prolongée que les patients souffrant dysfonctions temporo-mandibulaires sans FM

De nombreuses études ont donc suggéré l'existence d'une relation entre la FM et les dysfonctions temporo-mandibulaires. Toutefois, il convient de noter que la nature exacte de cette relation n'est pas claire et reste sujette à débat. Certaines de ces études étaient de nature rétrospective ou observationnelle, ne comprenaient pas de groupe témoin et avaient des échantillons de petite taille, ce qui limite la portée de leurs conclusions. D'autres études ont montrés qu'ils n'existaient pas de corrélation entre DTMs et FM mais que des facteurs de déclenchements similaires existent (65)

Il est important de distinguer les sous-types de diagnostic des dysfonctions temporo-mandibulaires qui peuvent coexister avec la FM. Ainsi, la myalgie masticatoire et la douleur articulaire peuvent être liées à la FM. En revanche, les dérangements internes des ATM ne sont probablement pas liés à la FM (66,67)

Il faut également reconnaître les dysfonctions temporo-mandibulaires qui ont précédé le diagnostic de FM ou qui ont été causés par un événement connu tel qu'un traumatisme, indépendamment du diagnostic de FM.

Les signes et symptômes des DTMs doivent être différenciés des signes et symptômes représentant une extension de la douleur chronique généralisée de la FM. La coexistence des signes et des symptômes des dysfonctions temporo-mandibulaires et de la FM peut être la conséquence d'une altération à médiation centrale de la perception de la douleur (68)

2.2 Xérostomie

La xérostomie est un symptôme retrouvé de manière régulière chez les patients atteints de FM (69). Dans l'étude de Rhodus and al (70), approximativement 70% des personnes atteintes de fibromyalgie ont souffert de xérostomie, et parmi eux seulement 27% prenaient des

traitement xérogènes c'est à dire pouvant entraîner de la xérostomie tels que les antidépresseurs, les myorelaxants et les anticonvulsants. (71)

Les différentes études suggèrent donc un grande de prévalence de cas de xérostomie chez les patients fibromyalgiques y compris ceux qui ne prennent pas de traitements médicamenteux provoquant une xérostomie.

2.3 Glossodynie

La glossodynie est également fréquemment observée chez les patients atteints de FM. D'après l'étude de Rhodus and al (70) environ 33 % des patients atteints de FM souffrent de glossodynie. On suppose que la brûlure buccale ressentie par les patients atteints de FM peut représenter une hyperalgésie et une allodynie résultant d'une hyperexcitabilité centrale. En outre, le chirurgien-dentiste doit envisager la possibilité d'une glossodynie induite par médicaments.

2.4 Dysgueusie

La dysgueusie est un trouble du goût qui entraîne la perception d'un goût souvent désagréable de type rance, métallique.

Dans l'étude de Rhodus and al, la dysgueusie a été signalée chez 34,2 % des patients atteints de FM (70).

Elle peut représenter un effet secondaire des médicaments xérogènes étant donné qu'un flux et une concentration salivaires normaux sont essentiels au goût

2.5 Ouverture buccale limitée et douleurs lors des mouvements mandibulaires

Parmi les manifestations buccales fréquemment retrouvées chez les patients atteints du syndrome fibromyalgique on retrouve des douleurs masticatoires, une ouverture limitée de la bouche ainsi qu'une douleur accompagnant cette ouverture.(72)

La prévalence de l'ouverture orale limitée a été signalée comme étant 10 fois plus élevée chez les personnes atteintes de FM que chez les cas témoins, l'ouverture maximale volontaire

moyenne de la bouche chez les patients atteints du SFM étant de 41 mm, contre 44 mm dans le groupe témoin. La cause exacte est inconnue, mais il est probable que la douleur musculaire lors des mouvements de la mâchoire contribue à réduire l'amplitude des mouvements lors de l'ouverture de la bouche (53)

2.6 Bruxisme

Plusieurs études ont reporté une haute prévalence de grincement et de serremments des dents.(72,73) En effet, le bruxisme concernerait entre 40 et 60% des patients atteints de fibromyalgie. Les habitudes de serremments et de grincements diurnes étaient les plus courantes, étant rapportées par 60% des patients atteints de FM.

De plus, certains rapports de cas suggèrent que les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS) peuvent induire le bruxisme (74,75). Il est donc intéressant que le chirurgien-dentiste interroge spécifiquement le patient sur les épisodes de bruxisme associés à leur début de traitement d'ISRS

2.7 Lésions/ulcérations orales

Les anomalies de la muqueuse buccale n'ont pas été reportés comme significativement plus répandus chez les patients atteints de FM que chez les cas témoins (70). En revanche, certains médicaments utilisés dans le traitement de la fibromyalgie de façon chronique, comme les AINS et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, justifient une surveillance attentive par le chirurgien-dentiste car ils peuvent entraîner des ulcérations buccales et les réactions lichénoïdes (76–78)

3 Rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge du patient fibromyalgique

3.1 Dépistage de la fibromyalgie par le chirurgien-dentiste

La fibromyalgie fait partie d'un ensemble d'affections que l'on regroupe sous le nom de syndromes somatiques fonctionnels. Les syndromes somatiques fonctionnels sont définis par l'existence d'une association de symptômes physiques amenant le patient à consulter et qui restent sans explication après des examens cliniques et complémentaires bien conduits. Les

symptômes rapportés appartiennent essentiellement à trois catégories : douleurs de siège divers (céphalées, douleurs thoraciques, douleurs abdominales, arthromyalgies...), troubles fonctionnels de divers appareils (vertiges, acouphènes, palpitations, troubles du transit...), fatigue et épuisement.

Parmi les SSF qui entraînent des douleurs orofaciales on retrouve notamment la FM, le syndrome de douleur myofascial et le syndrome de fatigue chronique.(79)

En se sensibilisant aux SSF et en réalisant une anamnèse médicale et un examen orofacial détaillé, le chirurgien-dentiste peut participer au dépistage du syndrome fibromyalgique.(80) Il est important que le dentiste soit conscient que ce syndrome peut être associé à des dysfonctions temporo-mandibulaires et autres manifestations oro-faciales précédemment listés.

Les cas suspectés devront ensuite être référés à un médecin pour la confirmation du diagnostic.

