

## QUESTION 1

Ma patiente suit un traitement orthodontique, mais son hygiène buccodentaire laisse de plus en plus à désirer. Quelles mesures préventives peut-on utiliser pour améliorer et maintenir l'hygiène buccodentaire des patients qui reçoivent des traitements orthodontiques?

### Contexte

Il est essentiel que les patients maintiennent une bonne hygiène buccodentaire durant un traitement orthodontique et il incombe aux orthodontistes, aux dentistes généralistes et à leurs équipes de collaborer à l'enseignement, au suivi et à la promotion de l'hygiène buccodentaire chez tous leurs patients qui reçoivent de tels traitements, en espérant que ces techniques deviendront des habitudes que ces patients conserveront toute leur vie.

La manifestation de lésions blanches autour de la surface des dents avec bagues scellées ou boîtiers collés est un problème orthodontique fréquent qui, selon les estimations, s'observerait chez 13 % à 50 % des patients<sup>1,2</sup>. Les appareils orthodontiques rendent plus difficiles le brossage des dents et le passage de la soie dentaire et ils augmentent la surface disponible sur laquelle peuvent s'accumuler la plaque bactérienne et les particules d'aliments. Il peut s'ensuivre une décalcification lorsque le pH intra-buccal diminue.

**Tableau 1** Facteurs de risque de la décalcification de l'émail durant l'utilisation d'appareils orthodontiques

Facteur de risque	Description et méthodes de prévention
Hygiène buccodentaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La décalcification autour des appareils orthodontiques peut commencer en moins de 4 semaines<sup>3</sup> (si l'hygiène buccodentaire laisse à désirer)</li> <li>• Il importe que le patient connaisse et comprenne bien le processus cariogène et les facteurs de risque de maladies parodontales</li> <li>• L'équipe dentaire a la responsabilité de fournir au patient l'information pertinente</li> </ul>
Alimentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un régime alimentaire riche en glucides fermentescibles présente des risques</li> <li>• Les appareils orthodontiques peuvent limiter la capacité de la langue et de la salive d'éliminer les particules d'aliments, ce qui entraînera la dégradation de glucides complexes à l'intérieur de la cavité buccale et une exposition prolongée des dents à l'acide</li> <li>• Les boissons gazeuses riches en sucrose, en acide phosphorique et en acide citrique abaissent le pH intra-buccal</li> <li>• Le volume de liquide, ainsi que la fréquence et la durée d'exposition, influencent le taux de décalcification</li> </ul>
Caractéristiques individuelles de la salive	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le pH, le débit et la capacité tampon de la salive influencent le degré de déminéralisation</li> <li>• Le risque de décalcification est plus élevé lorsque le débit salivaire est moindre (p. ex., sur la face labiale des incisives supérieures)</li> <li>• Le risque de décalcification est moins élevé lorsque le débit salivaire est plus élevé (p. ex., sur les faces linguales)</li> <li>• La salive joue un rôle important dans l'élimination des particules alimentaires et des bactéries</li> <li>• La salive est aussi une source de fluorure pour l'émail, dans une concentration d'environ 20 µg/L ou 0,02 ppm (libération quotidienne totale de 11,4 µg<sup>4</sup>)</li> <li>• De faibles concentrations de fluorure ambiant peuvent protéger l'émail contre la déminéralisation<sup>5</sup></li> </ul>
Quantité excessive de ciment de scellement ou échec du scellement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'usage de bagues, plutôt que de boîtiers scellés, n'augmente pas le risque de décalcification</li> <li>• Les bagues molaires bien scellées peuvent protéger les dents, en particulier si le ciment utilisé produit une véritable liaison chimique ou adhésive sur l'émail (p. ex., verre ionomère, ciments à base de polycarboxylate de zinc)</li> <li>• Il n'y a micro-infiltration et décalcification que s'il y a échec du scellement de la bague ou que la bague est mal adaptée à l'anatomie de la dent</li> <li>• L'excédent de résine de scellement autour des boîtiers orthodontiques doit être éliminé, car cette résine peut devenir un nid propice à l'accumulation de plaque (à cause de sa surface rugueuse et non polie) et qu'elle peut rendre plus difficile le retrait de l'appareil</li> </ul>

### Facteurs de risque

Parmi les importants facteurs de risque de décalcification de l'émail, mentionnons l'hygiène buccodentaire et le régime alimentaire du patient, son débit salivaire ainsi que l'excédent de ciment de scellement ou l'échec du scellement autour du boîtier ou de la bague (tableau 1).

