

QUESTION 2

Comment le dentiste devrait-il évaluer une douleur aiguë intense au niveau des dents et d'autres régions buccofaciales et comment peut-il déterminer si le patient a besoin de traitements dentaires classiques?

Contexte

Les dentistes sont souvent appelés à diagnostiquer et à traiter des douleurs que l'on présume être d'origine dentaire, parfois à la demande du patient mais aussi à la demande de médecins. Dans la majorité des cas, la douleur buccofaciale est d'origine odontogène et elle disparaît habituellement après les traitements dentaires de routine appropriés. Chez certains patients, toutefois, la douleur ressentie dans les dents ou les régions adjacentes n'est jamais soulagée, même si les examens cliniques et radiographiques indiquent que le traitement a été efficace.

Dans un cas, un homme de 36 ans s'est présenté au cabinet dentaire, se plaignant principalement d'une douleur vive, fulgurante et spontanée au niveau des dents supérieures gauches. En réponse à d'autres questions, le patient a aussi fait mention d'une douleur qu'il a décrite comme la «sensation d'avoir un couteau planté dans l'œil gauche». Son œil gauche était soudainement devenu rouge, tuméfié et larmoyant, et sa paupière est devenue très lourde et tombante. Le diagnostic différentiel pour ce tableau clinique devrait inclure des problèmes non dentaires d'origine neurovasculaire, désigné céphalalgies autonomes du trijumeau.

Les patients dont la douleur buccofaciale est due à une céphalalgie autonome du trijumeau ou à d'autres causes d'origine non dentaire présentent un grand défi pour les dentistes, qui doivent connaître et reconnaître les troubles buccofaciaux pouvant simuler une douleur odontogène, pour éviter les procédures dentaires inutiles et inadéquates.

Classification

Les céphalalgies autonomes du trijumeau désignent un groupe de céphalées qui se caractérisent par une douleur crânienne ou faciale unilatérale s'accompagnant de caractéristiques autonomes^{1,2}. Selon la Classification internationale des céphalées, les céphalalgies autonomes du trijumeau incluent les troubles suivants : algies vasculaires de la face, épisodiques ou chroniques; hémicrânie paroxystique épisodique ou chronique; et céphalées unilatérales de courte durée de type névralgie, avec injection conjonctivale et larmoiement (SUNCT)². L'algie vasculaire de la face et le SUNCT sont plus répandus

chez les hommes, tandis que l'hémicrânie paroxystique est plus répandue chez les femmes. L'âge de survenue de l'algie vasculaire de la face et de l'hémicrânie paroxystique est similaire (entre 20 et 35 ans), mais le SUNCT se manifeste chez des patients plus âgés (entre 35 et 65 ans).

Caractéristiques cliniques

Algie vasculaire de la face

L'algie vasculaire de la face se caractérise par une douleur intense, principalement unilatérale, qui siège habituellement dans les régions orbitaire ou temporale et qui s'accompagne de changements autonomes ipsilatéraux^{1,2}. Cependant, la douleur peut aussi s'étendre au maxillaire supérieur, aux narines, aux gencives, au palais, aux mâchoires, aux dents et au cou^{3,4}, de sorte qu'il peut être difficile d'en déterminer l'origine. La douleur atroce est souvent décrite par les patients comme une sensation de brûlure continue et térébrante. La grande majorité des patients (environ 93 %) atteints d'algie vasculaire de la face ont un comportement agité et se promènent de long en large, et certains peuvent même dire vouloir se frapper la tête contre un objet lorsque la douleur se manifeste⁵. Les crises d'algie vasculaire de la face peuvent se produire de 1 à 8 fois par jour, chaque épisode étant d'installation brutale et durant de 15 à 180 minutes.

Hémicrânie paroxystique

L'hémicrânie paroxystique se caractérise par une douleur unilatérale intense et de courte durée, localisée dans les régions orbitaire ou temporale et accompagnée d'une ou plusieurs manifestations autonomes^{1,2}. La douleur peut s'étendre aux régions buccofaciale et frontale, au cou et à l'occiput^{2,3,6,7}. La douleur est atroce et, à son intensité maximale, elle est souvent décrite comme une douleur térébrante ou en coup de poignard¹. Bien que la plupart des crises d'hémicrânie paroxystique soient spontanées, elles peuvent aussi être précipitées par des éléments déclencheurs comme la nitroglycérine, les boissons alcoolisées et la rotation mécanique ou la manipulation de la tête ou du cou⁸; les crises durent habituellement de 2 à 30 minutes et se manifestent à une fréquence de 1 à 40 par jour.

