

Pourquoi est-il si difficile de diagnostiquer et de traiter la douleur buccofaciale?

Barry J. Sessle, MDS, PhD, DSc(hc), FRSC

Auteur-ressource

Dr Sessle

Courriel : Barry.Sessle@dentistry.utoronto.ca

Pour les citations, la version définitive de cet article est la version électronique : www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-4/275.html

La douleur est la principale raison pour laquelle les patients consultent un médecin ou un dentiste. Or, le diagnostic et le traitement de la douleur au visage, à la bouche et aux mâchoires font partie intégrante de l'exercice de la profession dentaire depuis que la dentisterie est devenue, au XIX^e siècle, une profession généralement reconnue. Des études épidémiologiques révèlent qu'actuellement, dans beaucoup de pays, une grande partie de la population souffre de problèmes temporomandibulaires (PTM), de maux de dents, de maux de tête et d'autres affections associées à la douleur buccofaciale^{1,2}. En effet, parmi les affections les plus courantes qui provoquent de la douleur, certaines se manifestent dans la région buccofaciale et beaucoup d'entre elles sont chroniques (c.-à-d. qu'elles durent plus de 3 mois). C'est le cas notamment des PTM et de la sensation de brûlure intrabuccale, qui sont des affections courantes, ainsi que de la névralgie faciale et de l'odontalgie dite atypique, qui le sont moins. Dans la plupart des cas, le diagnostic et le traitement des douleurs chroniques représentent un défi pour les dentistes pour plusieurs raisons, notamment parce que la majorité d'entre eux reçoivent une formation insuffisante en matière de douleur.

Les causes incertaines de la plupart des douleurs chroniques

On ne connaît pas avec certitude les causes et les mécanismes de la plupart des problèmes de douleur chronique, bien qu'on en ait cerné les facteurs de risque et les facteurs déclenchants dans plusieurs cas². De plus en plus, on se rend compte que la douleur est souvent traitée d'une manière insuffisante ou inadéquate. En l'absence de traitements efficaces dès l'apparition, des changements neuroplastiques peuvent être in-

duits dans des zones du système nerveux central (SNC) liées à la douleur et provoquer une hyperexcitabilité du SNC menant au développement et au maintien d'un état de douleur chronique³⁻⁷.

Dans un sens, la douleur chronique peut ainsi être considérée comme un trouble neurologique ou un dysfonctionnement du système nerveux à part entière, au même titre que d'autres maladies reflétant des changements dans le SNC (p. ex., la maladie de Parkinson et l'épilepsie). Ces altérations du SNC, notamment des voies et processus qui transmettent les messages de douleur, font entrave au traitement efficace de la douleur chronique.

La complexité de la douleur

La nature complexe et multidimensionnelle même de la douleur vient également compliquer le diagnostic et le traitement de par le fait qu'elle se fonde sur des procédés biologiques, mais qu'elle a une incidence sur le bien-être affectif, psychologique et social du patient. La région buccofaciale revêt une importance biologique, affective et psychologique sur le plan de l'alimentation, de la parole et de l'expression des sentiments. L'apparence faciale est aussi très importante pour la plupart des humains. Ainsi, une douleur ou une dysfonction connexe du visage, de la bouche ou des mâchoires, surtout quand elle devient persistante ou chronique, peut être due à des perturbations affectives, psychologiques et sociales qui compromettent le bien-être et la qualité de vie du patient.

Les facteurs biopsychosociaux sous-jacents de la douleur chronique, dans le cas des PTM notamment, ont été soulignés récemment par les Drs Klasser et Greene⁸. Ainsi, le clinicien qui traite un patient souffrant de douleur buccofaciale chronique doit tenir compte de ce fonde-

ment biopsychosocial et posséder une base de connaissances élargie, mais malheureusement ce n'est souvent pas le cas.

La formation insuffisante sur la douleur

Ce qui nous amène à ce qui est peut-être la principale raison pour laquelle la plupart des dentistes ont de la difficulté à traiter les problèmes de douleur chronique au visage, à la bouche et aux mâchoires : la formation insuffisante sur la douleur. Dans la majorité des facultés de médecine dentaire, y compris celles du Canada et des États-Unis, la douleur est un sujet qui n'occupe qu'une infime partie du programme d'études; celui-ci ne comporte pas de cours structurés ni de rotations cliniques traitant spécifiquement de la douleur buccofaciale⁹⁻¹¹. Il n'est alors pas étonnant que beaucoup de problèmes de douleur buccofaciale chronique fassent l'objet d'une compréhension déficiente, soient traités d'une manière insuffisante et suscitent la controverse quant aux méthodes de diagnostic et de traitement employées^{8,11-13}.