### Méthodes pour réduire le risque de décalcification

Les traitements orthodontiques devraient être reportés chez les patients qui présentent des maladies buccodentaires évolutives et ceux qui sont à haut risque de caries. Si le patient a des antécédents de caries, le traitement orthodontique ne devrait être instauré qu'après avoir fait une évaluation pendant une certaine période, qui révèle que le patient a une bonne santé buccodentaire, qu'il présente un faible risque de caries et que son hygiène buccodentaire est excellente. À cette fin, un suivi de 3 mois est probablement suffisant pour évaluer la capacité du patient de maintenir un régime d'hygiène buccodentaire rigoureux.

Il est également recommandé d'offrir aux patients une séance de counselling en diététique avant le traitement, qui inclut l'établissement d'un bilan détaillé de l'alimentation pendant 5 jours, en particulier si le patient a des antécédents de caries. De plus, le pouvoir cariogène des aliments devrait être expliqué à tous les patients, en demandant ensuite aux patients d'expliquer le concept dans leurs propres mots pour s'assurer qu'ils ont bien compris. Il faut conseiller aux patients d'éviter les aliments qui contiennent du sucre et de boire l'eau au lieu de boissons à forte teneur en sucre.

Il faut aussi enseigner aux patients les bonnes techniques de brossage des dents et d'utilisation de la soie dentaire avec un appareil orthopédique et évaluer leur technique en leur demandant d'en faire la démonstration. Le patient doit comprendre l'importance de se brosser les dents après les repas et de mesurer la durée du brossage pour s'assurer qu'elle est suffisante. Une brosse à dents électrique ou à ultrasons peut être recommandée pour accroître la motivation et améliorer l'hygiène buccodentaire des patients, car ces instruments ont été associés à des indices de plaque moins élevés autour des boîtiers<sup>6</sup>.

Une fois le traitement orthodontique commencé, le dentiste généraliste et l'orthodontiste doivent travailler en équipe, en continuant de motiver le patient, en l'encourageant à maintenir des pratiques d'hygiène buccodentaire efficaces et une bonne nu-

trition et alimentation, ainsi qu'en évaluant la santé gingivale et le risque de caries à chaque visite. Si des signes d'une mauvaise hygiène buccodentaire et de décalcification sont observés durant le traitement, et que ces problèmes persistent malgré les efforts faits en vue de les corriger, les fils orthodontiques peuvent être retirés. Bien que cette mesure risque d'accroître la durée totale du traitement, elle simplifiera les procédures d'hygiène buccodentaire et offrira au patient la possibilité de s'améliorer. Si l'hygiène buccodentaire laisse toujours à désirer, les bagues ou boîtiers orthodontiques devraient être retirés et le traitement interrompu pour prévenir toute autre décalcification, jusqu'à ce que le patient fasse la preuve qu'il a acquis de bonnes pratiques buccodentaires, une bonne santé gingivale, une attitude positive et un meilleur QI dentaire.

Une revue Cochrane recommande que les patients sous traitement orthodontique qui présentent des risques de caries utilisent quotidiennement un rince-bouche à base de fluorure de sodium à 0,05 % durant le traitement, en plus d'un dentifrice fluoruré<sup>7</sup>. Les ions fluorure préviennent l'activité et l'adhésion de la plaque, en bloquant les systèmes enzymatiques, en réduisant la déminéralisation de l'émail et en favorisant la reminéralisation. Malheureusement, les preuves indiquant que l'utilisation de matériaux de scellement libérant du fluorure (comme le ciment de verre ionomère) réduit l'incidence et la gravité des lésions blanches *in vivo* sont peu concluantes<sup>7</sup>.

