

Douleurs faciales – une cause rare

Dents de sagesse inférieures incluses en tant que cause de douleurs faciales d'origine tout d'abord «indéterminée». Présentation d'un cas clinique.

Mots-clés: infection odontogène, abcès, caries, dents incluses, nécrose pulpaire, Cone Beam Computed Tomography (Cone Beam CT ou CBCT), CT scan (scanner), douleurs oro-maxillo-faciales

THOMAS GANDER¹
DOROTHEA DAGASSAN-
BERNDT²
LUANA MASCOLO¹
ASTRID L. KRUSE¹
KLAUS W. GRÄTZ¹
HEINZ-THEO LÜBBERS¹

¹ Clinique et policlinique de chirurgie buccale et maxillo-faciale, Centre universitaire de médecine dentaire, Zurich

² Clinique de chirurgie et radiologie dentaire, buccale et maxillo-faciale, Hôpitaux universitaires de médecine dentaire, Bâle

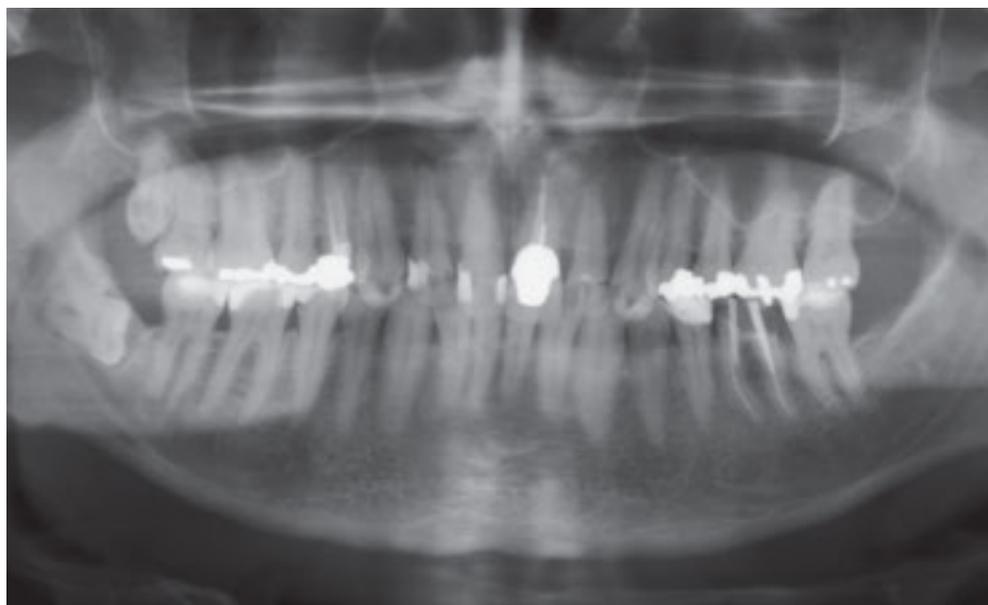
Correspondance

PD Dr. med. Dr. med. dent.
Heinz-Theo Lübbers
Klinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie
Zentrum für Zahnmedizin
der Universität Zürich
Plattenstrasse 11
8032 Zürich
Tél. 044 255 50 64
Fax 044 255 41 79
E-mail: t.luebbers@gmail.com

Traduction:

Jacques Rossier et Thomas Vauthier

Image en haut: Orthopantomogramme classé comme sans particularité lors de la première présentation: dent 48 partiellement incluse, superposition de l'extrémité de la racine 48 par l'ombre de la langue et le canal mandibulaire.



Résumé Lorsque leur origine n'est pas évidente, les douleurs localisées dans la région de la bouche, de la mâchoire et du visage représentent un défi particulier pour le patient et le thérapeute. Le diagnostic différentiel est très large et nécessite des investigations coordonnées et, selon la cause et le degré de gravité et de chronicité, un plan de traitement plus ou moins complexe.

Les dents de sagesse incluses impliquent certains risques de maladies et de complications. Toutefois, dans ce contexte, les lésions ca-

rieuses, la nécrose pulpaire et l'inflammation périapicale sont rares.

