

Point de service

La rubrique «Point de service» du JADC répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les réponses présentées reflètent les opinions des collaborateurs et ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Le lecteur est invité à pousser plus loin son étude des sujets traités. Si vous êtes intéressé à répondre à une question ou à en soumettre une, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

Question 1

Les techniciens de laboratoire dentaire mettent les dentistes en garde contre la formation accidentelle d'un rebord en «J» lors de la préparation des dents, en vue de la mise en place de restaurations toutes céramiques à base d'oxyde d'aluminium ou d'oxyde de zirconium. À quoi font-ils référence et comment peut-on éviter ce problème?

Les restaurations toutes céramiques fabriquées sur des substrats (sous-structures) à base d'oxyde d'aluminium ou d'oxyde de zirconium exigent la formation d'un chanfrein définitif 360°, lequel doit être suffisamment profond pour que puissent y être introduits la structure de base et les couches de porcelaine qui la recouvriront. Quel que soit le système utilisé, la technique de fabrication ne pourra compenser pour toute lacune grave dans la conception de la préparation, en particulier dans la région du rebord et du tiers cervical de la couronne. Il arrive souvent que des techniciens de notre laboratoire ont à composer avec des chanfreins qui ne sont pas assez profonds ou qui sont carrément inexistantes. Cette lacune, combinée à une réduction axiale insuffisante, donne lieu à la fabrication de couronnes volumineuses et beaucoup moins esthétiques (ill. 1). Bien sûr, la solution consiste à pratiquer une réduction axiale anatomique adéquate et à préparer un chanfrein définitif plus profond.

Contour en «J»

Un des dangers liés à la préparation d'un chanfrein définitif vient du risque de créer accidentellement un rebord en «J». Ce problème se produit lorsque la pointe de la fraise diamantée dépasse l'extrémité du rebord, ce qui crée un sillon à l'intérieur de la ligne de finition (ill. 2), et risque en retour d'être la cause d'erreurs au moment de la numérisation par balayage du modèle. De plus, les rebords fragiles et acérés du modèle ainsi obtenu peuvent se briser durant la fabrication de la couronne en laboratoire. Il arrive également qu'il soit pratiquement impossible pour les techniciens dentaires de mettre en place la

porcelaine sur ces rebords acérés, de sorte que le produit final ne sera pas aussi résistant qu'il le devrait. Et même si la couronne est fabriquée sans incident en laboratoire, il y a le risque que la dent se fracture au niveau de ces rebords fragiles et que l'ajustement de la couronne soit potentiellement compromis, en particulier si l'essai de la couronne ne se fait pas en douceur.

La création d'un rebord en «J» peut causer un problème pour toute restauration qui requiert un rebord chanfreiné, y compris les restaurations céramo-métalliques sans métal apparent. En raison de ces problèmes potentiels, les techniciens des laboratoires dentaires devraient signaler aux dentistes la présence de tout rebord en «J» et demander la révision de la préparation et la prise d'une nouvelle empreinte, plutôt que de fabriquer la restauration à partir de cette préparation inadéquate.

Solutions cliniques

Certains fabricants recommandent actuellement l'utilisation des fraises diamantées de la série 6878K, qui sont similaires aux fraises pour curetage gingival à extrémités pointues, pour la préparation des dents en vue de la mise en place de couronnes du type Procera AllCeram (Nobel Biocare, Goteborg, Suède). Cependant, d'après mes observations sur de nombreux cas réalisés dans de multiples laboratoires dentaires, l'utilisation de ces fraises par la plupart des cliniciens a tendance à créer des rebords qui ne sont pas assez profonds. La fraise à chanfrein 856, à extrémité fuselée (fabriquée par Brasseler USA, Savannah [Géorgie]; Axis Dental Corporation, Irving [Tex.]; S.S. White Burs Inc.,



Illustration 1 : Photographie post-opératoire montrant des couronnes postérieures volumineuses, dues à une sous-préparation.



Illustration 2 : Rebord en «J».