Tableau 1 Problèmes médicaux dont les symptômes rappellent ceux de diverses céphalalgies autonomes du trijumeau^a

Algie vasculaire de la face	Hémicrânie paroxystique	SUNCT
Autres céphalées primitives		
Céphalée hypnique Hemicrania continua SUNA Céphalée primitive en coup de poignard Céphalée primitive induite par la toux Migraine avec ou sans aura	Céphalée hypnique Hemicrania continua SUNA Céphalée primitive en coup de poignard Céphalée primitive induite par la toux Céphalée primitive d'effort Céphalée primitive associée à l'activité sexuelle	Céphalée primitive en coup de poignard
Troubles vasculaires		
Dissection carotidienne ou anévrisme Dissection de l'artère vertébrale ou anévrisme Maladie de Horton	Infarctus de l'artère cérébrale moyenne Collagénose avec manifestations vasculaires Malformation artérioveineuse pariétale	Malformation artérioveineuse ponto-cérébelleuse Angiome caverneux
Tumeurs		
Adénome hypophysaire Cancer du nasopharynx Méningiome sphénoïdal	Tumeur de Pancoast Micro-adénome hypophysaire Macroprolactinome	Tumeur de la fosse cérébrale postérieure Lésions hypophysaires
Troubles dentaires		
Douleur pulpaire Douleur parodontale PTM	Douleur pulpaire Douleur parodontale PTM	Douleur pulpaire Douleur parodontale PTM
Néuralgie du trijumeau	Néuralgie du trijumeau	Néuralgie du trijumeau
Sinusite maxillaire		
Traumatismes de la tête et du cou		

Adapté avec permission de Balasubramaniam et coll.¹²

^a En plus des affections citées dans ce tableau, chacune des 3 céphalalgies autonomes du trijumeau peut être confondue à l'un des 2 autres types.

SUNCT = céphalée unilatérale de courte durée de type néuralgie avec injection conjonctivale et larmoiement; SUNA = céphalée unilatérale de courte durée de type néuralgie avec symptômes autonomes crâniens; PTM = problème temporomandibulaire.

Céphalée unilatérale de courte durée de type néuralgie, avec injection conjonctivale et larmoiement (SUNCT)

Le SUNCT se caractérise par une douleur intense strictement unilatérale, localisée dans les régions orbitaire, sus-orbitaire, temporale et frontale, avec des manifestations autonomes crâniennes et faciales. La douleur peut siéger dans la tête et le cou, les oreilles, le nez, les joues, le palais et la gorge^{2,9,10}, et le tiers environ des patients font mention d'une douleur localisée dans la branche maxillaire du nerf trijumeau¹¹. La majorité des crises se manifestent spontanément ou sont causées par des facteurs déclenchants inoffensifs, comparables à ceux mis en cause dans les néuralgies du trijumeau⁹. D'installation brutale, le SUNCT atteint son intensité maximale en 2 à 3 secondes et dure en moyenne 49 secondes (intervalle

de 2 à 600 secondes)¹⁰. Même si les éléments déclenchants du SCUNT rappellent ceux de la néuralgie, il n'y a pas de périodes réfractaires comme cela peut se produire dans les néuralgies du trijumeau¹⁰. La fréquence des crises varie de moins d'une par jour à plus de 60 à l'heure, et les crises graves peuvent durer plusieurs jours.

Caractéristiques utiles au diagnostic

La clé du diagnostic repose sur les antécédents médicaux fournis par le patient. Parmi les caractéristiques déterminantes, mentionnons la rapidité d'apparition et le siège de la douleur; la nature, la durée et l'évolution temporelle des crises; la présence de facteurs déclenchants et les manifestations autonomes^{2,5}. Un diagnostic différentiel doit être envisagé avant de poser un diagnostic évoqué

de céphalalgie autonome du trijumeau, car de nombreux autres états peuvent imiter ces céphalées, notamment des douleurs d'origine buccofaciale et dentaire d'étiologies différentes (**tableau 1**)¹².

Répercussions pour les dentistes

Le dentiste se doit d'obtenir une anamnèse complète et de faire un examen clinique exhaustif, sans quoi il pourrait tenter une variété d'interventions dentaires inutiles et non indiquées pour traiter la douleur, au détriment du patient. Les patients atteints de céphalalgies autonomes du trijumeau peuvent mentionner une douleur prenant naissance dans la région médiofaciale et dont l'origine peut être attribuée à tort aux dents, aux mâchoires ou aux articulations temporomandibulaires^{3,4}. Un grand nombre de patients atteints d'algie vasculaire de la face consultent un dentiste avant que le bon diagnostic soit posé et subissent souvent inutilement des procédures dentaires à la fois invasives et irréversibles¹³.

