



HAL
open science

Prise en charge des patients atteints de fibromyalgie par le chirurgien-dentiste

Elise Grandidier

► **To cite this version:**

Elise Grandidier. Prise en charge des patients atteints de fibromyalgie par le chirurgien-dentiste. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. hal-04042817

HAL Id: hal-04042817

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04042817>

Submitted on 23 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**ACADÉMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE DE LORRAINE**

Année 2022

N°12566C

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 16 septembre 2022

par

Elise GRANDIDIER

Née le 1 janvier 1997 à Épinal (Vosges)

**Prise en charge des patients atteints de
fibromyalgie par le chirurgien-dentiste**

Composition du Jury :

Président :

Pr Éric MORTIER

Directrice de thèse :

Dr Claire EGLOFF-JURAS

Membres :

Dr Céline CLEMENT

Dr Amélie DALSTEIN

**ACADÉMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE DE LORRAINE**

Année 2022

N°12566C

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 16 septembre 2022

par

Elise GRANDIDIER

Née le 1 janvier 1997 à Épinal (Vosges)

**Prise en charge des patients atteints de
fibromyalgie par le chirurgien-dentiste**

Composition du Jury :

Président :

Pr Éric MORTIER

Directrice de thèse :

Dr Claire EGLOFF-JURAS

Membres :

Dr Céline CLEMENT

Dr Amélie DALSTEIN

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui sont présentées doivent être considérées comme
propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend
leur donner aucune approbation ou improbation*

Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen : Docteur Kazutoyo YASUKAWA

Vice-Doyens : Dr Charlène KICHENBRAND – Dr Rémy BALTHAZARD – Dr Marin VINCENT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr ARTIS

Doyens Honoraires : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Département odontologie pédiatrique Sous-section 56-01	Mme <u>JAGER Stéphanie</u>	Maître de conférences *
	M. PREVOST Jacques	Maître de conférences
	Mme HERNANDEZ Magali	Maître de conférences *
	M. HAINOT Raphaël	Assistant
	Mme HILT Léa	Assistante
	Mme HOMBOURGER Morgane	Assistante
Département orthopédie dento-faciale Sous-section 56-01	M. MASSON Maximilien	Assistant
	M. <u>VANDE VANNET Bart</u>	Professeur des universités *
	Mme TRAN Mai-Linh	Assistante
Département prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale Sous-section 56-02	Mme <u>CLÉMENT Céline</u>	Maître de conférences *
	M. BAUDET Alexandre	Maître de conférences associé*
	Mme CAIONE Mariette	Assistante
	M. VEYNACHTER Thomas	Assistant *
Département parodontologie Sous-section 57-01	Mme <u>BISSON Catherine</u>	Professeur des universités *
	M. JOSEPH David	Maître de conférences *
	Mme BERBE Ludivine	Assistante
	Mme VITALI Marine	Assistante
Département chirurgie orale Sous-section 57-01	Mme <u>GUILLET-THIBAUT Julie</u>	Maître de conférences *
	M. BRAVETTI Pierre	Maître de conférences
	Mme KICHENBRAND Charlène	Maître de conférences *
	Mme PHULPIN Bérengère	Maître de conférences *
	M. CLERC Sébastien	Enseignant univ. – praticien attaché*
	Mme DE VERBIZIER Charlotte	Assistante
	Mme PEREIRA Laure	Assistante
Département biologie orale Sous-section 57-01	Mme <u>EGLOFF-JURAS Claire</u>	Maître de conférences *
	M. MARTRETTE Jean-Marc	Professeur des universités *
	M. LOISON-ROBERT Ludwig	Maître de conférences *
	M. YASUKAWA Kazutoyo	Maître de conférences *
Département dentisterie restauratrice, endodontie Sous-section 58-01	M. <u>MORTIER Éric</u>	Professeur des universités *
	M. ENGELS-DEUTSCH Marc	Professeur des universités *
	M. AMORY Christophe	Maître de conférences
	M. BALTHAZARD Rémy	Maître de conférences *
	M. VINCENT Marin	Maître de conférences*
	M. GIESS Renaud	Enseignant univ. – praticien attaché*
	Mme DAVRIL Jeanne	Assistante *
	M. GRABER Clément	Assistant
	M. <u>DE MARCH Pascal</u>	Maître de conférences
	Mme CORNE Pascale	Maître de conférences *
Département prothèses Sous-section 58-01	M. SCHOUVER Jacques	Maître de conférences
	Mme VAILLANT Anne-Sophie	Maître de conférences *
	M. HIRTZ Pierre	Enseignant universitaire
	Mme GERBER Caroline	Assistante *
	Mme MOUGEL Armande	Assistante
	Mme PRINTZ Elodie	Assistante
	M. SYDA Paul-Marie	Assistant
	Mme WILK Sabine	Assistante
	Mme <u>STRAZIELLE Catherine</u>	Professeur des universités *
	Mme MOBY (STUTZMANN) Vanessa	Maître de conférences *
Département fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux Sous-section 58-01	M. SALOMON Jean-Pierre	Maître de conférences
	Mme JANTZEN-OSSOLA Caroline	Assistante associée