Le cas clinique que nous présentons ici se caractérise par une constellation de ce type, avec une cause rare de douleurs oro-maxillo-faciales d'origine indéterminée. La séquence des investigations cliniques a permis de poser le diagnostic et d'initier un traitement rapide et efficace.

Ce cas exemplaire illustre l'importance des investigations diagnostiques structurées lors de douleurs d'origine indéterminée.

Introduction

Les douleurs localisées au niveau de la bouche, de la mâchoire et du visage constituent un défi pour le médecin et le médecin-dentiste lorsque leur origine ne peut être déterminée avec précision, car leurs causes peuvent être extrêmement diverses, et selon le diagnostic, le traitement peut être complexe et nécessiter le cas échéant une collaboration interdisciplinaire (RECHENBERG ET COLL. 2011).

L'extraction chirurgicale de dents de sagesse partiellement ou totalement incluses, ou enclavées, est l'une des interventions les plus courantes réalisées en pratique chirurgicale buccodentaire (LIEDHOLM ET COLL. 1999). Alors que la communauté scientifique concernée est largement unanime quant à la procédure à suivre lorsque les dents de sagesse inférieures deviennent symptomatiques, il y a désaccord concernant l'extraction à titre préventif des dents de sagesse inférieures (NORDENRAM ET COLL. 1987; LYSSELL & ROHLIN 1988; BRICKLEY ET COLL. 1995; KNUTSSON ET COLL. 1996).

Par définition, l'extraction (chirurgicale) dite *prophylactique* des dents de sagesse impactées, partiellement ou entièrement incluses, ou également en occlusion, est réalisée à titre *préventif*, c'est-à-dire en l'absence de signes de maladie, de symptômes ou des complications. Le symptôme le plus fréquent et, respectivement, la complication la plus courante est la péri-coronarite, suivie de la carie, de la parodontite des dents de sagesse, des caries de la deuxième molaire inférieure, de la résorption radiculaire des deuxième molaires inférieures et de la formation de kystes, et enfin des pathologies néoplasiques (LEONE & EDENFIELD 1987; KNUTSSON ET COLL. 1996; ADEYEMO 2006). Pendant les années 1960 et 1970, une approche interventionnelle agressive a été propagée, mais on est devenu plus prudent au cours de la dernière décennie.

Ceci en raison des complications péri- et postopératoires connues, et de nouvelles données concernant l'évolution à long terme, dans la plupart des cas non compliquée, des troisièmes molaires inférieures partiellement incluses (LASKIN 1971; SHIRA 1976; LYTLE 1979; FIELDING ET COLL. 1981; STANLEY ET COLL. 1988; ELIASSON ET COLL. 1989; GARCIA & CHAUNCEY 1989; AHLQWIST & GRONDAHL 1991; MERCIER & PRECIOUS 1992; RENTON ET COLL. 2005; KANDASAMY ET COLL. 2009; FERNANDES ET COLL. 2010; MAL-KAWI ET COLL. 2011; ETHUNANDAN ET COLL. 2012).

Le cas présent montre que les douleurs d'origine indéterminée localisées dans la région de la bouche, de la mâchoire et du visage peuvent être provoquées par des dents de sagesse incluses. Ce cas souligne l'importance des investigations cliniques et radiologiques adéquates lors de douleurs d'origine indéterminée de la sphère oro-maxillo-faciale, pour éviter notamment une évolution potentiellement sévère.

Présentation de cas

Un patient âgé de 48 ans est adressé pour investigation de douleurs peu claires dans la région de l'articulation temporo-maxillaire droite à la Clinique de chirurgie bucco-maxillo-faciale du Centre de médecine dentaire de l'Université de Zurich.

Anamnèse

Anamnèse générale

Le patient ne mentionne pas d'allergies ou d'intolérances médicamenteuses. Il signale une consommation occasionnelle d'alcool et un tabagisme persistant à 25 paquets-années. Pas

de maladie systémique connue, d'antécédents chirurgicaux ni de prise régulière de médicaments.