Eu égard à la courte durée et à la fréquence de récurrence des crises d'hémicrânie paroxystique, ainsi qu'à l'intensité insoutenable et au caractère pulsatile de la douleur qui y est associée, cet état peut être diagnostiqué à tort comme une pulpite dentaire⁷, et ceci peut donner lieu à des interventions dentaires non justifiées⁶. Un diagnostic erroné de problème temporomandibulaire peut aussi être posé dans les cas d'hémicrânie paroxystique, car la douleur siège dans les régions temporale, maxillaire et auriculaire, avec sensibilité des muscles masticateurs ipsilatéraux^{6,7}.

Enfin, certains patients atteints de SUNCT ont fait mention d'une douleur irradiant dans les dents adjacentes, ce qui a mené à des traitements dentaires inadéquats (p. ex., extractions, mise en place de plaques occlusales ou pharmacothérapies incorrectes)¹⁴. On peut aussi confondre la névralgie du trijumeau avec l'hémicrânie paroxystique ou le SUNCT, car les 3 ont des caractéristiques en commun, notamment l'intensité insoutenable, la manifestation unilatérale et le caractère lancinant de la douleur ainsi que le caractère intermittent et la fréquence des crises.

Conclusion

Les céphalalgies autonomes du trijumeau sont des céphalées douloureuses et invalidantes et il arrive que les patients qui en souffrent consultent un dentiste avant un autre professionnel de la santé, ou que les patients soient dirigés vers un dentiste par un médecin à cause du siège et de la localisation de la douleur. Aussi incombe-t-il aux dentistes de comprendre et de reconnaître les manifestations des céphalalgies autonomes du trijumeau pour éviter

les erreurs de diagnostic et les traitements dentaires classiques inutiles et inadéquats. Après avoir écarté les étiologies d'origine buccofaciale et dentaire, le dentiste devrait diriger le patient qui manifeste des symptômes de céphalées complexes vers un spécialiste compétent dans le traitement de la douleur pour un diagnostic et une prise en charge appropriés. ♦

LES AUTEURS



Le **Dr Klasser** est professeur adjoint au département de médecine buccale et des sciences diagnostiques, Collège de dentisterie, Université d'Illinois à Chicago (Illinois). Courriel : gklasser@uic.edu.



Le **Dr Epstein** est professeur au département de médecine buccale et des sciences diagnostiques, Collège de dentisterie, Université d'Illinois à Chicago, et directeur du programme interdisciplinaire sur le cancer de la bouche, Collège de médecine, Centre du cancer de Chicago, à Chicago (Illinois).

Références

- Goadsby PJ, Lipton RB. A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic feature, including new cases. *Brain*. 1997;120(Pt 1):193-209.
- The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24 Suppl 1:9-160.
- Alonso AA, Nixdorf DR. Case series of four different headache types presenting as tooth pain. *J Endod*. 2006;32(11):1110-3.
- Gross SG. Dental presentations of cluster headaches. *Curr Pain Headache Rep*. 2006;10(2):126-9.
- Bahra A, May A, Goadsby PJ. Cluster headache: a prospective clinical study with diagnostic implications. *Neurology*. 2002;58(3):354-61.
- Benoliel R, Sharav Y. Paroxysmal hemicrania. Case studies and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1998;85(3):285-92.
- Sarlani E, Schwartz AH, Greenspan JD, Grace EG. Chronic paroxysmal hemicrania: a case report and review of the literature. *J Orofac Pain*. 2003;17(1):74-8.
- Giffin NJ. Paroxysmal hemicrania triggered by GTN. *Cephalalgia*. 2007;27(8):953-4.
- Matharu MS, Cohen AS, Boes CJ, Goadsby PJ. Short-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing syndrome: a review. *Curr Pain Headache Rep*. 2003;7(4):308-18.
- Pareja JA, Sjaastad O. SUNCT syndrome. A clinical review. *Headache*. 1997;37(4):195-202.
- Cohen AS, Matharu MS, Goadsby PJ. Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT) or cranial autonomic features (SUNA)—a prospective clinical study of SUNCT and SUNA. *Brain*. 2006;129(Pt 10):2746-60.
- Balasubramaniam R, Klasser GD, Delcanho R. Trigeminal autonomic cephalalgias: a review and implications for dentistry. *J Am Dent Assoc*. 2008;139(12):1616-24.
- Bahra A, Goadsby PJ. Diagnostic delays and mis-management in cluster headache. *Acta Neurol Scand*. 2004;109(3):175-9.
- Benoliel R, Sharav Y. SUNCT syndrome: case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1998;85(2):158-61.