Illustration 3 : Grâce à la conception de sa tige centrale, la fraise à chanfrein 30006 (Brasseler) peut éliminer la création d'un rebord en «J».

Lakewood [NJ] et Premier Dental, Plymouth Meeting [Penn.], offre une excellente solution de remplacement pour la préparation d'un rebord définitif adéquat. Cependant, le risque de créer un rebord en «J» est plus grand avec ces fraises diamantées qu'avec celles de la série K, bien qu'elles puissent produire un véritable rebord chanfreiné si elles sont manipulées correctement. Pour prévenir les rebords en «J», il faut éviter d'aller plus profondément que la moitié de la pointe de la fraise, car la préparation du rebord se fait d'une manière circulaire. Il faut également choisir la fraise en fonction des dimensions de la dent à préparer.

Un autre moyen d'éviter ce problème est d'utiliser une fraise dont l'extrémité est munie d'une tige centrale non coupante, par exemple la fraise diamantée 30006 (Brasseler) (ill. 3). Si vous avez accidentellement pratiqué un rebord en «J», vous pouvez le corriger en pratiquant un épaulement modifié, lequel est également acceptable pour ce type de couronnes. Pour ce faire, vous pouvez utiliser une fraise pour épaulements 10839 (Brasseler) ou une autre fraise pour épaulements de conception similaire, pour réduire avec soin la partie extérieure du rebord en «J». ♦



Le Dr Damon C. Adams, diplômé de l'Université du Michigan, est professeur adjoint en clinique au Collège médical de l'Ohio à Toledo (Ohio). En plus d'exercer dans un cabinet privé depuis plusieurs années, il a eu l'occasion de servir de liaison entre dentistes et techniciens dans un laboratoire dentaire réputé pendant plus de 9 ans. Le Dr Adams n'a aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article. Courriel : damona@dbbaker.com.



Le Dr Adams est l'un des conférenciers invités au Congrès dentaire du Pacifique, qui se tiendra du 10 au 12 mars 2005. Le Dr Adams donnera ses présentations intitulées «Excellence in Everyday Esthetics» et «Indirect Composites: Dentistry's Best Kept Secrets!» les 10 et 11 mars respectivement.

Lectures suggérées

Adams D. The ten most common all-ceramic preparation errors. *Dentistry Today* 2004; 23(10):94-9.

Shillingburg HT, Jacobi R, Brackett SE. Fundamentals of tooth preparation for cast metal and porcelain restorations. Carol Stream (IL): Quintessence Publishing Co.; 1987.

Question 2

Quelles sont quelques-unes des difficultés associées au traitement des patients dentaires qui prennent des antidépresseurs?

La dépression majeure (un des troubles de l'humeur) touche chaque année, directement ou indirectement, des millions de Canadiens. Les antidépresseurs sont aujourd'hui prescrits en des quantités records, pour traiter non seulement la dépression, mais aussi les troubles de l'anxiété, les troubles de l'alimentation et la démence. Ainsi, 3,75 millions d'ordonnances d'antidépresseurs ont été émises en 1998, ce qui représente une hausse substantielle par rapport à 1993 (2,72 millions d'ordonnances). Bien qu'ils n'offrent pas une cure, ces médicaments, qui sont habituellement combinés à une psychothérapie et à des programmes d'autothérapie, aident la personne à faire face à son problème. La dépression est aussi souvent associée à un désintérêt pour l'hygiène buccodentaire, une progression soutenue des troubles parodontaux et une tendance à privilégier un régime plus cariogène, tous des facteurs qui favorisent souvent la formation de caries modérées à rampantes.