Affection actuelle

Le patient se plaint de douleurs sourdes d'intensité croissante au niveau de l'angle droit de la mandibule, irradiant dans l'articulation temporo-mandibulaire et l'oreille droite. Les douleurs sont apparues il y a trois jours et leur intensité est croissante, sans rythme circadien. Le patient ne fait pas état de facteurs qui apaisent ou renforcent les douleurs. Il n'a jamais présenté de douleurs analogues; aucun traitement n'a été initié jusqu'à la consultation. Le patient ne se plaint pas d'acouphènes ou de céphalées; pas de goût métallique, de fièvre, de frissons, d'odyno- ou de dysphagie. Le patient signale en outre une situation psychosociale stressante.

Status

Général

Il s'agit d'un patient afebrile âgé de 48 ans, en bon état de santé général, sans signes de dénutrition. Pas de difficultés respiratoires ni de troubles de la déglutition.

Extraoral

L'inspection est sans particularité; pas de tuméfactions ni de rougeurs; le status sensori-moteur des nerfs crâniens V et VII est symétrique. Pas de zone de fluctuation ni d'hyperthermie. On constate une induration et une forte douleur à la pression du muscle masséter droit. Les articulations temporo-mandibulaires (ATM) sont indolores, sans craquements ni frottements manifestes. La palpation des ganglions lymphatiques cervicaux est sans particularité.

Intraoral

Distance interincisive maximale 45 mm, occlusion habituelle avec classe I d'Angle, mouvements articulaires sans particularité quant à l'amplitude et la symétrie, dentition naturelle soignée avec une bonne hygiène buccale. Muqueuse buccale sans tuméfaction, rougeur ou fluctuation. Pas d'augmentation de la mobilité dentaire ni de douleurs à la percussion, tests de sensibilité à la neige carbonique positifs sur toutes les dents non dévitalisées, pas d'augmentation notable des valeurs de sondage parodontal ni de saignements au sondage. Pharynx, langue et amygdales sans particularités. Sensibilité intacte et symétrique du V3 et du nerf lingual, mobilité normale de la langue.

Evaluation radiologique

Les images obtenues en radiographie conventionnelle – orthopantomogramme et cliché antéro-postérieur de la mandibule pour évaluer un deuxième niveau – présentent la corrélation radiologique de la dentition soignée du patient. En complément, on met en évidence une dent 48 incluse avec une angulation horizontale. L'orthopantomogramme met en outre en évidence une superposition marquée des racines avec le canal mandibulaire.

Une hyperclarté intracoronaire discrète dans la zone mésiale (caudale) de la 48 ainsi qu'une zone périapicale de la 48 d'aspect mixte radio-opaque/radiotransparent sont interprétées, en conjonction avec la clinique (dent incluse, pas de poches parodontales importantes) en tant que phénomènes de projection.

L'orthopantomogramme montre également une hyperclarté apicale de la dent 12 en tant que trouvaille accessoire.