L'application de vernis au fluorure aux endroits très susceptibles à la carie peut aussi être efficace, car ces produits ont une forte teneur en fluorure, durcissent au contact de l'émail, adhèrent longtemps à l'émail et sont bien tolérés<sup>8</sup>. Les résines et les élastomères contenant du fluorure libèrent au départ une forte quantité de fluorure qui favorise la formation de fluorure de calcium et aide à la reminéralisation et à la protection de l'émail mordancé. Durant les jours et semaines qui suivent, la libération de fluorure diminue, et de faibles quantités sont ensuite libérées sur une longue période. Ce processus favorise la formation de fluorapatite sur l'émail à la base du boîtier, là où cela importe le plus, et illustre l'avantage d'une libération prolongée de faibles doses de fluorure. Il a en outre été démontré que ces matériaux peuvent absorber le fluorure (qui devient de nouveau chargé), lequel peut à nouveau être libéré<sup>9-11</sup>. Cependant, on a aussi constaté que les élastomères fluorurés prennent de l'expansion à l'intérieur de la bouche et augmentent ainsi la surface disponible sur laquelle la plaque peut adhérer<sup>9,10</sup>.

Si des lésions blanches sont visibles au moment du retrait des appareils orthodontiques, il ne faut pas les traiter immédiatement avec des agents fluorurés concentrés, car la reminéralisation des lésions ramollies au niveau de la subsurface ou couche inférieure de l'émail prend plus de temps que la reminéralisation des lésions externes. Or, la présence d'une quantité excessive de fluorure causerait la formation d'un précipité de phosphate de calcium à la surface de l'émail, qui bloquerait les pores en surface et limiterait la reminéralisation de la surface interne. Bien que ce phénomène puisse cesser la progression de la lésion, il peut aussi en prévenir la réparation normale et donner lieu à la formation de lésions blanches opaques peu esthétiques à la surface de l'émail. Par conséquent, les lésions blanches observées après le retrait d'un appareil orthodontique devraient plutôt être traitées par le maintien d'une bonne hygiène buccodentaire durant 2 à 3 mois (le fluorure de la salive permettant une reminéralisation mieux contrôlée), suivi de l'application professionnelle de fluorure topique en cabinet durant la visite de suivi habituelle après 6 mois.

### Conclusion

Avant de coller des boîtiers ou de sceller des bagues, il incombe au dentiste généraliste et à l'orthodontiste d'évaluer le risque de caries du patient, de lui donner des directives complètes sur les bonnes techniques d'hygiène buccodentaire et même de revoir s'il y a lieu l'alimentation du patient. Cette évaluation des risques doit par ailleurs être répétée à plusieurs intervalles durant le traitement, en insistant régulièrement auprès du patient sur l'importance d'avoir de bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire pour prévenir la formation de lésions blanches. ➤

### LES AUTEURS



Le **Dr James Noble** est chargé de clinique à temps partiel au département des sciences dentaires préventives, Division d'orthodontie, Faculté de médecine dentaire, Université du Manitoba, à Winnipeg (Manitoba); orthodontiste consultant au Centre de réadaptation pour enfants Bloorview de Toronto (Ontario); orthodontiste au Centre pour les différences crânio-faciales du Manitoba de l'Hôpital pour enfants de Winnipeg et chargé de clinique à temps partiel à l'Université de Toronto. Il exerce aussi dans un cabinet privé d'orthodontie à Don Mills (Ontario). Courriel : [orthoatdonmills@gmail.com](mailto:orthoatdonmills@gmail.com)



La **Dre Sandra Cassolato** exerce dans un cabinet privé à Toronto (Ontario).



Le **Dr Nicholas Karaiikos** exerce dans un cabinet privé à Ottawa (Ontario).