Antidépresseurs

Il existe aujourd'hui 4 catégories principales d'antidépresseurs, à savoir les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), les antidépresseurs tricycliques (ATC), les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) et les autres inhibiteurs du recaptage (IR) atypiques. Les ISRS et les IR – les 2 catégories les plus récentes – sont actuellement les antidépresseurs les plus couramment prescrits au Canada. Ces catégories incluent des médicaments bien connus, comme Prozac (fluoxétine), Paxil (paroxétine), Celexa (citalopram), Effexor (venlafaxine) et Wellbutrin (bupropion). Chaque personne réagit différemment à un antidépresseur, et le choix final du médicament est souvent fait par la méthode essais-erreurs. Il faut au moins 3 à 4 semaines avant qu'un médicament ne

produise l'effet désiré et que l'humeur du patient commence à s'améliorer. Malheureusement, ces médicaments ne sont pas sans causer d'effets secondaires, dont l'intensité varie selon le patient et la posologie. Les effets secondaires les plus répandus incluent la sécheresse de la bouche (xérostomie), les troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements, brûlures d'estomac), la somnolence, l'insomnie, les maux de tête, les troubles sexuels, l'hypotension orthostatique et les tremblements, et ces effets peuvent être exacerbés chez les patients qui prennent d'autres médicaments, y compris des anxiolytiques, du lithium ou des antipsychotiques.

Traitement dentaire

Le traitement dentaire peut nécessiter la consultation initiale du médecin ou du psychiatre pour confirmer le schéma posologique et aussi, s'il y a lieu, l'état psychologique du patient. Ces patients ont en outre besoin d'un programme d'information dynamique en matière de prévention dentaire, pour contrer l'effet secondaire le plus souvent associé aux antidépresseurs, soit la xérostomie. Le protocole de traitement de la sécheresse de la bouche devrait prévoir ce qui suit :

- prendre souvent de petites gorgées d'eau et restreindre la consommation de boissons à base de caféine et de cola;
- consommer de la gomme et des friandises sans sucre;
- prendre des succédanés de salive et des hydratants buccaux;
- utiliser des rince-bouche à base de fluorure 0,05 %, des gels au fluorure 0,04 % (p. ex., Gel-Kam, Colgate Oral Pharmaceuticals, New York [NY]), des dentifrices au fluorure 1,1 % (p. ex., Prevident, Colgate Oral Pharmaceuticals) et des vernis au fluorure (p. ex., Durafluor, Pharmascience, Montréal [Qué.])

- éviter l'alcool et les rince-bouche à base d'alcool;
- restreindre ou limiter la consommation de produits du tabac;
- faire un suivi régulier afin de déceler l'apparition d'infections à levure (*Candida*);
- accroître la fréquence des examens périodiques.

Parmi les autres effets secondaires buccaux associés aux ISRS, mentionnons la dysgueusie, la glossite, la stomatite, l'altération de la couleur de la langue et le bruxisme, ce dernier effet pouvant aggraver l'état d'un parodonte déjà affaibli.

D'autres aspects doivent aussi être pris en considération, notamment tout antécédent connexe de consommation excessive d'alcool ou de drogues (présent chez plus du tiers des patients souffrant de dépression). De plus, avant de procéder à une intervention dentaire susceptible de provoquer un saignement important, comme une extraction, le dentiste devrait vérifier les fonctions hépatiques du patient, auprès de son médecin. Une vigilance accrue est également exigée de la part de l'équipe dentaire, afin de déceler les tumeurs malignes buccales qui pourraient être associées à une forte consommation de tabac et d'alcool. Il convient par ailleurs de noter que l'administration d'anesthésiques locaux à base d'adrénaline peut provoquer des réactions hypotensives paradoxales chez les patients prenant des ATC. Aussi est-il essentiel d'administrer ces médicaments avec prudence et d'utiliser une quantité minimale d'adrénaline. Enfin, les fils rétracteurs contenant de l'adrénaline et les agents hémostatiques sont contre-indiqués chez les patients prenant des ATC ou des IMAO.