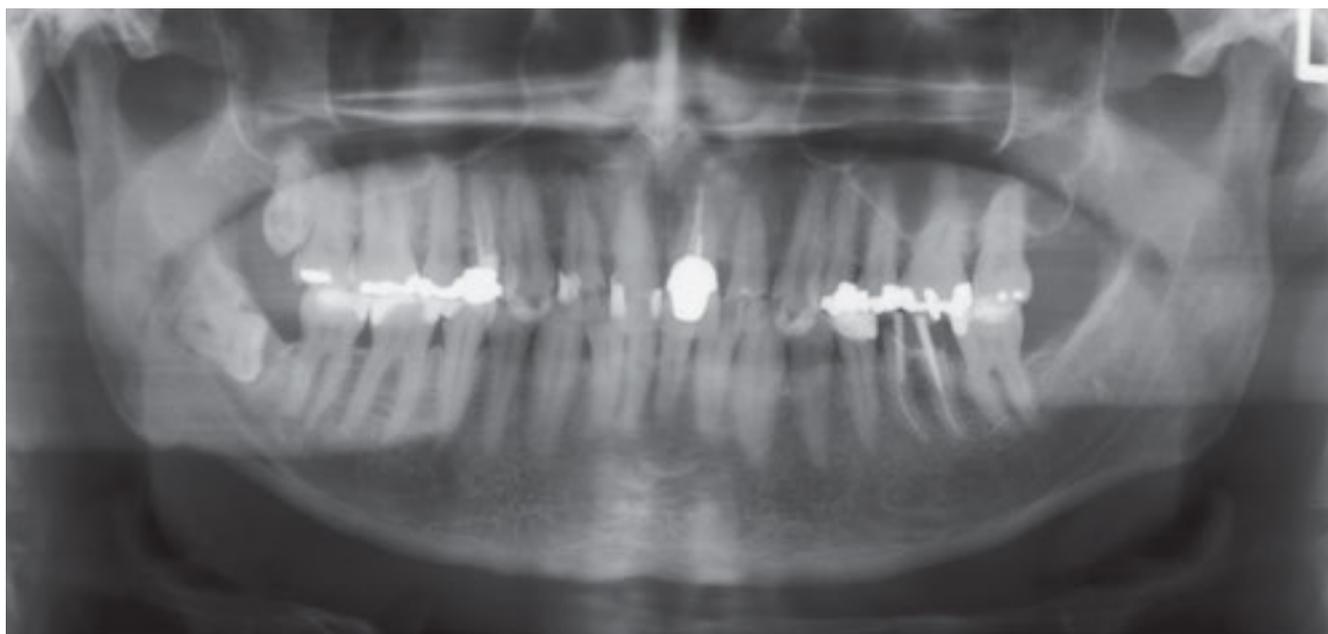


Fig. 1 Orthopantomogramme classé comme sans particularité lors de la première présentation: dent 48 partiellement incluse, superposition de l'extrémité de la racine 48 par l'ombre de la langue et le canal mandibulaire.

Les sinus maxillaires sont symétriques et bien aérés. Les articulations temporo-mandibulaires sont sans particularités du point de vue de la position, de la structure et de la forme.

Au total, les images radiologiques ne montrent pas de substrat morphologique clairement défini expliquant les symptômes décrits (fig. 1 et 2).

Diagnostic de présomption

Tendomyopathie de la musculature masticatoire droite.

Diagnostic différentiel

Dentitio difficilis dent 48.

Traitement

Suite au diagnostic de présomption de douleurs myopathiques issues du muscle masséter et après avoir été informé des résultats des examens réalisés, le patient est traité par un analgésique anti-inflammatoire, en l'occurrence l'acide méfénamique (Ponstan® 500 mg 3 × 1 cp/jour), et par le myorelaxant tolpérisone (Mydocalm® 150 mg 0-0-2 cp/jour), en association avec de la physiothérapie. Il lui est demandé en outre de pratiquer des exercices d'étirement de la bouche au moyen d'une spatule en bois.

Une diète à base d'aliments de consistance molle est recommandée au patient. En cas d'exacerbation des symptômes, il devra se présenter à nouveau à la consultation. Une réévaluation est prévue une semaine plus tard.

Evolution

Le patient se présente déjà le jour suivant à la consultation avec des douleurs d'intensité progressive et une tuméfaction débutante au niveau de l'angle de la mandibule droite. Il n'y a pas de rougeur ni d'hyperthermie, pas de fièvre, de frissons, d'odyn- ou de dysphagie. L'ouverture de la bouche n'est toujours pas limitée, et le reste du status est sans particularité, comme



Fig. 2 Radiographie antéro-postérieure de la mandibule lors de la première présentation: ATM classée comme sans particularité, sans signes notables d'arthrose.

la veille. En raison d'une suspicion clinique d'infection des tissus mous d'origine indéterminée, un traitement d'essai par amoxicilline/acide clavulanique (Augmentin® 3 × 1 g/jour) est prescrit, et le patient est convoqué trois jours plus tard pour réévaluer la situation.

Trois jours plus tard, le patient se présente à la consultation; les douleurs ont presque entièrement disparu. Toutefois, l'ouverture buccale maximale est maintenant limitée à 15 mm.