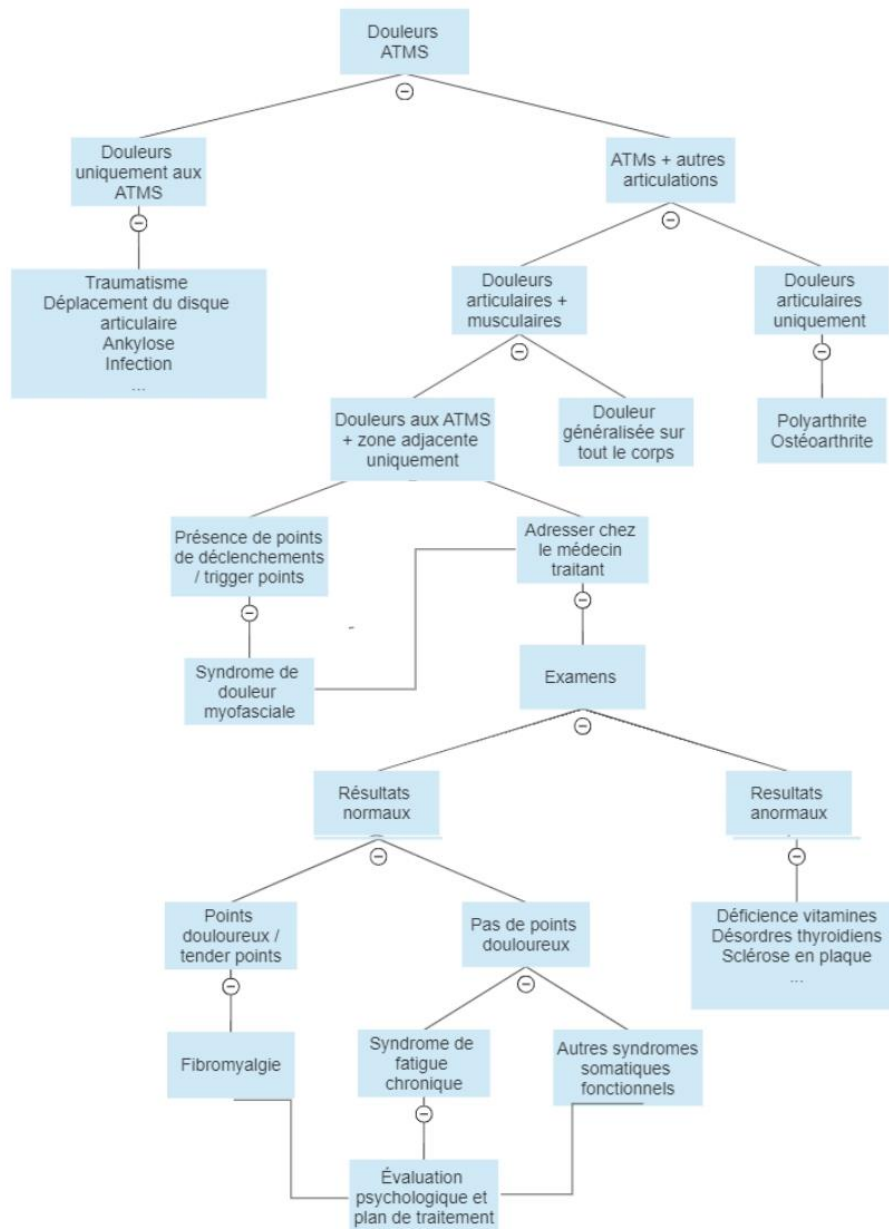


Figure 7 : Clés de diagnostic des syndromes somatiques fonctionnels présentant des dysfonctions temporomandibulaires (d'après Suma and all.)(80)

Les patients décrivent également des zones douloureuses étendues avec des points de déclenchements au niveau des trapèzes, des muscles sous-occipitaux, des muscles temporaux et masséters. Dans une étude de Alonso and al, les différences de localisation de ces zones et points douloureux ont été rapportés en comparaison avec des patients atteints de DTMs sans FM associée : les patients atteints de FM ont des zones douloureuses plus étendues avec des

points douloureux qui sont situés plus haut dans la région orofaciale (muscles temporaux et masseter) et plus bas dans la région du cou (trapèze supérieur). Ces différences de localisation peuvent aider le chirurgien-dentiste à distinguer les manifestations cliniques entre les deux conditions.

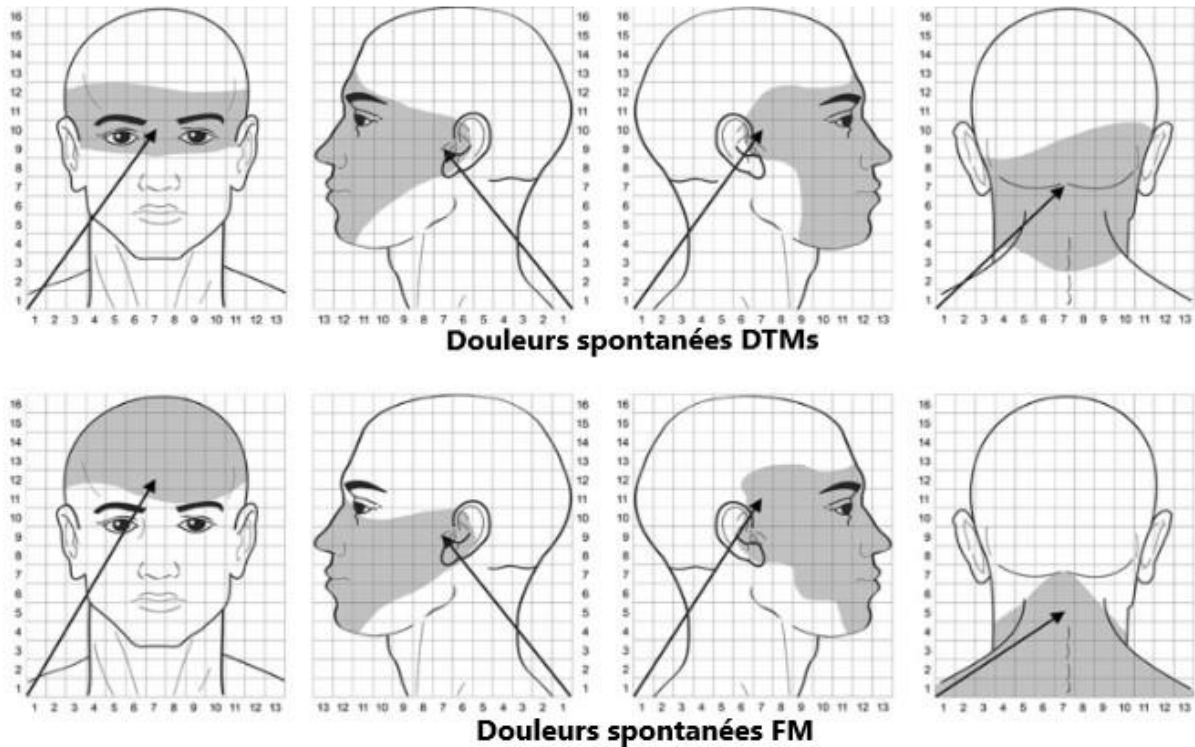


Figure 8 : Points de déclenchements (représenté par la flèche) et zones douloureuses habituelles chez les patients souffrant de DTMs (en haut) ou de FM (en bas) d'après Alonso and all.(62)

En ce qui concerne la zone orofaciale à l'heure actuelle seule les zones des articulations temporo-mandibulaires ont été associés aux critères diagnostiques de l'ACR. Il reste néanmoins important, au vu des nombreux cas rapportés, que le chirurgien-dentiste procède à une palpation des muscles sous-occipitaux, masséters et les trapèzes lors de l'examen clinique. Il est également intéressant d'inclure des éléments du FiRST ou du FIQR au moment du questionnaire médical afin de détecter avec plus de précisions des symptômes de fatigue générale, de stress ou d'anxiété.(81)

3.2 Considérations spéciales au fauteuil lors de la séance de soin

Au vu des différentes manifestations physiques qu'engendre la fibromyalgie, le chirurgien-dentiste doit s'adapter pour assurer le confort du patient. Il est bien de demander aux patients à quel moment de la journée ils se sentent le mieux et de prévoir les différents rendez-vous en conséquence.(35) De nombreux patients souffrant de fibromyalgie ressentent des douleurs et des raideurs qui sont plus intenses le matin ; par conséquent, un rendez-vous en fin de matinée ou en début d'après-midi peut être le plus approprié.

De plus, les patients atteints de FM peuvent ne pas être en mesure de tolérer de longs rendez-vous en raison de la fatigue et de douleurs aux ATMs lors d'une ouverture buccale trop prolongée. Dans la mesure du possible, il faut privilégier les rendez-vous courts et donc adapter son plan de traitement en conséquence.(82)

Si nécessaire, la mâchoire peut être soutenue pendant le traitement à l'aide d'un appui buccal type bloc d'occlusion ou cale bouche afin de minimiser la douleur et la fatigue des ATMs.

Le chirurgien-dentiste doit évaluer la nécessité et l'efficacité d'un appui buccal sur une base individuelle, en fonction des besoins du patient.(35,66)

Un oreiller cervical peut être utilisé pour soutenir le cou plus confortablement que l'appui-tête traditionnel du fauteuil dentaire et réduire la pression sur les points sensibles situés à l'arrière de la tête et du cou (83)

Les patients atteints du SFM sont souvent hypersensibles aux stimuli tels que le bruit, et la lumière (12,84,85). Par conséquent, les patients doivent être consultés sur l'impact des bruits extérieurs, tels que la musique de fond, les téléviseurs et les détarteurs à ultrasons, afin de les éliminer ou de les minimiser s'ils sont gênants. Les chirurgiens-dentistes doivent veiller à ne pas projeter la lumière du scialytique dans les yeux du patient et leur fournir s'ils en possèdent des lunettes teintées.