En possédant suffisamment d'information de base sur les maladies mentales les plus répandues et sur la pharmacothérapie qui y est associée, l'équipe dentaire peut dispenser des soins complets, en toute sécurité et avec compassion. Le dentiste et le personnel dentaire peuvent ainsi contribuer à l'amélioration de l'estime de soi du patient et devenir des intervenants clés dans sa réadaptation globale. ✦



Le Dr David B. Clark est directeur des services dentaires au Centre de santé mentale de Whitby à Whitby (Ont.). Il est aussi professeur agrégé en clinique dentaire à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Toronto, Toronto (Ontario). Le Dr Clark n'a aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article. Courriel : clarkd@wmbc.ca.

Le Dr Clark est l'un des conférenciers invités au Congrès dentaire du Pacifique, qui se tiendra du 10 au 12 mars 2005. Le Dr Clark donnera sa présentation intitulée «The Approach to Dental Care for Patients with Chronic Mental Illness» le jeudi 10 mars.

Lectures suggérées

- Clark DB. Dental care for the patient with bipolar disorder. *J Can Dent Assoc* 2003; 69(1):20-4.
- D'Mello DA. Are your patients depressed? Implications for dental practice. *Oral Health* 2004; 94(2):6-9.
- Friedlander AH, Friedlander IK. Dental management of the patient with major depressive disorder. *Oral Health* 2001; 91(10):47-57.
- Keene JJ Jr, Galasko GT, Land MF. Antidepressant use in psychiatry and medicine: importance for dental practice. *J Am Dent Assoc* 2003; 134(1):71-9.

Question 3

Comment dois-je traiter un patient souffrant de névralgie du trijumeau?

La névralgie du trijumeau (NTJ) est une douleur neurogène que l'Association internationale pour l'étude de la douleur définit comme une «douleur en coup de poignard soudaine, brève, intense, habituellement unilatérale et récurrente, dans le territoire de distribution d'une ou de plusieurs branches du nerf trijumeau». Cette affection touche surtout les personnes âgées de 50 à 60 ans, principalement des femmes, et son incidence augmente avec l'âge. Les patients souffrant de sclérose en plaques (SP) et d'hypertension sont également plus susceptibles d'en souffrir que la population en général.

Le traitement d'un patient souffrant de NTJ exige une connaissance approfondie de cette affection. Comme il n'existe pas de tests précis pour diagnostiquer la NTJ, il est essentiel d'obtenir une anamnèse détaillée et de procéder à un examen clinique ainsi qu'à un examen des nerfs crâniens, et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) peut être utile. Les particularités cliniques de cette forme de névralgie sont généralement utiles au diagnostic. Les épisodes brefs (de quelques secondes à moins de 2 minutes) se caractérisent par une douleur intense évoquant un choc électrique. Ces épisodes peuvent se produire spontanément, mais ils sont généralement déclenchés par des stimulus habituellement non douloureux, comme une légère

pression, le contact du vent sur la peau ou le rasage, et les patients sont généralement asymptomatiques entre les épisodes. L'atteinte se situe le plus souvent au niveau des branches maxillaires inférieure et supérieure du nerf trijumeau, mais il peut y avoir atteinte de la branche ophtalmique dans 1 % à 2 % des cas. En général, la douleur se limite à un côté du visage, mais elle est bilatérale chez 3 % à 5 % des patients. Il arrive également que la NTJ se manifeste entièrement à l'intérieur de la bouche, ce qui augmente alors la difficulté de diagnostic pour les cliniciens et les patients.

Bien qu'on ne comprenne pas encore parfaitement la pathophysiologie de la NTJ, les recherches indiquent que l'origine de la douleur se situerait au niveau du nerf lui-même, dans la zone d'entrée des racines. Les données semblent ainsi indiquer qu'une des causes majeures de la NTJ serait une compression de la racine du nerf, habituellement exercée par une artère basilaire ectasique au point d'entrée de la racine dorsale ou près de ce point. Les plaques de démyélinisation, qui se forment à l'entrée du nerf trijumeau dans le pons (dans le cas par exemple de la SP), sont un autre facteur étiologique. La NTJ est diagnostiquée chez 1 % à 5 % des patients souffrant de SP et, chez une faible proportion de ces patients,

la NTJ est en fait la première manifestation de la SP. Des tumeurs, habituellement des méningiomes ou des névromes de la fosse cérébrale postérieure, sont observées chez 2 % des patients souffrant de NTJ. Dans la plupart des cas, toutefois, la névralgie est idiopathique.