Je m'empresse d'ajouter que ce volet éducatif limité ne concerne pas seulement la majorité des facultés de médecine dentaire mais aussi d'autres programmes professionnels de la santé. La Société canadienne pour le traitement de la douleur, dont je suis le président, a commandé récemment une étude sur les programmes de médecine, de médecine dentaire, de soins infirmiers, de pharmacie, de physiothérapie et d'ergothérapie offerts au Canada, y compris les programmes de médecine vétérinaire. À l'exception des programmes de médecine vétérinaire, plus de la moitié des programmes n'offraient aucune formation officielle sur la douleur, et c'est en médecine et en médecine dentaire qu'on consacrait le moins d'heures à la formation sur la douleur, soit de 15 à 16 heures dans les 4 années des programmes. Les programmes de médecine vétérinaire, en revanche, offraient en moyenne près de 90 heures de formation. En général, nos «amis les animaux» sont, semble-t-il, plus choyés que les humains, car les diplômés de médecine vétérinaire sont plus compétents en matière de douleur et de traitement de la douleur que les autres professionnels de la santé!

Le rôle des facultés de médecine dentaire et des organismes d'agrément

À moins que les programmes d'études soient davantage axés sur les mécanismes, le diagnostic et le traitement de la douleur, et mettent l'accent sur la nécessité d'adopter une approche interdisciplinaire et interprofessionnelle à l'égard de nombreux problèmes de douleur chronique, beaucoup de patients continueront de recevoir des traitements insuffisants. La situation se détériorera également encore plus dans les années à venir, alors que les changements démographiques entraîneront une augmentation du nombre de personnes d'âge moyen et d'âinés, segments de la population chez lesquels la prévalence de la douleur chronique est la plus élevée.

C'est pourquoi il est à la fois essentiel et logique que la douleur constitue une part importante des matières en-

seignées aux étudiants de médecine dentaire (et des autres programmes professionnels de la santé). Étant donné la nature tellement complexe et multidimensionnelle de la douleur chronique, les facultés doivent également mettre l'accent sur les volets interdisciplinaire et interprofessionnel du traitement. Les diplômés de médecine dentaire doivent savoir qu'on répond mieux aux besoins de nombreux patients souffrant de douleur buccofaciale chronique quand on fait appel aux compétences de plusieurs professionnels de la santé pour régler leur problème.

Il existe déjà des lignes directrices et des programmes préconisant cette approche et l'on peut s'en servir pour élaborer un volet éducatif axé sur la douleur dans les programmes d'études dentaires au Canada^{11,14,15}. Ancien doyen d'une faculté canadienne de médecine dentaire, je connais les pressions qui sont exercées sur les doyens pour qu'ils modifient leur programme d'études en fonction des besoins actuels et des objectifs éducationnels malgré des ressources limitées et devant la nécessité de traiter d'un vaste éventail de sujets, afin que les étudiants acquièrent, dès le premier jour suivant l'obtention de leur diplôme, les connaissances et les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des Canadiens en matière de soins de santé buccodentaire. Mais, comme je l'ai souligné précédemment, des faits démontrent que beaucoup de dentistes possèdent des connaissances très limitées en matière de douleur, sujet tellement essentiel à l'exercice de la profession dentaire.

Par conséquent, j'exhorte les dirigeants actuels des facultés de médecine dentaire à intégrer une formation adéquate sur la douleur à leurs programmes de DDS ou de DMD, ainsi qu'à ces spécialités dentaires dont les diplômés sont appelés à traiter des personnes souffrant de douleur buccofaciale. De plus, des cours supplémentaires de formation dentaire continue sont nécessaires afin d'approfondir les connaissances des praticiens généralistes sur la douleur buccofaciale.