Souligné : responsable de département * temps plein

Mis à jour le 1^{er} mars 2022

Remerciements

A NOTRE PRESIDENT,

Monsieur le Professeur Éric MORTIER

Docteur en Chirurgie Dentaire Docteur de l'Université Henri Poincaré en physique-
chimie de la matière et des matériaux

Habilité à diriger des recherches

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Responsable du département de dentisterie restauratrice, endodontie

Chef du service d'odontologie du CHRU de Nancy

Veillez trouver ici toute notre reconnaissance de
faire l'honneur de présider notre jury de thèse.

Nous tenions à vous remercier pour l'écoute et
l'attention que vous nous avez apporté.

Soyez assuré de notre gratitude et de notre plus grand respect.

A NOTRE DIRECTRICE DE THESE,

Madame le Docteur Claire EGLOFF-JURAS

Docteur en chirurgie dentaire

Spécialiste qualifiée en médecine bucco-dentaire

Ancienne interne en médecine bucco-dentaire

Maître de conférences – praticien hospitalier

Responsable du département de biologie orale

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté
de nous diriger dans ce travail.

Nous vous remercions pour votre patience dans la correction de ce manuscrit.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

A NOS JUGES,

Madame le Docteur Céline CLEMENT

Docteur en chirurgie dentaire

Docteur de l'université de Lorraine, mention sciences de la vie et de la santé

Maître de conférences – praticien hospitalier

Responsable du département prévention, épidémiologie, économie de la santé,
odontologie légale

Ancien vice-doyen de la faculté d'odontologie de Lorraine

Spécialiste qualifiée en médecine bucco-dentaire

Expert près de la cour d'appel de Nancy

Chevalier dans l'Ordre national du Mérite

Nous vous remercions d'avoir eu la gentillesse
d'accepter de siéger au sein de notre jury.

Nous vous sommes reconnaissant pour l'aide et
la bienveillance que nous avez su nous accorder.
Veuillez trouver ici le témoignage de notre estime et
de nos remerciements les plus sincères

Madame le docteur Amélie DALSTEIN

Docteur en Chirurgie-Dentaire

Spécialiste qualifiée en Médecine Bucco-Dentaire

Praticien Hospitalier - Odontologiste des hôpitaux

Chef du service d'Odontologie du Centre Hospitalier Emile Durkheim à Epinal.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissant d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury. Nous vous remercions pour votre pédagogie ainsi que votre bienveillance envers nous, mais également envers les patients où nous espérons pouvoir les retranscrire de notre exercice. Vous avez su nous accompagner et être disponible pour ces quelques mois les plus difficile d'un début de carrière. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et notre respect.