Le diagnostic différentiel de la NTJ est vaste et inclut un certain nombre d'affections pathologiques qui touchent les dents, les articulations temporomandibulaires, les sinus, le nez, les yeux et le cou. Au nombre des affections qui présentent de nombreuses similarités avec la NTJ, mentionnons la céphalée vasculaire de Horton, la céphalée névralgiforme unilatérale brève, le syndrome de la dent fissurée, les algies postzostériennes et l'artérite à cellules géantes.

Traitement pharmacologique

Même si peu d'essais contrôlés randomisés (ECR) ont été réalisés, le traitement de la NTJ repose principalement sur la pharmacothérapie, laquelle consiste essentiellement en l'administration d'antiépileptiques. La NTJ réagit peu aux anti-inflammatoires, à l'acétaminophène et aux opioïdes.

La carbamazépine (de 400 à 2400 mg par jour) est considérée comme la norme pour le traitement de la NTJ, malgré ses effets secondaires (sommolence, étourdissements, nausées, instabilité, effets hématologiques et hépatiques idiosyncrasiques, interactions médicamenteuses puissantes) et le suivi sanguin qu'exige la prise de ce médicament. Les bienfaits de la carbamazépine s'observent dans les heures ou les jours qui suivent l'administration du médicament.

Un médicament plus nouveau et apparenté à la carbamazépine – l'oxcarbazépine – s'est avéré efficace lors d'études longitudinales, mais n'a fait l'objet d'aucun ECR publié. Ce médicament semble mieux toléré et il produit moins d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses. Les taux sériques d'électrolytes doivent toutefois être mesurés chez les patients recevant de fortes doses. Une dose de 300 mg équivaut à 200 mg de carbamazépine.

D'autres médicaments ont aussi été testés pour le traitement de la NTJ dans le cadre d'ECR, notamment le baclofène, le L-baclofène, le dextrométhorphan, la lamotrigine, la pimozide, la proparacaine, la tizanidine, la tocainide et le topiramate. Des études de cas (sans témoins) sur la NTJ font aussi mention d'autres médicaments, entre autres la capsacine, le clonazépam, la gabapentine, la phénytoïne et l'acide valproïque. Le baclofène ou la lamotrigine peuvent être envisagés, si les effets secondaires de la carbamazépine sont intolérables. Il en va de même de la gabapentine, qui s'est avérée efficace pour le traitement d'autres types de douleur neurogène. Par contre, le dextrométhorphan, la pimozide, la tizanidine, la tocainide et le topiramate sont inefficaces ou causent des effets secondaires inacceptables. Notons enfin que les données à l'appui de l'utilisation d'agents topiques (clonazépam, phénytoïne et acide valproïque) sont faibles.

Traitement chirurgical

La chirurgie peut s'avérer inutile, si la douleur est maîtrisée et que le patient peut tolérer les effets secondaires des médicaments. Il existe malheureusement peu d'information pouvant guider les

cliniciens et les patients sur les indications de la chirurgie; un traitement chirurgical, par un neurochirurgien, est cependant indiqué en cas d'échec du traitement pharmacologique (ce qui se produit dans environ 30 % des cas) ou en présence d'un facteur étiologique structural manifeste (p. ex., une tumeur au cerveau). Parmi les options chirurgicales qui s'offrent, mentionnons l'anesthésie tronculaire périphérique (par des moyens mécaniques, thermiques ou chimiques), la chirurgie au niveau du ganglion de Gasser (p. ex., rhizotomie percutanée par radiofréquence), la chirurgie de la fosse cérébrale postérieure (p. ex., décompression microvasculaire et rhizotomie partielle) et la radiochirurgie par scalpel aux rayons gamma.