Le **Dr William A. Wiltshire** est professeur d'orthodontie et chef du service d'orthodontie et du département des sciences dentaires préventives de l'Université du Manitoba, à Winnipeg (Manitoba). Il exerce aussi dans un cabinet privé à Tuxedo (Manitoba).

### Références

1. Gorelick L, Geiger AM, Gwinnett AJ. Incidence of white spot formation after bonding and banding. *Am J Orthod.* 1982;81(2):93-8.
2. Sonis AL, Snell W. An evaluation of a fluoride-releasing, visible light-activated bonding system for orthodontic bracket placement. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1989;95(4):306-11.
3. O'Reilly M, Featherstone JD. Demineralization and remineralization around orthodontic appliances: an in vitro study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1987;92(1):33-40.
4. Dawes C, Weatherell JA. Kinetics of fluoride in the oral fluids. *J Dent Res.* 1990;69(Spec No.):638-44.
5. McNeill CJ, Wiltshire WA, Dawes C, Lavelle CL. Fluoride release from new light-cured orthodontic bonding agents. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2001;120(4):392-7.
6. Costa MR, Silva VC, Miqui MN, Sakima T, Spolidorio DM, Cirelli JA. Efficacy of ultrasonic, electric and manual toothbrushes in patients with fixed orthodontic appliances. *Angle Orthod.* 2007;77(2):361-6.
7. Benson PE, Parkin N, Millet DT, Vine S, Shah A. Fluorides for the prevention of white spots on the teeth during fixed brace treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(3):CD003809.
8. Hawkins R, Locker D, Noble J, Kay EJ. Prevention. Part 7: Professionally applied topical fluorides for caries prevention. *Br Dent J.* 2003;195(6):313-7.
9. Wiltshire WA. In vitro and in vivo fluoride release from orthodontic elastomeric ligature ties. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1999;115(3):288-92.
10. Wiltshire WA. Fluoride releasing ligature ties. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1997;112(2):17A.
11. Wiltshire WA, Janse van Rensburg SD. Fluoride release from four visible light-cured orthodontic adhesive resins. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1995;108(3):278-83.

## 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<sup>1,2</sup>. 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)<sup>2</sup>. 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<sup>1,2</sup>. Cependant, la douleur peut aussi s'étendre au maxillaire supérieur, aux narines, aux gencives, au palais, aux mâchoires, aux dents et au cou<sup>3,4</sup>, 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 manifeste<sup>5</sup>. 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<sup>1,2</sup>. La douleur peut s'étendre aux régions buccofaciale et frontale, au cou et à l'occiput<sup>2,3,6,7</sup>. La douleur est atroce et, à son intensité maximale, elle est souvent décrite comme une douleur térébrante ou en coup de poignard<sup>1</sup>. 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 cou<sup>8</sup>; 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<sup>a</sup>

Algie vasculaire de la face	Hémicrânie paroxystique	SUNCT
<b>Autres céphalées primitives</b>		
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
<b>Troubles vasculaires</b>		
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
<b>Tumeurs</b>		
Adénome hypophysaire Cancer du nasopharynx Méningiome sphénoïdal	Tumeur de Pancoast Micro-adénome hypophysaire Macroprolactinome	Tumeur de la fosse cérébrale postérieure Lésions hypophysaires
<b>Troubles dentaires</b>		
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.<sup>12</sup>

<sup>a</sup> 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<sup>2,9,10</sup>, et le tiers environ des patients font mention d'une douleur localisée dans la branche maxillaire du nerf trijumeau<sup>11</sup>. 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 trijumeau<sup>9</sup>. 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)<sup>10</sup>. 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 trijumeau<sup>10</sup>. 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<sup>2,5</sup>. 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**)<sup>12</sup>.

### 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<sup>3,4</sup>. 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 irréversibles<sup>13</sup>.

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 dentaire<sup>7</sup>, et ceci peut donner lieu à des interventions dentaires non justifiées<sup>6</sup>. 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<sup>6,7</sup>.

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)<sup>14</sup>. 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](mailto: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.