SOMMAIRE

1. Introduction

2. La Fibromyalgie

2.1 Définitions

2.2 Epidémiologie

2.3 Physiopathologie

2.4 Diagnostic

2.5 Comorbidités

2.6 Prise en charge

3. Communication

3.1 Relation patient/praticien

3.2 Communication pluridisciplinaire

4. Prise en charge par le chirurgien-dentiste

4.1 Généralités – Prévention - Dépistage

4.2 Pédodontie – Dysmorphie crânio-faciale

4.3 Soins bucco-dentaires

4.4 Les interactions médicamenteuses

4.5 Gestion de la douleur

4.6 Les désordres temporo-mandibulaires

4.7 La xérostomie – la stomatodynie

5. Conclusion

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Schéma général des voies de la douleur (modifié d'après Fields, 2004)...	18
Figure 2 : Cascade pathogénique potentielle de la FM	21
Figure 3: Modèle biopsychosociale d'après Engel.....	27
Figure 4 : Pathologie de chevauchement du SFM (d'après Arnold et coll., 2016)	29
Figure 5: Algorithme proposé par l'EULAR pour la prise en charge thérapeutique du SFM chez l'adulte (adapté de McFarlane et coll., 2017).....	34
Figure 6 : Principes d'une approche bio-psycho-sociale des troubles fonctionnels (d'après Epstein et coll., 1999)	35
Figure 7:L'approche centrée sur le patient (ACP) Stewart et coll., 1995) (Cradock, 2004)	40
Figure 8 : SAED : ça aide à communiquer, (HAS, 2014).....	42
Figure 9 : Les 3 brochures ainsi que des dépliants proposés par Fibromyalgie SOS44	
Figure 10 : Arbre décisionnel en cas de réactions d'hypersensibilité dans le cadre de soins bucco-dentaires (Canceill et Joniot, 2021)	50
Figure 11 : Formulaire d'examen DC/TMD	59
Figure 12 : Questionnaire en présence de douleurs oro-faciales (d'Incau, 2021).....	61
Figure 13: Exemples de différents diagrammes de Farrar objectivables pendant la consultation (Dupas et Dupas, 2021)	64
Figure 14 : Algorithme de prise en charge des DTM algiques (d'Incau, 2021).....	67
Figure 15 : Diagnostic d'une xérostomie avec ou sans hyposialie (Fricain, 2019)....	71

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Critères de classification ACR 1990 (Wolfe et coll., 1990).....	22
Tableau 2 : révision 2016 des critères diagnostics de la fibromyalgie ACR2010/2011 (Wolfe et coll.,2016).....	24
Tableau 3 : Auto-Questionnaire FiRST (Perrot et coll., 2010) :	25
Tableau 4 : récapitulatif des principales molécules utilisables dans le traitement ou la prévention des douleurs postopératoires (Landry et coll.,2008)	56
Tableau 5 : Dépistage simple avec les questions « 3Q/TMD »	58
Tableau 6: Résumé des principaux antécédents et de l'examen clinique pour les 12 DTM (chiffres entre parenthèses) les plus courants (d'Incau, 2021)	60
Tableau 7 : Formes cliniques des glossodynies (Fricton et al. 2018)	73

LISTE DES ABREVIATIONS :

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

AMM : Autorisation de mise sur la marché

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ATM : articulation temporo-mandibulaire

CETD : centre d'évaluation et de traitement de la douleur

CIDN : Système des contrôles inhibiteurs diffus induits par stimulation nociceptive

DDAP : Douleurs dentoalvéolaires persistante

DTM : désordres temporo-mandibulaire

EULAR : L'European League Against rhumatisme

FiRST : Fibromyalgia Rapid Screening Tool

FM : Fibromyalgie

HHS : Hypothalamo-hypophysaire surrénalien

IASP : L'association international de l'étude de la douleur

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IRSNA : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

MEOPA : Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote

PdS : Professionnel de santé

SFM : Syndrome fibromyalgique

SFMJ : Syndrome fibromyalgique juvénile

SAOS : Syndrome d'apnée obstructive du sommeil

TMS : troubles musculosquelettiques

UFSBD : Union française pour la santé bucco-dentaire

1. Introduction

La fibromyalgie est une pathologie touchant 1,6 % de la population française. Elle se décrit par un ensemble de douleur chronique dans l'ensemble du corps associé à une fatigue intense et des troubles cognitifs. L'étiopathologie reste encore inconnue à ce jour. De plus, il n'existe pas de biomarqueurs permettant son diagnostic. Des hypothèses ont vu le jour, mais aucune d'elles n'ont pu être validées. C'est pourquoi cette maladie n'est officiellement pas reconnue par le système de soin français. Cette absence de signes objectifs entraîne les patients dans une errance thérapeutique et se sentent désarmés face à leur souffrance.

Le chirurgien-dentiste, en tant que professionnel de santé, se doit de connaître la FM. Les symptômes, leurs répercussions, ainsi que la pharmacologie et les comorbidités, impacteront sur la prise en charge du patient. Il existe une prévalence élevée de patients atteints de FM présentant des désordres temporo-mandibulaires ainsi qu'une xérostomie. De plus, de nombreuses questions se posent au praticien concernant la gestion de la douleur chez des patients quotidiennement consommateurs d'antidouleurs.