D'après l'étude de Ilhanli and al_(86) la fréquence de l'anxiété des soins dentaires peut être plus élevée chez les patients atteints de FM que chez les patients non atteints de FM. Certains patients peuvent bénéficier de la prise d'un anxiolytique ou d'un relaxant musculaire avant le rendez-vous afin de réduire le stress émotionnel ou l'anxiété.

3.3 Interactions entre les traitements prescrits pour la fibromyalgie et la pharmacopée utilisé en odontologie

Les patients prennent de multiples médicaments pour le traitement de la FM et de ses comorbidités ; par conséquent, les chirurgiens-dentistes se doivent de connaître les effets indésirables possibles de ces médicaments.

Les antidépresseurs tricycliques, en particulier l'amitriptyline, sont couramment prescrits pour le traitement de la FM, et des interactions entre l'amitriptyline et les formulations anesthésiques locales ont été décrites dans la littérature. Il a été suggéré dans l'étude menée par Yagiela and al (87) que l'administration d'un anesthésique local contenant de l'épinéphrine peut augmenter le risque de développer une crise hypertensive chez les patients prenant des antidépresseurs tricycliques.

Les agents antibiotiques macrolides, en particulier l'érythromycine et la clarithromycine, peuvent être prescrits par le chirurgien-dentiste et sont de puissants inhibiteurs du système enzymatique du cytochrome P-450, en particulier l'isoforme 3A4. Cette isoenzyme est impliquée dans la biotransformation de nombreux médicaments, y compris ceux utilisés pour traiter la FM, comme la zopiclone, le zolpidem, la venlafaxine et le citalopram. Par conséquent, l'inhibition de l'isoenzyme 3A4 du cytochrome P-450 par l'érythromycine et la clarithromycine peut entraîner une augmentation des niveaux thérapeutiques et des effets des médicaments mentionnés précédemment.(88,89)

D'autres classes de médicaments couramment utilisés pour le traitement de la FM, comme les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ou de la noradrénaline, les relaxants musculaires, les anticonvulsivants, les sédatifs-hypnotiques et les analgésiques, peuvent interagir avec les médicaments couramment utilisés en dentisterie. (66)

Traitements couramment utilisés chez les patients fibromyalgiques	Possibles interactions
Antidépresseurs tricycliques : <i>Amitriptyline</i>	Les anesthésiques locaux contenant de l'épinéphrine peuvent augmenter le risque d'apparition de crise hypertensive Interactions avec le tramadol

Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine : <i>Citalopram</i>	Augmentation du risque de saignement avec les AINS et l'aspirine
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline : <i>Duloxetine/Venlafaxine</i>	Les anesthésiques locaux contenant un vasoconstricteur peuvent augmenter le risque d'apparition d'une crise hypertensive Les effets des IRSN peuvent être augmentés par les antifongiques azolés et les macrolides
Myorelaxants : <i>Cyclobenzaprine</i>	Les effets de la cyclobenzaprine peuvent être augmentés par le kétoconazole. Interactions avec le tramadol
Les hypnotiques : <i>Zopiclone et zolpidem</i>	Les effets des sédatifs/hypnotiques peuvent être augmentés par les antifongiques azolés, les AINS et les macrolides

Figure 9 : Possibles interactions médicamenteuses chez les patients atteints de fibromyalgie d'après Balasubramaniam (66)

3.4 Différentes prises en charge en odontologie visant à soulager le patient fibromyalgique

Il convient de soulager la douleur et d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de fibromyalgie. La prise en charge par le chirurgien-dentiste sera, dans un premier temps, de nature conservatrice et consistera en l'éducation du patient afin de limiter les comportements nocifs et parafunctionnels. (90)

3.4.1 Gouttières occlusales

Les gouttières occlusales, en particulier les gouttières de reconditionnement mandibulaire font parties des traitements les plus proposés par les dentistes chez les personnes atteintes de DTM associé à la fibromyalgie (91)

Pour certains auteurs, les gouttières sont particulièrement inefficaces dans le traitement des DTM chez les patients souffrant de douleurs généralisées.(92)

Pour d'autres auteurs les gouttières peuvent avoir des effets bénéfiques sur les douleurs orofaciales (93,94) notamment en complément d'une prise en charge physiothérapique (95,96)

Les patients atteints de FM étant sujet au bruxisme, notamment lors de la prise de traitement d'inhibiteur de recapture de la sérotonine (75), il est important de gérer cette parafonction. La pose de gouttière occlusale pourrait être indiquée dans ce cas pour protéger des usures dentaires.

3.4.2 Apnées du sommeil

Plusieurs études ont rapporté un taux élevé de syndrome d'apnée du sommeil (SAOS) chez les patients atteints de fibromyalgie (97–100). Le chirurgien-dentiste doit, lors de son anamnèse, prêter une attention particulière aux symptômes communs avec l'apnée du sommeil et suggérer aux patients présentant notamment une somnolence diurne importante d'aller consulter un médecin du sommeil et de se soumettre à une polysomnographie.

Il a été proposé à une patiente souffrant de FM et d'apnée obstructive du sommeil dans l'étude menée par Vantine and al (101) un dispositif d'avancée mandibulaire. Le traitement a eu pour effet non seulement d'améliorer sa qualité de sommeil mais il a également entraîné une diminution de la douleur chronique, des céphalées ainsi qu'une amélioration de l'humeur. La détection et le traitement précoce du SAOS par le chirurgien-dentiste peut donc contribuer grandement à la qualité de vie chez les patients atteints de FM qui en sont atteints.

3.4.3 Exercices

Les exercices, qu'ils soient effectués à domicile ou sous la supervision d'un professionnel, ont été rapportés dans la littérature comme étant la solution la plus efficace contre la douleur orofaciale chez les personnes atteintes de fibromyalgie.(102–104)

Le chirurgien-dentiste peut proposer au patient de pratiquer une gymnothérapie douce en réalisant des mouvements de latéralisation mandibulaire (diduction) pour libérer le jeu musculo-articulaire et activer les échanges du liquide synovial intra-articulaire.(105)

Dans l'étude de Häggman-Henrikson and al (106) une série d'exercices supervisés a été proposé à des patients avec des DTMS et atteints de douleur généralisée, dont la fibromyalgie.

Le programme d'exercice commence par des petits mouvements d'ouverture et de fermeture de la mâchoire comme échauffement pendant 6 minutes.

Ensuite, des mouvements d'ouverture et de protrusion de la mandibule contre résistance ont été effectués à l'aide d'un casque fait sur mesure équipé d'un système hydraulique. Des exercices de coordination du cou et des épaules ont également été réalisés

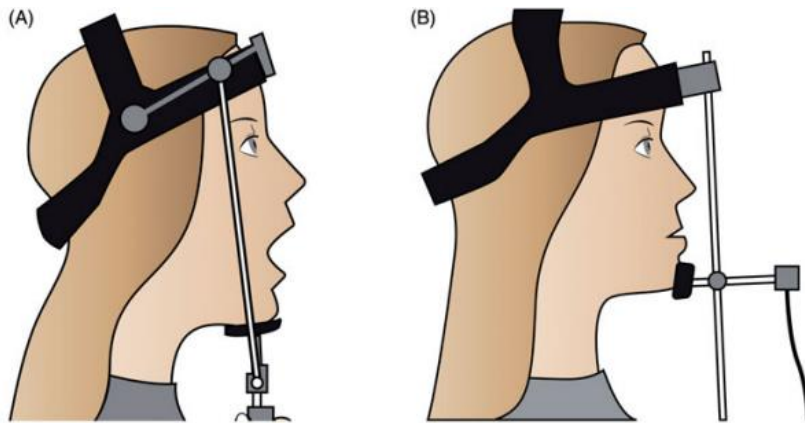


Figure 10 : Illustration représentant l'équipement fait sur mesure qui a fourni une résistance de 1,6 kg pendant le mouvement d'ouverture (A) et le mouvement de protrusion mandibulaire (B) (106)

Les résultats de cette étude indiquent que les exercices ont pu réduire la douleur et augmenter la capacité des muscles de la mâchoire chez les patients atteints de DTMs associés à une douleur généralisée.

