

Douleur palatine chronique *sans lésion muqueuse évidente !*

Jean-Christophe Fricain

*PU-PH, UFR d'Odontologie,
Université Bordeaux Segalen,
Pôle Odontologie et Santé Buccale
CHU Bordeaux*

Jacky Samson

*Professeur honoraire
Faculté de Médecine, Genève*

CAS 1



CAS 2



Les douleurs chroniques de la muqueuse buccale sont soit dues à une pathologie chronique de la muqueuse, soit d'origine neuropathique. En l'absence de lésion muqueuse, le diagnostic de douleur neuropathique est le plus souvent retenu. Si cette assertion prévaut dans la majorité des cas, elle peut être source d'erreur diagnostique quand il s'agit de douleurs palatines.

CAS 1



Motif de la consultation.

Femme de 66 ans, adressée pour le diagnostic et le traitement de douleurs palatines et linguales.

Histoire de la maladie. Depuis trois ans, la patiente décrit des brûlures palatines et linguales ayant résisté aux traitements antifongiques et antibiotiques.

CAS 1

Interrogatoire. La patiente était traitée pour une dépression par escitalopram (20 mg/j) et zopiclone (7,5 mg/j). Les douleurs débutaient après le petit-déjeuner et augmentaient progressivement au cours de la journée. Ces douleurs, cotées à 8/10 sur une échelle numérique, étaient absentes lors des repas.

Examen clinique. Il était strictement normal.

Examen paraclinique. Aucun examen paraclinique n'était indiqué, car le diagnostic clinique était évident.

Synthèse. Il s'agissait d'une stomatodynie primaire appelée « burning mouth syndrome » (BMS) par les auteurs anglo-saxons. Le BMS est aujourd'hui considéré comme une douleur neuropathique ; cette hypothèse étiopathogénique repose sur des arguments histologiques, électrophysiologiques et thérapeutiques. Le BMS touche préférentiellement les femmes après l'âge de 55 ans, dans un contexte anxio-dépressif, ce qui était le cas de cette patiente. Le diagnostic est orienté par les caractères de la douleur : brûlures qui augmentent au cours de la journée et qui sont généralement absentes pendant les repas. Une xérostomie sans hyposialie est fréquente. L'examen clinique ne retrouve pas de lésions muqueuses susceptibles d'expliquer la symptomatologie. Le traitement repose sur la prescription d'antidépresseurs tricycliques ou d'antiépileptiques à faibles doses au long cours.

CAS 2

**Motif de la consultation.**

Femme de 46 ans qui a consulté pour une douleur palatine médiane présente depuis quatre mois.

Histoire de la maladie. Depuis quatre mois, la patiente se plaint d'une douleur palatine localisée, continue.

CAS 2

Interrogatoire. La patiente ne présentait aucun antécédent médico-chirurgical. Elle avait consulté plusieurs praticiens qui avaient prescrit des bains de bouche sans effet sur la symptomatologie.

Examen clinique. Il ne mettait en évidence aucune pathologie muqueuse. La muqueuse apparaissait discrètement violacée avec une hypervascularisation superficielle.

Examen paraclinique. Une biopsie a été réalisée dans la partie paramédiane droite postérieure du palais dur au niveau de la zone hypervascularisée. Elle a mis en évidence un carcinome adénoïde kystique.

Synthèse. Le carcinome adénoïde kystique, autrefois appelé cylindrome, est une tumeur salivaire maligne. C'est la tumeur salivaire maligne intrabuccale la plus fréquente et elle se localise le plus souvent au palais. Le carcinome adénoïde kystique se manifeste fréquemment par une douleur en raison de son tropisme nerveux. Au stade initial, l'inspection révèle une hypervascularisation de la muqueuse. À un stade plus tardif, une tuméfaction et une ulcération sont fréquentes. Le carcinome adénoïde kystique donne des métastases, surtout pulmonaires. Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale, associée ou non à une radiothérapie en fonction de l'extension de la tumeur.