Leur errance diagnostic et l'incompréhension du corps médical ont souvent rendu les patients « réfractaires » à la médecine et aux professionnels de santé. L'empathie sera alors un élément clé de la relation thérapeutique.

Le chirurgien-dentiste, étant face à la douleur quotidiennement, aura un rôle dans le dépistage de cette maladie invalidante.

Chaque patient atteint de FM sera différent et ainsi chaque prise en charge sera également à moduler. Est-il possible de soigner ces patients en cabinet libéral ? Quelles sont les particularités à connaître pour optimiser la prise en charge ? Le chirurgien-dentiste aura-t-il la nécessité de mettre en place une approche pluridisciplinaire pour le succès de ses soins ? De nombreuses questions se posent concernant la prise en charge des patients FM, et toutes n'ont pas encore de réponse précise.

2. La Fibromyalgie

2.1 Définitions

Deux termes sont utilisés dans la littérature internationale, on parle de la fibromyalgie (FM) ou du syndrome fibromyalgique (SFM). Cette affection chronique se caractérise par des douleurs musculosquelettiques diffuses persistantes, d'intensité variable interindividuelle et intra-individuelle. (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2020)

La douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes » selon l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP). Elle se définit comme chronique, quand elle excède trois mois.

La douleur peut prendre la forme d'hyperalgésie ou d'une allodynie. (HAS, 2010)

La FM associe à la douleur une fatigue intense, des troubles du sommeil, des troubles cognitifs ainsi que d'autres plaintes somatiques. Ces symptômes entraînent alors un amoindrissement des capacités fonctionnelles de l'individu ainsi qu'une diminution de sa qualité de vie. (INSERM, 2020)

La clinique nous décrit des épisodes de crise, provoquant un épuisement avec une intolérance à l'effort. On retrouve également des paresthésies, une hypersensibilité aux bruits, aux odeurs, à la lumière vive ainsi que des troubles digestifs. (INSERM, 2020)

Il n'existe pas à l'heure actuelle de signe objectif d'atteinte neurologique ou articulaire. C'est pourquoi l'Académie nationale de médecine a recommandé le terme de « syndrome » pour désigner l'ensemble de symptômes caractéristiques. Son étiologie reste à l'heure actuelle indéfinie. Sa reconnaissance institutionnelle reste hétérogène et partielle, qui rend ce sujet très controversé.

L'évolution à long terme de la maladie n'est pas encore assez documentée.

Elle est classée dans la Classification internationale des Maladies (CMI) dans la version N°11, publiée en juin 2018 en tant que « douleur chronique généralisée ». Chez l'enfant et l'adolescent, la littérature propose plusieurs termes, tels que syndrome

fibromyalgique juvénile (SFMJ), ou bien encore « douleur chronique diffuse » ou « douleur musculo-squelettique ».

2.2 Épidémiologie

Les études épidémiologiques permettent de mettre en évidence la prévalence (fréquence à un instant t) et l'incidence (fréquence des nouveaux cas sur la période p) de la maladie dans la population ; ainsi que ses facteurs de risque et la fréquence des comorbidités associées.

Il existe deux biais de sélection importants qu'il faut avoir à l'esprit : premièrement, la plupart des études sont réalisées dans des centres de traitement de la douleur, et deuxièmement, la méconnaissance des critères de diagnostic par les médecins. (INSERM, 2020)

La pluralité des définitions du SFM doit être prise en compte lors de la lecture d'études, car elle modifie le profil des patients retenus. Ces différences ne permettent pas la comparaison des études entre elle et laissent entrevoir des grosses disparités de résultat au niveau de l'épidémiologie.

L'exemple le plus concret est la proportion de femmes atteintes face aux hommes. Selon les critères ACR 1990 (Collège américain de rhumatologie), le rapport F/H était de 13,7 pour 1 et pour les critères ACR 2010 modifiés de 2,3 pour 1. (Walitt et coll., 2016) Il n'y a pas de résultat actuel avec les critères ACR 2016.

Cette variation existe aussi pour les comorbidités rhumatologiques.

Dans la population générale, la prévalence, selon les critères ACR 1990, serait comprise entre 2 et 4 %. (Borchers et Gershwin, 2015) Une méta-analyse réalisée sur toutes les populations, tous âges confondus a été réalisée en 2017 pour obtenir la prévalence du SFM. Elle l'estime à 1,78 %. (Heidari et coll., 2017)

Cette méta-analyse étudie également la prévalence [IC 95 %] des hommes (0,01), des femmes (3,98) ; en fonction de la zone géographique : Europe (2,64), Amérique (2,41), Pacifique (1,62) et méditerranée orientale (4,43).