Les exercices peuvent également être réalisés dans le cadre d'un programme de soins à domicile. Bien que les exercices supervisés soient plus complexes à mettre en place pour le praticien que les exercices à domicile, ils offrent l'avantage d'une meilleure adhésion au programme grâce à l'accompagnement du professionnel de santé. De plus, la supervision permet d'améliorer l'efficacité du traitement, le praticien étant présent pour s'assurer de la bonne réalisation des exercices.

Des études devront être menées afin de proposer aux patients des protocoles d'exercices supervisés plus simples et réalisables au cabinet dentaire par le chirurgien-dentiste.

3.4.4 Gestion de la xérostomie

Les chirurgiens-dentistes devraient encourager les patients atteints de FM et souffrant de xérostomie à jouer un rôle actif dans la gestion de leurs symptômes. Parmi les options visant à atténuer la xérostomie on retrouve les substituts salivaires, les sialogogues, et la diminution d'alcool et de caféine. Les substituts salivaires peuvent apporter un soulagement à court terme, les sialogogues eux pourront contribuer à un soulagement à plus long terme en stimulant la production de salive. Les sialogogues sur ordonnance tels que la pilocarpine et la

cevimeline peuvent être recommandés. L'utilisation des pastilles aux xylitol au lieu des chewing-gum seraient aussi bénéfiques puisque qu'elles permettent de stimuler le flux salivaire sans pour autant solliciter l'ATM et les muscles masticateurs.(35)

3.4.5 Techniques alternatives pouvant soulager le patient fibromyalgique atteint de douleurs orofaciales

3.4.5.1 Thérapie par champs électromagnétiques

Les thérapies par champs électromagnétiques de basse et très basse fréquence induisent des changements fonctionnels dans les cellules et les tissus en influençant le potentiel membranaire. Il s'agit selon plusieurs études d'une technique sûre, non invasive et facile à utiliser dans le traitement de la douleur, avec des effets importants dans le contrôle de différents troubles musculo-squelettiques douloureux.(107,108)

Dans une étude de Storati and al (109), 40 % des patients fibromyalgiques ayant reçu une thérapie par champs électromagnétique pulsé de basse fréquence ont signalé une réduction importante de la douleur orofaciale. De plus, la plupart des patients ont rapporté des bénéfices significatifs concernant plusieurs autres symptômes : un sommeil plus réparateur, une diminution de l'intensité et de la fréquence des maux de tête, une réduction de la raideur physique et des limitations fonctionnelles dans les mouvements ont été rapportés.

3.4.5.2 Photobiomodulation ou thérapie par laser de faible énergie

L'utilisation du laser de faible énergie avec un protocole d'application de deux fois par semaine pendant 6 semaines a permis de diminuer la douleur de manière significative chez les cas atteints de FM (94,110)

3.4.5.3 Injection de lidocaïne 2%

L'infiltration anesthésique de lidocaïne 2% a été reporté comme étant une méthode efficace pour réduire la douleur chez les personnes atteintes de FM souffrant de douleurs orofaciales. Cette technique reste néanmoins plus invasive et moins confortable que les méthodes précédemment listées (110)

Des résultats prometteurs ont donc été reportés dans la littérature concernant ces thérapies alternatives dans la gestion des douleurs orofaciales. Néanmoins, des études supplémentaires devront être menés dû à un manque de preuves sur les méthodologies et les protocoles d'application et sur leur efficacité.

Récapitulatif des bonnes pratiques à adopter par le chirurgien-dentiste pour la prise en charge des patients fibromyalgiques
Considérations dès le premier rendez vous
<p>En cas de fibromyalgie diagnostiquée, il conviendra :</p> <p>D'examiner attentivement les antécédents médicaux, l'évolution de la maladie ainsi que les traitements en cours,</p> <p>D'évaluer les plaintes de maux de tête et de douleurs oro-faciales,</p> <p>D'évaluer les symptômes oraux comme la xérostomie, la glossodynie, la dysgueusie,</p> <p>D'examiner les ATM et les muscles oro-faciaux et rechercher d'éventuels signes de parafonctions,</p> <p>De rechercher tout signe de Syndrome d'Apnées-Hypopnées Obstructives du Sommeil, (SAHOS)</p> <p>D'évaluer l'anxiété du patient et si besoin de prescrire un anxiolytique pour les séances de soins dentaires.</p> <p>Si plusieurs signes sont présents mais que la FM n'est ni diagnostiquée ni soupçonnée, orientez prudemment le patient vers une évaluation médicale plus approfondie (médecin traitant, rhumatologue)</p>
Considérations peropératoires

Programmer des rendez-vous courts et accompagnés de pauses au cours du soin pour permettre de soulager ATM et muscles masticateurs.

Protéger le patient, le plus possible, de tout stimuli sensoriels (bouchons d'oreilles, lunettes teintés...)

Utiliser des cale-bouche pour accompagner une ouverture orale prolongée moins contraignante

Utiliser un oreiller cervical pour soutenir la tête plus confortablement que l'appui-tête seul du fauteuil

Envisager l'utilisation d'anesthésiques locaux sans épinéphrine (en fonction de l'intervention prévue) chez les patients prenant des antidépresseurs tricycliques ou des inhibiteurs de la recapture de sérotonine et de la noradrénaline, car une crise hypertensive peut être précipitée.

Une Gouttière de Reconditionnement Musculaire peut être réalisée, cependant ses effets sont variables selon les patients et un suivi régulier est nécessaire.

Expliquer et montrer au patient des exercices actifs de mobilisation des ATM (mouvements de diductions mandibulaires doux et progressifs à réaliser à domicile).

Considérations postopératoires

Des douleurs aux Articulations Temporo-Mandibulaires peuvent persister après les soins. Il est important de prodiguer des conseils au patient pour l'aider à mieux gérer sa douleur : aliment de consistance souple, encouragement aux mouvements de diduction, suppression des mauvaises habitudes (mâchonnements d'objets, de chewing-gum, ...) chaleurs à appliquer sur les muscles douloureux, éventuellement une prescription d'analgésiques.

La prudence sera de mise lors de la prescription de certaines molécules notamment des antibiotiques macrolides et des analgésiques comme les anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS) et les analgésiques dérivés du tramadol; en raison de probables interactions avec les traitements habituellement pris par les patients fibromyalgiques

Conclusion

La fibromyalgie est une pathologie mal connue, caractérisée par des douleurs musculo-squelettiques diffuses sur l'ensemble du corps. La multitude de symptômes, l'absence d'anomalies biologiques et radiologiques la rendent difficile à diagnostiquer et le traitement reste décevant dû à son manque de spécificité. Compte tenu de la prévalence des douleurs et manifestations oro-faciales dans la fibromyalgie, il est important que le chirurgien-dentiste connaisse ce trouble afin qu'il puisse, dans un cadre où le diagnostic n'a pas encore été posé, participer au dépistage et orienter le patient vers un médecin.

Dans un cadre de fibromyalgie reconnue, il est important que le chirurgien-dentiste participe à la prise en charge pluridisciplinaire du patient : plusieurs solutions thérapeutiques sont à sa disposition pour prendre en charge les différentes manifestations oro-faciales et soulager la douleur tels que les exercices de latéralisation mandibulaire et les gouttières de reconditionnement musculaire. Cependant, il faut garder en tête que les résultats sont extrêmement variables d'un patient à un autre. De plus, les chirurgiens-dentistes doivent être prêts à faire les ajustements nécessaires lorsqu'ils prennent en charge des patients atteints de FM afin de s'assurer que les soins soient réalisés de manière efficace, dans un environnement confortable et sans stress : des rendez-vous adaptés (durée du rendez-vous, fixés à des moments propices où la douleur se fait moins ressentir), utilisation de cale bouche, oreillers cervicaux et autres dispositifs visant à assurer le confort du patient ainsi qu'une attention privilégiée aux traitements médicamenteux en cours et à leurs possibles interactions avec la pharmacopée utilisée en odontologie .

Enfin, et il ne s'agit pas là du moins important, il faut apporter à ces patients une empathie et une compréhension de leur état qu'ils recherchent si souvent et si instamment.