Il convient aussi de souligner que les programmes de DDS ou de DMD offerts dans les facultés canadiennes de médecine dentaire et agréés par la Commission de l'agrément dentaire du Canada (CADC) doivent répondre aux exigences de l'Association des facultés dentaires du Canada (AFDC) en matière de compétences. Toutefois, parmi les 47 compétences qu'exige l'AFDC chez les finissants de médecine dentaire, *1 seule* traite actuellement de la douleur, et elle est assez vague et générale. Il s'agit de la compétence 35 : prendre en charge les patients présentant des douleurs et/ou des dysfonctions buccofaciales. Une autre compétence – la 28 – traite de la nécessité de réaliser une anesthésie locale aux fins d'interventions dentaires.

Compte tenu de ce qui précède, la CADC doit également envisager de revoir ses exigences relatives à la douleur, à son diagnostic et à son traitement, si elle souhaite améliorer les programmes de formation qui préparent les fournisseurs de soins dentaires à œuvrer au service de la population canadienne, comme l'indique sa mission. ✦

L'AUTEUR

Le **Dr Sessle** est professeur de médecine dentaire et titulaire de la Chaire de recherche du Canada à l'Université de Toronto. Il est également président de la Société canadienne pour le traitement de la douleur et ancien président de l'Association internationale pour l'étude de la douleur.

Écrire au : Dr Barry Sessle, Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto, 124, rue Edward, Toronto (Ontario) M5G 1G6.

Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les vues et politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

Cet article a été révisé par des pairs.

Références

1. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc* 1993; 124(10):115–21.
2. LeResche L, Drangsholt M. Epidemiology of orofacial pain: prevalence, incidence and risk factors. In: Sessle BJ, Lavigne GJ, Lund JP, Dubner R, editors. *Orofacial pain: from basic science to clinical management*. 2nd ed. Chicago: Quintessence; 2008. p. 13–8.
3. Sessle BJ. Acute and chronic craniofacial pain: brainstem mechanisms of nociceptive transmission and neuroplasticity, and their clinical correlates [review]. *Crit Rev Oral Biol Med* 2000; 11(1):57–91.
4. Sessle BJ. Outgoing president's address: issues and initiatives in pain education, communication, and research. In: Dostrovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. *Proceedings of the 10th World Congress on Pain, Progress in Pain Research and Management*. Vol. 24. Seattle: IASP Press; 2003. p. 1–12.
5. Watt-Watson J, Chung F, Chan VW, McGillion M. Pain management following discharge after ambulatory same-day surgery. *J Nurs Manag* 2004; 12(3):153–61.
6. Woolf CJ, Salter MW. Central nervous system mechanism of pain modulation. In: McMahon S, Koltzenburg M, editors. *Textbook of pain*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2006. p. 91–105.
7. Oldenmenger WH, Sillevs Smitt PA, van Dooren S, Stoter G, van der Rijt CC. A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: a critical appraisal. *Eur J Cancer* 2009 Feb 6. [Epub ahead of print.]
8. Klasser GD, Greene CS. The changing field of temporomandibular disorders: what dentists need to know. *J Can Dent Assoc* 2009; 75(1):49–53.
9. Attanasio R. The study of temporomandibular disorders and orofacial pain from the perspective of the predoctoral dental curriculum. *J Orofac Pain* 2002; 16(3):176–80.
10. Klasser GD, Greene CS. Predoctoral teaching of temporomandibular disorders: a survey of U.S. and Canadian dental schools. *J Am Dent Assoc* 2007; 138(2):231–7.
11. Widmer CG. Current beliefs and educational guidelines. In: Sessle BJ, Lavigne GJ, Lund JP, Dubner R, editors. *Orofacial pain: from basic science to clinical management*. 2nd ed. Chicago: Quintessence; 2008. p. 19–24.
12. Truelove E. Role of oral medicine in the teaching of temporomandibular disorders and orofacial pain. *J Orofac Pain* 2002; 16(3):185–90.
13. Greene C. Science transfer in orofacial pain: problems and solutions. In: Sessle BJ, Lavigne GJ, Lund JP, Dubner R, editors. *Orofacial pain: from basic science to clinical management*. 2nd ed. Chicago: Quintessence; 2008. p. 229–35.
14. Charlton EJ, editor. *Core curriculum for professional education in pain*. 3rd ed. Seattle: IASP Press; 2005. Available: www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=2307 (accessed 2008 April 4).
15. Hunter J, Watt-Watson J, McGillion M, Raman-Wilms L, Cockburn L, Lax L, and others. An interfaculty pain curriculum: lessons learned from six years experience. *Pain* 2008; 140(1):74–86.