Résumé

Le diagnostic et le traitement de la douleur du nerf trijumeau sont 2 volets importants de la dentisterie générale. Il existe de nombreux types de douleur neurogène associée au nerf trijumeau, qui ne sont pas d'origine dentaire mais que le dentiste doit comprendre, y compris la NTJ. Une bonne connaissance des causes, de la pathophysiologie et des manifestations cliniques de ce type de douleur, ainsi que des options thérapeutiques disponibles, permettront une orientation et une prise en charge adéquates du patient. Il est recommandé de diriger le patient vers un omnipraticien, un neurologue ou un dentiste spécialisé dans le traitement de la douleur buccofaciale, en vue d'une évaluation et d'une prise en charge plus poussées, chaque fois que le dentiste ne peut poser un diagnostic formel pour expliquer la douleur buccofaciale. ♦

Remerciements : Les auteurs désirent remercier Donna Hurd, gestionnaire de clinique, pour son aide dans la préparation du document.



Le Dr Pablo Kimos est résident de la Clinique contre la douleur buccofaciale et les PTM, Département de médecine dentaire, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta).



Le Dr Norman Thie est directeur de la Clinique contre la douleur buccofaciale et les PTM, Département de médecine dentaire, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta). Courriel : ntbie@ualberta.ca.

Lectures suggérées

- Nurmikko TJ, Eldridge PR. Trigeminal neuralgia—pathophysiology, diagnosis and current treatment. *Br J Anaesth* 2001; 87(1):117–32.
- Ogutcen-Toller M, Uzun E, Incesu L. Clinical and magnetic resonance imaging evaluation of facial pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 97(5):652–8.
- Okeson JP. Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management. The American Academy of Orofacial Pain. Quintessence Publishing Co, Inc.; 1996.
- Sindrup SH, Jensen TS. Pharmacotherapy of trigeminal neuralgia. *Clin J Pain* 2002; 18(1):22–7.
- Woda A, Pionchon P. A unified concept of idiopathic orofacial pain: pathophysiologic features. *J Orofac Pain* 2000; 14(3):196–216.
- Zakrzewska JM. Diagnosis and differential diagnosis of trigeminal neuralgia. *Clin J Pain* 2002; 18(1):14–21.

Question 4

Est-il vrai que la douleur faciale peut être le premier symptôme qui se manifeste chez un patient atteint d'un cancer du poumon?

De nombreuses affections peuvent causer une douleur buccofaciale unilatérale, y compris les migraines, la céphalée vasculaire de Horton, l'hémicrânie paroxystique chronique, la zona faciale, la névralgie du glosso-pharyngien, l'artérite à cellules géantes, la névralgie du trijumeau (NTJ), les affections des sinus, les problèmes temporomandibulaires (PTM), la carie dentaire, les abcès dentaires, des dents fracturées ou fissurées, ainsi que des maladies métastatiques de la tête et du cou. Lorsqu'un diagnostic ne peut être établi, on parle généralement de douleur faciale atypique.

Même si le cancer du poumon n'est habituellement pas inclus dans le diagnostic différentiel de la douleur faciale unilatérale, ce cancer doit être pris en considération chez tout patient qui fume ou qui a déjà beaucoup fumé. En effet, une douleur siégeant habituellement dans la région auriculaire, les mâchoires ou la région temporale a été associée au cancer du poumon, cette douleur étant décrite comme une sensation de brûlure vive, intermittente, fulgurante, pulsative, intense et débilitante. Or, comme cette douleur est unilatérale, on peut la confondre avec la NTJ. Il existe toutefois certaines distinctions. Ainsi, les crises dues à une NTJ durent moins longtemps et peuvent généralement être apaisées par la prise d'anticonvulsants appropriés. Autre différence, la douleur causée par la NTJ est souvent déclenchée par un stimulus (p. ex., simple toucher, rasage, lavage des dents), alors que la douleur associée au cancer du poumon est dans la plupart des cas continue. On croit qu'une masse pulmonaire, adjacente au nerf vague ou infiltrant ce nerf, provoquerait une douleur irradiant dans la région de l'oreille ipsilatérale, sous l'effet de la convergence des nerfs somatiques généraux et des nerfs afférents viscéraux dans la moelle. Les signaux des nerfs viscéraux généraux peuvent aussi causer une douleur faciale ipsilatérale vague, sous l'effet de la convergence au niveau du noyau inférieur du nerf trijumeau.