Annexes

1) Révision 2016 des critères diagnostiques de fibromyalgie ACR 2010/2011 (Wolfe and all, 2016)

Critères Un patient satisfait les critères de SFM modifiés 2016 si les 3 conditions suivantes sont remplies :		
1. Index de douleurs diffuses (IDD) ≥ 7 et échelle de sévérité des symptômes (SS) ≥ 5 ou IDD entre 4-6 et échelle SS ≥ 9		
2. Douleurs généralisées définies par la présence de douleurs dans au moins 4 des 5 régions. Les douleurs des mâchoires, de la poitrine et de l'abdomen ne sont pas incluses dans la définition de douleur généralisée.		
3. Les symptômes sont présents à ce niveau pendant au moins 3 mois.		
4. Le diagnostic de fibromyalgie est validé indépendamment d'autres diagnostics. Un diagnostic de fibromyalgie n'exclut pas d'autres maladies cliniquement importantes.		
(1) Index de douleur diffuse : noter le nombre de zones où le patient a ressenti la douleur au cours de la dernière semaine. Dans combien de zones le patient a eu cette douleur ? Le score sera compris entre 0 et 19.		
<i>Région supérieure gauche (Région 1)</i>	<i>Région supérieure droite (Région 2)</i>	<i>Région axiale (Région 5)</i>
Mâchoire gauche*	Mâchoire droite*	Cou
Ceinture scapulaire gauche	Ceinture scapulaire droite	Bas du dos
Bras gauche	Bras droit	Haut du dos
Avant-bras gauche	Avant-bras droit	Poitrine*
		Abdomen*
<i>Région inférieure gauche (Région 3)</i>	<i>Région inférieure droite (Région 4)</i>	
Hanche (fesse, trochanter), gauche	Hanche (fesse, trochanter), droit	
Cuisse gauche	Cuisse droite	
Jambe gauche	Jambe droite	
* : non inclus dans la définition de douleur généralisée		

(2) Score de l'échelle de sévérité des symptômes

- Fatigue,
- Se réveiller fatigué (sommeil peu réparateur),
- Troubles cognitifs

Pour chacun des 3 symptômes, indiquer le niveau de gravité au cours de la dernière semaine selon le barème suivant :

- 0 – aucun problème
- 1 – problèmes mineurs ou légers ; habituellement légers ou intermittents
- 2 – modérés ; problèmes importants ; survenant fréquemment et/ou à un niveau modéré
- 3 – sévères ; problèmes continus qui ont un impact important sur la vie

Le score de l'échelle de sévérité des symptômes est la somme de chaque score de gravité des 3 symptômes (fatigue, réveillé fatigué, troubles cognitifs) (0-9) additionnée de la somme (0-3) du nombre des symptômes suivants que le patient a ressentis pendant les 6 derniers mois :

- (1) Maux de tête (0-1)
- (2) Douleurs ou crampes abdominales (0-1)
- (3) Dépression (0-1)

Le score final de sévérité des symptômes est entre 0 et 12.

L'échelle de sévérité de la fibromyalgie (FS) est la somme de l'index de douleur diffuse et du score de l'échelle de sévérité des symptômes (0-31).

2) FIQ Révisé (Bennet and all)

Questionnaire de mesure de l'impact de la fibromyalgie (FIQ révisé)

1-Etes-vous capable de :	Toujours	La plupart du temps	De temps en temps	Jamais
	0	1	2	3
Faire les courses				
Faire la lessive en machine				
Faire à manger				
Faire la vaisselle à la main				
Passer l'aspirateur				
Faire les lits				
Marcher plusieurs centaines de mètres				
Aller voir des amis ou de la famille				
Faire du jardinage				
Conduire une voiture				

⇒ Au cours des 7 derniers jours :

2- Combien de jours vous êtes-vous senti(e) bien ?	0	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---

↳ *Si vous n'avez pas d'activité professionnelle, notez les activités qui ont lieu à l'extérieur de la maison*

3- Combien de journées de travail avez-vous manqué à cause de votre fibromyalgie ?	0	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---	---

4- Les jours où vous avez travaillé, les douleurs ou d'autres problèmes liés à votre fibromyalgie vous ont-ils gêné dans votre travail ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Aucune gêne						gêne très importante				

5- Avez-vous eu des douleurs ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Aucune douleur						douleurs très fortes				

6- Avez-vous été fatigué(e) ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Pas du tout fatigué(e)						extrêmement fatigué(e)				

7- Comment vous êtes-vous senti(e) le matin au réveil ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Tout à fait reposé(e) au réveil						extrêmement fatigué(e) au réveil				

8- Vous êtes-vous senti(e) raide ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Pas du tout raide						extrêmement raide				

9- Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou inquiet(e) ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Pas du tout tendu(e)						extrêmement tendu(e)				

10- Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Pas du tout déprimé(e)						extrêmement déprimé(e)				

3) Questionnaire FiRST

Version française du Questionnaire FiRST

	Depuis au moins 3 mois	Oui	Non
1	Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps		
2	Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente		
3	Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes		
4	Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements, ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps		
5	Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes		
6	Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti		

Perrot S et Bouhassira D, *Pain* 2010;150; 250-56

4) Recommandations 2016 de l'European League Against Rheumatism (EULAR)

Recommandations EULAR				
Recommandations	Niveau de preuve	Grade	Niveau de recommandation	de Accord (%)
<u>Principes généraux</u>				
La prise en charge optimale nécessite un diagnostic rapide. Une compréhension complète de la fibromyalgie nécessite une évaluation complète de la douleur, de la fonction et du contexte psychosocial. Il doit être reconnu comme une affection complexe et hétérogène caractérisée par une douleur anormale et d'autres caractéristiques secondaires. En général, la gestion de la FM devrait prendre la forme d'une approche graduée	IV	D		100
La prise en charge de la fibromyalgie doit viser à améliorer la qualité de vie liée à la santé en équilibrant les avantages et les risques du traitement qui nécessite souvent une approche multidisciplinaire avec une combinaison de modalités de traitements non pharmacologiques et pharmacologiques adaptés en fonction de l'intensité de la douleur, de la fonction, des caractéristiques associées (telles que la dépression, fatigue, troubles du sommeil et autres comorbidités), la prise de décision doit être partagée avec le patient. La prise en charge initiale doit se concentrer sur les thérapies non pharmacologiques	IV	D		100
<u>Recommandations spécifiques</u>				
Prise en charge non pharmacologique				
Exercices d'aérobies et renforcement musculaire	Ia	A	Fort pour	100
Thérapies cognitive-comportementales	Ia	A	Faible pour	100
Thérapies multi composantes	Ia	A	Faible pour	93
Thérapies physiques définies : acupuncture, hydrothérapie	Ia	A	Faible pour	93
Thérapies par le mouvement méditatif (qigong, yoga, tai chi) et réduction du stress basé sur la pleine conscience	Ia	A	Faible pour	71–73
Prise en charge pharmacologique				
Amitriptyline (à faible dose)	Ia	A	Faible pour	100
Duloxetine ou milnacipran	Ia	A	Faible pour	100
Tramadol	Ib	A	Faible pour	100
Prégabaline	Ia	A	Faible pour	94
Cyclobenzaprine	Ia	A	Faible pour	75