L'évolution clinique est suggestive d'un abcès d'origine indéterminée, retenu maintenant en tant que diagnostic de pré-somption. Pour clarifier la situation, un examen par CT scan natif (sans produit de contraste) est réalisé. Les images obtenues montrent une déminéralisation coronaire marquée de la dent incluse 48. De plus, on observe une ostéolyse apicale marquée avec rupture de la corticale mandibulaire vestibulaire, suscitant une réaction du périoste adjacent (fig. 3–5). Le CT scan avec produit de contraste ne montre pas d'abcès dans les tissus mous. Le trismus est donc interprété en tant que réflexe à la douleur dans le cadre d'un abcès sous-périosté; l'indication à l'exérèse chirurgicale rapide de la dent 48 est posée.

Diagnostic

Abcès sous-périosté de la région 48 sur carie profonde et parodontite apicale chronique de la dent 48.

Traitement

L'antibiothérapie est poursuivie pendant quatre jours supplémentaires (Augmentin®, sans changement). L'ouverture interincisive maximale est alors nettement améliorée et atteint maintenant 32 mm; l'extraction chirurgicale simple de la



Fig. 3 CT scan natif, coupe axiale, après quatre jours de traitement antibiotique: dent 48 partiellement incluse avec hyperclarté intracronaire (flèche antérieure) et ostéolyse apicale (flèche postérieure), percée de l'ostéolyse en direction vestibulaire.

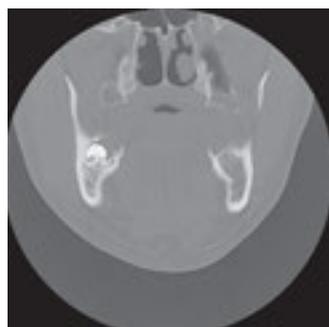


Fig. 4 CT scan (coupe frontale [= coronale] au niveau de la couronne de la 48) après quatre jours de traitement antibiotique: hyperclarté intracronaire de la dent 48 (flèche caudale) et ostéolyse apicale (flèche postérieure), revêtement osseux incomplet de la dent incluse en direction cranio-linguale en tant que porte d'entrée potentielle d'une colonisation bactérienne (flèche craniale).

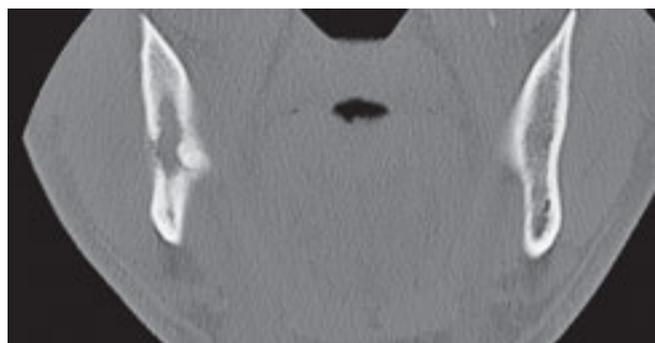


Fig. 5 CT scan natif (coupe coronale au niveau du tiers apical de la racine) après antibiothérapie pendant quatre jours: ostéolyse apicale avec percée en direction vestibulaire et réaction périostée discrète (flèche caudale).

dent 48 est réalisée en anesthésie locale. L'antibiothérapie est poursuivie jusqu'au troisième jour postopératoire (10 jours au total).

Evolution

Les suites opératoires sont simples avec régression rapide et complète des douleurs et du trismus. Le contrôle final est réalisé dix jours après l'extraction dentaire. Le patient est alors pratiquement asymptomatique; le status intra- et extraoral est normal, la cicatrisation de la plaie opératoire se poursuit sans complication.