Approche diagnostique

Un patient se présente à votre cabinet pour une douleur de modérée à vive, ressentie d'un côté de la tête, autour de l'articulation temporomandibulaire et dans les régions auriculaire et temporale. Vous devez d'abord écarter toute cause d'origine dentaire (p. ex., abcès dentaire, carie dentaire). Examinez ensuite la possibilité de problèmes temporomandibulaires (troubles intracapsulaires et extracapsulaires). Des consultations en neurologie et en otolaryngologie peuvent s'avérer nécessaires pour éliminer les formes principales de céphalées, la maladie de Horton, les douleurs neurogènes et les maladies des sinus. L'imagerie par résonance magnétique serait envisagée pour écarter des affections comme le névrome acoustique.

Lorsqu'il est impossible de poser un diagnostic formel, des examens axés sur la recherche d'un cancer du poumon devraient être entrepris, en particulier si le patient est à haut risque de cancer (p. ex., antécédents de forte consommation de tabac). Plusieurs publications ont en effet associé le cancer du poumon à

une douleur irradiant dans la figure, la douleur faciale se manifestant souvent de 6 à 9 mois avant le diagnostic du cancer du poumon. Après le diagnostic du cancer du poumon, la douleur faciale a complètement disparu après l'élimination de la lésion par résection ou radiothérapie. **L'illustration 1** présente une radiographie pulmonaire d'un patient atteint d'un cancer du poumon.



Illustration 1 : Radiographie pulmonaire d'un patient atteint d'un cancer du poumon.

Résumé

En résumé, bien qu'une douleur faciale unilatérale dans la région temporale ou auriculaire (ou les 2) puisse être associée à diverses affections, les cliniciens doivent aussi envisager la possibilité d'un cancer du poumon et porter une attention particulière aux douleurs faciales d'étiologie inconnue, chez les patients ayant des antécédents de tabagisme ou ceux exposés à la fumée secondaire ou à d'autres cancérigènes aérogènes, et ces patients devraient passer une radiographie pulmonaire dans le cadre de leur évaluation. Par la manifestation précoce d'une douleur faciale unilatérale intense, le cancer du poumon pourrait être diagnostiqué plus rapidement, ce qui pourrait se traduire par un pronostic plus favorable à long terme. ♦

Remerciements : Les auteurs désirent remercier Donna Hurd, gestionnaire de clinique, pour son aide dans la préparation du document.



La Dre Michele Wilson est résidente de la Clinique contre la douleur buccofaciale et les PTM, Département de médecine dentaire, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta).



Le Dr Norman Thie est directeur de la Clinique contre la douleur buccofaciale et les PTM, Département de médecine dentaire, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta). Courriel : nthie@ualberta.ca.

Lectures suggérées

- Abraham PJ, Capobianco DJ, Cheshire WP. Facial pain as the presenting symptom of lung carcinoma with normal chest radiograph. *Headache* 2003; 43(5):499-504.
- Des Prez RD, Freemon FR. Facial pain associated with lung cancer: a case report. *Headache* 1983; 23(1):43-4.
- Eross EJ, Dodick DW, Swanson JW, Capobianco DJ. A review of intractable facial pain secondary to underlying lung neoplasms. *Cephalalgia* 2003; 23(1):2-5.
- Sarlini E, Schwartz AH, Greenspan JD, Grace EG. Facial pain as first manifestation of lung cancer: a case of lung cancer-related cluster headache and a review of the literature. *J Orofac Pain* 2003; 17(3):262-7.
- Shakespeare TP, Stevens MJ. Unilateral facial pain and lung cancer. *Australas Radiol* 1996; 40(1):45-6.