Bibliographie

1. Bastuji H, Baudic S, Berbis J, Bouhassira D, Bridou M, Debaz J, et al. Fibromyalgie Collection Expertise collective. Inserm 2020 Éditions EDP Sciences (ISSN : 0990-7440) / XIV-883 p.
2. Ablin J, Neumann L, Buskila D. Actualités sur la fibromyalgie. *Revue du Rhumatisme*. 1 mai 2008;75(5):398-404.
3. Maryon F. Fibrositis (fibromyalgia syndrome) and the dental clinician. *Cranio*. janv 1991;9(1):63-70.
4. Wolfe F, Walitt BT, Katz RS, Häuser W. Symptoms, the Nature of Fibromyalgia, and Diagnostic and Statistical Manual 5 (DSM-5) Defined Mental Illness in Patients with Rheumatoid Arthritis and Fibromyalgia. *PLoS One*. 14 févr 2014;9(2):e88740.
5. Mansfield KE, Sim J, Jordan JL, Jordan KP. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Pain*. janv 2016;157(1):55-64.
6. Perrot S, Vicaut E, Servant D, Ravaud P. Prevalence of fibromyalgia in France: a multi-step study research combining national screening and clinical confirmation: The DEFI study (Determination of Epidemiology of Fibromyalgia). *BMC Musculoskelet Disord*. 7 oct 2011;12:224.
7. Wolfe F, Walitt B, Perrot S, Rasker JJ, Häuser W. Fibromyalgia diagnosis and biased assessment: Sex, prevalence and bias. *PLoS One*. 13 sept 2018;13(9):e0203755.
8. Yunus MB, Inanici F, Aldag JC, Mangold RF. Fibromyalgia in men: comparison of clinical features with women. *J Rheumatol*. févr 2000;27(2):485-90.
9. Aparicio VA, Ortega FB, Carbonell-Baeza A, Femia P, Tercedor P, Ruiz JR, et al. Are There Gender Differences in Quality of Life and Symptomatology Between Fibromyalgia Patients? *Am J Mens Health*. 1 juill 2012;6(4):314-9.
10. Syndrome fibromyalgique de l'adulte : Rapport d'orientation. Haute Autorité de Santé. 2010
11. Guinot, M, Launois, S, Favre-Juvin, A, Maindet-Dominici, C. Fibromyalgie : Physiopathologie et accompagnement thérapeutique EM Consulte Kinésithérapie_médecine Physique réadaptation. 2015. 26-190-A-10. Elsevier Masson

12. Bradley LA. Pathophysiology of fibromyalgia. *Am J Med.* déc 2009;122(12 Suppl):S22-30.
13. Iqbal R, Mughal MS, Arshad N, Arshad M. Pathophysiology and antioxidant status of patients with fibromyalgia. *Rheumatol Int.* févr 2011;31(2):149-52.
14. García Rodríguez DF, Abud Mendoza C. Physiopathology of fibromyalgia. *Reumatología Clínica (English Edition).* 1 mai 2020;16(3):191-4.
15. Adler GK, Kinsley BT, Hurwitz S, Mossey CJ, Goldenberg DL. Reduced hypothalamic-pituitary and sympathoadrenal responses to hypoglycemia in women with fibromyalgia syndrome. *Am J Med.* 1 mai 1999;106(5):534-43.
16. Heim C, Ehlert U, Hellhammer DH. The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology.* janv 2000;25(1):1-35.
17. Russell IJ, Orr MD, Littman B, Vipraio GA, Alboukrek D, Michalek JE, et al. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* nov 1994;37(11):1593-601.
18. Wolfe F, Russell IJ, Vipraio G, Ross K, Anderson J. Serotonin levels, pain threshold, and fibromyalgia symptoms in the general population. *J Rheumatol.* mars 1997;24(3):555-9.
19. Cordero MD, Alcocer-Gómez E, Cano-García FJ, de Miguel M, Sánchez-Alcázar JA, Moreno Fernández AM. Bajos valores de serotonina en suero se correlacionan con la gravedad de los síntomas de la fibromialgia. *Medicina Clínica.* nov 2010;135(14):644-6.
20. Offenbaecher M, Bondy B, de Jonge S, Glatzeder K, Krüger M, Schoeps P, et al. Possible association of fibromyalgia with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Arthritis Rheum.* nov 1999;42(11):2482-8.
21. Nicolodi M, Sicuteri F. Fibromyalgia and migraine, two faces of the same mechanism. Serotonin as the common clue for pathogenesis and therapy. *Adv Exp Med Biol.* 1996;398:373-9.
22. Owens MJ, Nemeroff CB. Role of serotonin in the pathophysiology of depression: focus on the serotonin transporter. *Clin Chem.* févr 1994;40(2):288-95.
23. Crowell MD. Role of serotonin in the pathophysiology of the irritable bowel syndrome. *Br J Pharmacol.* avr 2004;141(8):1285-93.
24. Bennett RM, Cook DM, Clark SR, Burckhardt CS, Campbell SM. Hypothalamic-pituitary-insulin-like growth factor-I axis dysfunction in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol.* juill 1997;24(7):1384-9.

25. Atalay SG. The Association of IGF-1 with Clinical Symptoms in Female Patients With Fibromyalgia Syndrome. *Ankara Medical Journal*. 28 sept 2018;18(3):410-8.
26. Cuatrecasas G, Gonzalez MJ, Alegre C, Sesmilo G, Fernandez-Solà J, Casanueva FF, et al. High prevalence of growth hormone deficiency in severe fibromyalgia syndromes. *J Clin Endocrinol Metab*. sept 2010;95(9):4331-7.
27. Jiao J, Vincent A, Cha SS, Luedtke CA, Kim CH, Oh TH. Physical Trauma and Infection as Precipitating Factors in Patients with Fibromyalgia. *Am J Phys Med Rehabil*. déc 2015;94(12):1075-82.
28. Adams LM, Turk DC. Psychosocial factors and central sensitivity syndromes. *Curr Rheumatol Rev*. 2015;11(2):96-108.
29. Zarzour M, Bou Khalil R. Traumatic life events and its impact on fibromyalgia symptoms through serotonin activity on pain perception and personality traits. *L'Encéphale*. 1 déc 2022;48(6):725-8.
30. Cedraschi C, Girard E, Luthy C, Kossovsky M, Desmeules J, Allaz AF. Primary attributions in women suffering fibromyalgia emphasize the perception of a disruptive onset for a long-lasting pain problem. *J Psychosom Res*. mars 2013;74(3):265-9.
31. Cassisi G, Sarzi-Puttini P, Alciati A, Casale R, Bazzichi L, Carignola R, et al. Symptoms and signs in fibromyalgia syndrome. *Reumatismo*. 12 sept 2011;60(1s):15-24.
32. Thomas E, Missounga L, Blotman F. Fibromyalgie. *EMC - Médecine*. 1 août 2005;2(4):369-77.
33. Munguía-Izquierdo D, Legaz-Arrese A. Determinants of sleep quality in middle-aged women with fibromyalgia syndrome. *J Sleep Res*. févr 2012;21(1):73-9.
34. Pimentel MJ, Gui MS, Reimão R, Rizzatti-Barbosa CM. Sleep quality and facial pain in fibromyalgia syndrome. *CRANIO®*. avr 2015;33(2):122-8.
35. Walters A, Tolle SL, McCombs GM. Fibromyalgia Syndrome: Considerations for Dental Hygienists. *Journal of Dental Hygiene*. avr 2015;89(2):76-82.
36. Laroche F. La fibromyalgie : diagnostic positif, diagnostics différentiels et diagnostics associés. *Revue du Rhumatisme Monographies*. 1 sept 2018;85(4):287-94.
37. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. déc 2016;46(3):319-29.
38. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*. 1990;33(2):160-72.

39. Gur M, Gulkesen A, Akgol G. Comparison of ACR 1990 and ACR 2010 classification criteria in fibromyalgia syndrome. *Medicine Science*. 1 déc 2019;8(4):975-9.
40. Wolfe F, Häuser W. Fibromyalgia diagnosis and diagnostic criteria. *Annals of Medicine*. 1 nov 2011;43(7):495-502.
41. Wolfe F, Rasker JJ. The Evolution of Fibromyalgia, Its Concepts, and Criteria. *Cureus*. nov 2021;13(11):e20010.
42. Hachfi H, Khalifa D, Benchekaya N, Jomaa O, Themri H, Brahem M, et al. Dépistage de la fibromyalgie au cours de la polyarthrite rhumatoïde : FiRST questionnaire (Fibromyalgie Rapid Screening Tool). *La Revue de Médecine Interne*. 1 déc 2019;40:A138.
43. Fan A, Tournadre A, Pereira B, Tatar Z, Couderc M, Malochet-Guinamand S, et al. Performance of Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST) to detect fibromyalgia syndrome in rheumatic diseases. *Rheumatology*. oct 2016;55(10):1746-50.
44. Perrot S, Bouhassira D, Fermanian J. 70 DEVELOPMENT AND VALIDATION OF THE FIBROMYALGIA RAPID SCREENING TOOL (FiRST). *European Journal of Pain*. 2009;13(S1):S29b-30.
45. Bennett RM, Friend R, Jones KD, Ward R, Han BK, Ross RL. The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis Res Ther*. 2009;11(5):415.
46. Lee M. Clinimetrics: The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire. *J Physiother*. juill 2021;67(3):220-1.
47. Häuser W, Perrot S, Sommer C, Shir Y, Fitzcharles MA. Diagnostic confounders of chronic widespread pain: not always fibromyalgia. *Pain Rep*. mai 2017;2(3):e598.
48. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. févr 2017;76(2):318-28.
49. Thorpe J, Shum B, Moore RA, Wiffen PJ, Gilron I. Combination pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 19 févr 2018;2(2):CD010585.
50. Lautenschläger J. Present state of medication therapy in fibromyalgia syndrome. *Scand J Rheumatol Suppl*. 2000;113:32-6.
51. Lecocq J. Place de l'activité physique dans le traitement de la fibromyalgie. *Revue Neurologique*. 1 avr 2014;170:A221.