Discussion

Les douleurs oro-maxillo-faciales d'origine indéterminée posent souvent un défi diagnostique et thérapeutique aux praticiens. Le diagnostic différentiel de ces affections est très vaste. Fondamentalement, on distingue les douleurs faciales primaires et secondaires. Les douleurs primaires ou idiopathiques ne sont pas liées à un substrat morphologique identifiable, alors que les algies secondaires de la face sont liées à une pathologie de base fonctionnelle-structurale (PATÓ & STURZENEGGER 2008; RECHENBERG ET COLL. 2011). Selon PATÓ ET COLL., la distinction entre les algies primaires et secondaires est réalisée sur la base des méthodes diagnostiques actuellement disponibles. En principe, toutes les structures peuvent être impliquées dans la genèse de la douleur. Pató et Sturzenegger subdivisent les algies faciales selon les structures impliquées, par exemple les tissus mous de la zone oro-faciale, les structures de support des dents, le complexe oculo-orbitaire et les structures neurologiques (PATÓ & STURZENEGGER 2008). En outre, d'autres causes sont décrites, telles que le «syndrome de la bouche en feu», l'hypertrophie du masséter et l'algie faciale atypique (tab. 1). En raison de cette situation complexe, une approche systématique est recommandée, au sens de la séquence diagnostique décrite par Reichart (REICHART & PHILIPSEN 2000). Lors de causes non odontogènes et selon la gravité et le degré de chronicité, l'approche interdisciplinaire offre les meilleures garanties de succès (BORROMEO & TRINCA 2012; GRAFF-RADFORD 2012; MAJUMDAR ET AL. 2012).

Une évaluation fiable de l'espace disponible et donc de la situation parodontale après éruption de dents de sagesse inférieures est difficile. Il est important de surveiller l'évolution temporelle pour pouvoir intervenir en conséquence, si nécessaire, ce qui revient généralement à extraire la dent. L'une des complications les plus courantes lors de l'éruption de dents de sagesse inférieures est la péri coronarite. Il faut mentionner également la parodontite, la carie de la deuxième molaire, la formation de kystes et les processus néoplasiques (LEONE & EDENFIELD 1987; LYSSELL & ROHLIN 1988; ADEYEMO 2006). Comme nous le voyons dans le cas présent, il existe aussi des causes rares susceptibles de provoquer des douleurs et de constituer une indication à l'extraction des dents en cause.

Afin de détecter ces causes rares de douleurs d'origine indéterminée et d'exclure d'autres causes potentielles qui entrent dans ce cadre, il est essentiel de disposer d'une imagerie adéquate. Dans les Cliniques universitaires dentaires de Bâle et Zurich, où travaillent les auteurs, l'orthopantomogramme est recommandé en tant qu'examen radiologique de base lors de toute problématique relative aux dents de sagesse inférieures et pour la planification opératoire. Lorsque cet examen ne permet pas d'expliquer la symptomatologie, d'autres techniques radiologiques seront utilisées en fonction du tableau clinique

Tab.1 Diagnostic différentiel des douleurs oro-faciales selon Pató et Sturzenegger (PATÓ & STURZENEGGER 2008)

Musculo-ligamentaires ou dans les tissus mous
Douleurs articulaires temporo-mandibulaires
Douleurs myofasciales
Pathologies des glandes salivaires
Infections (candidiase)
Néoplasies (primaires, métastatiques)
Dento-alvéolaires
Dentaire
Périodontales
Pulpaire
Sinusite
Odontalgie atypique
Oculo-orbitaires
Glaucome
Orbitopathie endocrinienne
Thrombose veineuse ou artérielle
Processus expansif intraorbitaire
Panophtalmie
Neurologiques
Névralgie, neuropathie
Vasculaire (vasculite, dissection, thrombose)
Idiopathique (migraine, céphalées en grappes, céphalée névralgique unilatérale brève avec injection conjonctivale ou SUNCT [Short lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing])
Inflammatoire (syndrome de Tolosa-Hunt, névrite)
Divers
Syndrome de la bouche en feu (Burning mouth syndrom)
Algie atypique de la face
Idiopathique

et des éventualités du diagnostic différentiel (EYRICH ET COLL. 2011). Dans ce contexte, il faut mentionner aujourd'hui essentiellement la tomodensitométrie (TDM) ou scanner (CT) à faisceau conique, appelé généralement Cone Beam CT (CBCT), utilisé de plus en plus en pratique privée également pour investiguer les structures tissulaires dures. Il faut savoir à cet égard que lors des examens réalisés avec le Cone Beam CT, l'exposition aux rayonnements est beaucoup plus faible par rapport à la tomodensitométrie multidétecteur conventionnelle (scanner, MDCT) (LOFTHAG-HANSEN 2009). Pour le diagnostic des processus abcédant de la région oro-maxillo-faciale, on recourt de routine à la tomodensitométrie avec utilisation de produit de contraste (SCHUKNECHT ET COLL. 2008; CHKOURA ET COLL. 2011; LUBBERS ET COLL. 2011; MAHESH ET COLL. 2011; SANMARTI-GARCIA ET COLL. 2012; SIVOLELLA ET COLL. 2012; SZALMA ET COLL. 2012).