52. Di Venere D, Corsalini M, Stefanachi G, Tafuri S, De Tommaso M, Cervinara F, et al. Quality of Life in Fibromyalgia Patients with Craniomandibular Disorders. *TODENTJ*. 30 janv 2015;9(1):9-14.
53. da Silva LA, Kaziyama HH, de Siqueira JTT, Teixeira MJ, de Siqueira SRDT. High prevalence of orofacial complaints in patients with fibromyalgia: a case–control study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. nov 2012;114(5):e29-34.
54. Fugarra FJC, Kaziyama HHS, Siqueira SRDT de, Yeng LT, Camparis CM, Teixeira MJ, et al. Temporomandibular disorders in fibromyalgia patients: are there different pain onset? *Arq Neuro-Psiquiatr*. mars 2016;74(3):195-200.
55. Friction JR. The relationship of temporomandibular disorders and fibromyalgia: Implications for diagnosis and treatment. *Current Science Inc*. oct 2004;8(5):355-63.
56. Ayouni I, Chebbi R, Hela Z, Dhidah M. Comorbidity between fibromyalgia and temporomandibular disorders: a systematic review. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. juill 2019;128(1):33-42.
57. Scarola R, Montemurro N, Ferrara E, Corsalini M, Converti I, Rapone B. Temporomandibular Disorders and Fibromyalgia: A Narrative Review. *Open Access Maced J Med Sci*. 2021 Apr 10; 9(F):106-112.
58. Mandrioli S, Valente L, Farina I, Ciancio G, Govoni M, Clauser L. Temporomandibular disorders in primary fibromyalgia. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1 mars 2017;46:33.
59. Balasubramaniam R. The Prevalence of Temporomandibular Disorders in Fibromyalgia Patients Compared to That of Failed Back Syndrome Patients: A Blinded Prospective Study. :106.
60. Fraga BP, Santos EB, Farias Neto JP, Macieira JC, Quintans LJ, Onofre ASC, et al. Signs and symptoms of temporomandibular dysfunction in fibromyalgic patients. *J Craniofac Surg*. mars 2012;23(2):615-8.
61. Laure Patris M, Roy D, Chauvel-Lebret D (2016) The Relationship between Fibromyalgia Syndrome and Temporo-Mandibular Disorders: The Role of the Dentist. *Int J Dent Oral Health* 2(3)
62. Alonso-Blanco C, Fernández-de-las-Peñas C, de-la-Llave-Rincón AI, Zarco-Moreno P, Galán-del-Río F, Svensson P. Characteristics of referred muscle pain to the head from active trigger points in women with myofascial temporomandibular pain and fibromyalgia syndrome. *J Headache Pain*. nov 2012;13(8):625-37.

63. Leblebici B, Pektaş ZÖ, Ortancil Ö, Hürcan EC, Bagis S, Akman MN. Coexistence of fibromyalgia, temporomandibular disorder, and masticatory myofascial pain syndromes. *Rheumatol Int.* 12 mars 2007;27(6):541-4.
64. Dahan H, Shir Y, Velly A, Allison P. Specific and number of comorbidities are associated with increased levels of temporomandibular pain intensity and duration. *The Journal of Headache and Pain.* 20 mai 2015;16(1):47.
65. Gui MS, Pimentel MJ, Rizzatti-Barbosa CM. Disfunção temporomandibular na síndrome da fibromialgia: comunicação breve. *Revista Brasileira de Reumatologia.* 1 mars 2015;55(2):189-94.
66. Balasubramaniam R, Laudendach JM, Stoopler ET. Fibromyalgia: an update for oral health care providers. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology.* nov 2007;104(5):589-602.
67. Bodere C, Pionchon P. Fibromyalgie et douleurs orofaciales. 2006;5.
68. Clauw DJ, Crofford LJ. Chronic widespread pain and fibromyalgia: what we know, and what we need to know. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* août 2003;17(4):685-701.
69. Zmijevski LF, Elouf SEEA, Pilati PVF, Pilati SFM. ORAL MANIFESTATION RELATED TO FIBROMYALGIA SYNDROME. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology.* sept 2022;134(3):e186.
70. Rhodus NL, Friction J, Carlson P, Messner R. Oral Symptoms Associated with Fibromyalgia Syndrome. *The Journal of Rheumatology.* :5.
71. Wolff A, Joshi RK, Ekström J, Aframian D, Pedersen AML, Proctor G, et al. A Guide to Medications Inducing Salivary Gland Dysfunction, Xerostomia, and Subjective Sialorrhea: A Systematic Review Sponsored by the World Workshop on Oral Medicine VI. *Drugs R D.* mars 2017;17(1):1-28.
72. Pimentel MJ, Gui MS, de Aquino LMM, Rizzatti-Barbosa CM. Features of Temporomandibular Disorders in Fibromyalgia Syndrome. *CRANIO®.* janv 2013;31(1):40-5.
73. Cimino R, Michelotti A, Stradi R, Farinaro C. Comparison of clinical and psychologic features of fibromyalgia and masticatory myofascial pain. *J Orofac Pain.* 1 janv 1998;12(1):35-41.
74. Lobbezoo F, van Denderen RJ, Verheij JG, Naeije M. Reports of SSRI-associated bruxism in the family physician's office. *J Orofac Pain.* 2001;15(4):340-6.
75. Garrett AR, Hawley JS. SSRI-associated bruxism. *Neurol Clin Pract.* avr 2018;8(2):135-41.

76. Bertini F, Costa NCS, Brandão AAH, Cavalcante ASR, Almeida JD. Ulceration of the oral mucosa induced by antidepressant medication: a case report. *J Med Case Rep.* 1 nov 2009;3:98.
77. Hamburger J, Potts AJ. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and oral lichenoid reactions. *Br Med J (Clin Res Ed).* 29 oct 1983;287(6401):1258.
78. Healy CM, Thornhill MH. An association between recurrent oro-genital ulceration and non-steroidal anti-inflammatory drugs. *J Oral Pathol Med.* janv 1995;24(1):46-8.
79. Rabhi M, Ennibi K, Chaari J, Toloune F. Les syndromes somatiques fonctionnels. *La Revue de Médecine Interne.* 1 janv 2010;31(1):17-22.
80. Suma S, Veerendra Kumar B. Temporomandibular disorders and functional somatic syndromes: Deliberations for the dentist. *Indian J Dent Res* 2012;23:529-36
81. Pfau DB, Rolke R, Nickel R, Treede RD, Daublaender M. Somatosensory profiles in subgroups of patients with myogenic temporomandibular disorders and Fibromyalgia Syndrome. *Pain.* 15 déc 2009;147(1-3):72-83.
82. Jin H, Patil P, Sharma A. Topical Review: The Enigma of Fibromyalgia. *Journal of oral & facial pain and headache.* 13 mai 2014;28:107-18.
83. Ambrogio N, Cuttifford J, Lineker S, Li L. A comparison of three types of neck support in fibromyalgia patients. *Arthritis & Rheumatism.* 1998;11(5):405-10.
84. McDermid AJ, Rollman GB, McCain GA. Generalized hypervigilance in fibromyalgia: evidence of perceptual amplification. *PAIN.* août 1996;66(2):133.
85. Geisser ME, Glass JM, Rajcevska LD, Clauw DJ, Williams DA, Kileny PR, et al. A psychophysical study of auditory and pressure sensitivity in patients with fibromyalgia and healthy controls. *J Pain.* mai 2008;9(5):417-22.
86. İlhanlı M, Karacesme MA, İlhanlı I, Celenk P. Fibromyalgia syndrome and dental anxiety. *Bull Natl Res Cent.* déc 2022;46(1):90.
87. Yagiela JA. ADVERSE DRUG INTERACTIONS IN DENTAL PRACTICE: INTERACTIONS ASSOCIATED WITH VASOCONSTRICTORS. *The Journal of the American Dental Association.* mai 1999;130(5):701-9.
88. Yeoman, C. (2006). Drug information handbook for dentistry. *British dental journal.* (200)1. p.60 - 60
89. Hersh EV, Moore PA. Drug interactions in dentistry: the importance of knowing your CYPs. *J Am Dent Assoc.* mars 2004;135(3):298-311.