L'imagerie par résonance magnétique est utilisée principalement pour investiguer des pathologies de l'articulation temporo-maxillaire et des tissus mous, mais aussi pour les pathologies osseuses telles que les ostéomyélites (PINTO ET COLL. 2008).

Rétrospectivement, un examen par Cone Beam CT aurait été suffisant pour poser le diagnostic dans le cas présent. Toutefois, au vu de la suspicion d'infection des tissus mous, l'indication au CT scan (MDCT) était justifiée. A posteriori, on peut constater que l'ostéolyse apicale et l'hyperclarté intracoronaire sont visibles sur l'orthopantomogramme. Lors de l'évaluation initiale, toutes deux ont été considérées comme des phénomènes de projection (bord de la langue, canal mandibulaire, sac folliculaire etc.) (fig. 1). Les phénomènes de superposition représentent une limitation typique de l'orthopantomographie conventionnelle (EYRICH ET COLL. 2011). L'évaluation initiale de l'OPT réalisé lors de la première consultation – «sans particularité» par rapport à la symptomatologie du patient – semble justifiée du point de vue des auteurs. En conséquence, le choix initial du traitement, basé sur des mesures conservatrices (ménagement, alimentation molle, exercices de physiothérapie, entraînement à l'ouverture de la bouche) n'a rien de répréhensible. Le traitement médicamenteux additif analgésique, anti-inflammatoire et myorelaxant a fait ses preuves selon l'expérience des auteurs, en particulier lors de tendo-myopathie d'apparition récente, permettant d'obtenir une amélioration rapide des symptômes. Il a été clairement mentionné que le niveau d'évidence était modéré et qu'il ne s'agissait en aucun cas d'un traitement médicamenteux de longue durée. Au contraire, il est souvent possible de renoncer rapidement au traitement médicamenteux en faveur de mesures purement conservatrices. Cette étape s'est révélée manifestement obsolète dans le cas présent.

Il est vain de spéculer sur la façon dont la maladie se serait développée en l'absence de l'essai de traitement antibiotique et de l'extraction rapide de la dent. La perforation locale de l'os cortical entraînait en tous les cas un risque d'abcès dans les tissus mous adjacents et la loge dentaire correspondante. Dans la présente localisation, on pouvait s'attendre en outre à une propagation parapharyngée rapide, qui aurait pu devenir rapidement menaçante – également pour le pronostic vital.

Le cas décrit ci-dessus illustre l'importance de l'imagerie adéquate réalisée en temps opportun. Les investigations systématiques réalisées en fonction du diagnostic différentiel des douleurs oro-faciale (tab. 1) au moyen d'un examen clinique précis et des investigations appropriées devraient faire partie de toute recherche diagnostique. En raison d'une constellation particulière, la pathologie sous-jacente a presque entièrement échappé à l'évaluation clinique.

Indépendamment des symptômes et selon les directives hospitalières suivies par les auteurs de ce travail, l'indication à l'extraction préventive de la dent 48 partiellement incluse aurait été vraisemblablement posée. Compte tenu de l'angulation de la 48 et de l'âge du patient, une éruption normale de cette dent de sagesse était pratiquement exclue. Et une infection péri-coronaire était possible à tout moment. Par contre, une carie profonde et une nécrose pulpaire avec des lésions périapicales consécutives n'étaient guère prévisibles.

Enfin, il faut relever qu'il n'est guère possible d'édicter des directives universelles pour l'extraction des dents de sagesse, et que l'indication doit donc toujours être discutée en consultation avec le patient et en fonction du cas individuel.

Bibliographie voir texte allemand, page 772