90. Jeon Y. Fibromyalgia: practical considerations for oral health care providers. *J Dent Anesth Pain Med.* 2020;20(5):263.
91. Santiago V, Raphael KG. Perceived helpfulness of treatments for myofascial TMD as a function of comorbid widespread pain. *Clinical Oral Investigations.* juill 2019;23(7):2929-39.
92. Raphael KG, Marbach JJ. Widespread pain and the effectiveness of oral splints in myofascial face pain. *The Journal of the American Dental Association.* mars 2001;132(3):305-16.
93. Losert-Bruggner B, Hülse M, Hülse R. Fibromyalgia in patients with chronic CCD and CMD - A retrospective study of 555 patients. *CRANIO: The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice.* sept 2018;36(5):314-22.
94. Molina-Torres G, Rodríguez-Archilla A, Matarán-Peñarrocha G, Albornoz-Cabello M, Aguilar-Ferrándiz ME, Castro-Sánchez AM. Laser Therapy and Occlusal Stabilization Splint for Temporomandibular Disorders in Patients With Fibromyalgia Syndrome: A Randomized, Clinical Trial. *Altern Ther Health Med.* sept 2016;22(5):23-31.
95. Jaïs L, Gagey PM. Fibromyalgie et syndrome de décompensation posturale : étude clinique et posturographique. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology.* oct 2011;41(4):216.
96. Shrivastava K, Naidu G, Gupta M, Singh N. Fibrofascitis – An Enigma for the Dentist: A Case Report. *J Clin Diagn Res.* avr 2016;10(4):ZD04-5.
97. Köseoğlu Hİ, İnanır A, Kanbay A, Okan S, Demir O, Çeçen O, et al. Is There a Link Between Obstructive Sleep Apnea Syndrome and Fibromyalgia Syndrome? *Turk Thorac J.* avr 2017;18(2):40-6.
98. Mutlu P, Zateri Ç, Zöhra A, Özerdoğan Ö, Mirici AN. Prevalence of obstructive sleep apnea in female patients with fibromyalgia. *Saudi Med J.* juill 2020;41(7):740-5.
99. Altıntop Geçkil A, Aydoğan Baykara R. Coexistence of obstructive sleep apnea syndrome and fibromyalgia. *Tuberk Toraks.* 25 mars 2022;70(1):37-43.
100. Meresh ES, Artin H, Joyce C, Birch S, Daniels D, Owens JH, et al. Obstructive sleep apnea co-morbidity in patients with fibromyalgia: a single-center retrospective analysis and literature review. *Open Access Rheumatol.* 2019;11:103-9.
101. Vantine F, Ettlín D, Meira-e-Cruz M. Resolution of fibromyalgia by controlling obstructive sleep apnea with a mandibular advancement device. *Sleep Science.* 2021;14(3):291-5.
102. Storm Mienna C, Glas L, Magnusson M, Ilgunas A, Häggman-Henrikson B, Wänman A. Patients' experiences of supervised jaw-neck exercise among patients with localized TMD

pain or TMD pain associated with generalized pain. *Acta Odontologica Scandinavica*. 3 oct 2019;77(7):495-501.

103. da Silva MM, Albertini R, Leal-Junior ECP, de Tarso Camillo de Carvalho P, Silva JA, Bussadori SK, et al. Effects of exercise training and photobiomodulation therapy (EXTRAPHOTO) on pain in women with fibromyalgia and temporomandibular disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 4 juin 2015;16:252.

104. Michelotti A, De Wijer A, Steenks M, Farella M. Home-exercise regimes for the management of non-specific temporomandibular disorders. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2005;32(11):779-85.

105. Krief S, Jeany M, Orthlieb JD, Re JP, Lan R. Occlusal devices in France : An assessment of professional practice. *J Prosthet Dent* 2021 ; 125 (5) : 816.e1-816.e7

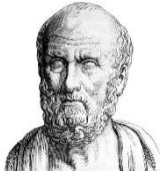
106. Häggman-Henrikson B, Wiesinger B, Wänman A. The effect of supervised exercise on localized TMD pain and TMD pain associated with generalized pain. *Acta Odontol Scand*. janv 2018;76(1):6-12.

107. Foley-Nolan D, Barry C, Coughlan RJ, O'Connor P, Roden D. Pulsed high frequency (27MHz) electromagnetic therapy for persistent neck pain. A double blind, placebo-controlled study of 20 patients. *Orthopedics*. avr 1990;13(4):445-51.

108. Paolucci T, Pezzi L, Centra AM, Giannandrea N, Bellomo RG, Saggini R. Electromagnetic Field Therapy: A Rehabilitative Perspective in the Management of Musculoskeletal Pain – A Systematic Review. *JPR*. 12 juin 2020;13:1385-400.

109. Storari M, Zerman N, Spinis E. Local Administration of ElectroMagnetic Field as Add-On Therapy in the Treatment of Chronic Facial Pain: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 30 mars 2022;19(7):4123.

110. de Souza R, de Sousa E, Scudine K, Meira U, de Oliveira e Silva E, Gomes A, et al. Low-level laser therapy and anesthetic infiltration for orofacial pain in patients with fibromyalgia: a randomized clinical trial. *Med Oral*. 2017;0-0.



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.

TROMPETTE Léa – Prise en charge de la douleur du patient fibromyalgique en odontologie

Th. : Chir. dent. : Marseille : Aix –Marseille Université : Année 2023

Rubrique de classement : Occlusodontologie

Résumé :

La fibromyalgie est un trouble neurosensoriel caractérisé principalement par des douleurs musculo-squelettiques généralisées. Majoritairement, une fatigue persistante, une raideur des membres, un sommeil non réparateur ainsi que des déficiences cognitives sont également ressentis. Les manifestations et les douleurs orofaciales sont fréquentes, le chirurgien-dentiste doit donc être conscient de cette entité clinique afin de réaliser les adaptations nécessaires dans les stratégies de prise en charge des patients. Ce travail de thèse passe en revue l'épidémiologie, la physiopathologie, les caractéristiques cliniques et plus particulièrement les manifestations orofaciales de la maladie, ainsi que des approches de traitement visant à soulager les douleurs. Grâce à ces informations, l'odontologiste sera mieux préparé à fournir une prise en charge appropriée et efficace aux patients atteints de fibromyalgie.

Mots clés : anxiété, dépression, douleur, fatigue, fibromyalgie, santé orale

TROMPETTE Léa – Management of pain in fibromyalgia patients in dentistry

Abstract:

Fibromyalgia is a neurosensory disorder characterized primarily by widespread musculoskeletal pain. Typically, persistent fatigue, limb stiffness, non-restorative sleep, and cognitive impairments are also experienced. Orofacial manifestations and pain are common, so the dentist must be aware of this clinical entity in order to make necessary adaptations in patient management strategies. This thesis reviews the epidemiology, pathophysiology, clinical characteristics, and specifically the orofacial manifestations of the disease, as well as treatment approaches aimed at relieving pain. With this information, the dentist will be better prepared to provide appropriate and effective care for patients with fibromyalgia.

Keywords: Anxiety, depression, pain, fatigue, fibromyalgia, oral health.