En France, la dernière étude publiée, qui se nomme DEFI (*Determination of Epidemiologie of Fibromyalgia*), estime sa prévalence à 1,6 % en population générale. (Perrot et coll., 2011)

Les études ne permettent pas d'affirmer qu'il existerait une prédisposition féminine à cause de la multiplicité des facteurs en cause. Il existe des différences physiologiques, comme une plus forte sensibilité à la pression cutanée, mais également psychologique et socio-culturelle où la demande de soins est plus simple et où les médecins diagnostiqueront plus facilement un SFM chez une femme. (Borchers et Gershwin, 2015)

Selon les études, il existe un surdiagnostic, mais également un sous diagnostic. De plus, il existe une grande hétérogénéité de sévérité et de forme clinique. (INSERM, 2020)

Très peu d'études sur l'incidence existent dans la littérature. (Heidari et coll., 2017)

La prévalence du SFM augmente avec l'âge pour atteindre un maximum selon les études soit pour les classes d'âge moyen (30-50 ans), soit après 50 ans. (Walitt et coll., 2015)

2.3 Physiopathologie

Il n'y a, à l'heure actuelle, pas de réponse sur la physiopathologie de la FM. Ces 20 dernières années, deux hypothèses ont vu le jour concernant les douleurs chroniques : premièrement la possibilité d'une atteinte du système nerveux central, liée à un dysfonctionnement des systèmes nociceptifs et/ou de la réponse au stress psychologique et physique, et secondairement une atteinte du système nerveux périphérique et des muscles squelettiques.

Aucun marqueur biologique ou fonctionnel n'a été mis en évidence, ce qui aurait permis d'obtenir des critères objectifs pour le diagnostic de la FM. Ce n'est pas un, mais de nombreux biomarqueurs potentiels qui ressortent des études.

La majorité des études ont été réalisées chez les femmes, et aucune ne concerne les adolescents ou les enfants.

2.3.1 Mécanismes centraux potentiellement à l'origine du syndrome fibromyalgique

La FM est associée à une hypersensibilité à la douleur, non limitée aux points douloureux, mais concernant l'ensemble du corps, y compris les viscères. (Kosek et coll., 1995)

Le système nerveux central ainsi que la moelle épinière sont intacts et ne présentent pas de lésions tissulaires inflammatoires ou de lésions neurologiques décelables. Ceci est remis en question, car ces affirmations dépendent seulement des techniques actuelles.

Une stimulation non douloureuse en général ne sera pas correctement filtrée pour les patients FM et deviendra ainsi algique.

Il existe deux possibilités envisagées expliquant cette hypersensibilité : soit une altération des systèmes endogènes de modulation de la douleur, soit une sensibilisation centrale, en sachant que ces deux mécanismes peuvent être synergiques.

- Altération des systèmes endogènes de modulation de la douleur.

Il existe une interaction entre les afférences périphériques et les systèmes modulateurs inhibiteurs et facilitateurs au niveau des neurones de la corne postérieure de la moelle, qui impacte directement sur la transmission médullaire des messages nociceptifs. (Ossipov et coll., 2014) Les centres corticaux et sous-corticaux supérieurs, qui assurent les processus émotionnels, motivationnels et cognitifs interagissent directement avec les circuits modulateurs descendants. Ceci implique que des facteurs exogènes peuvent influencer l'expression d'une douleur chronique chez un individu susceptible.

Le mécanisme de modulation de la douleur au niveau central le plus connu est le système des contrôles inhibiteurs diffus induits par stimulations nociceptives (CIDN). Ces mécanismes inhibiteurs sont défaillants chez les patients atteints de FM (O'Brien et coll., 2018) mais cette défaillance n'est pas spécifique de la FM.

Les mécanismes conduisant à cette réduction des CIDN ne sont pas connus.

Cette diminution est également observée dans d'autres troubles somatiques fonctionnels douloureux comme le syndrome de l'intestin irritable, les syndromes douloureux de l'articulation temporo-mandibulaire ou encore certaines céphalées chroniques. (Moana-Filho et coll., 2018)

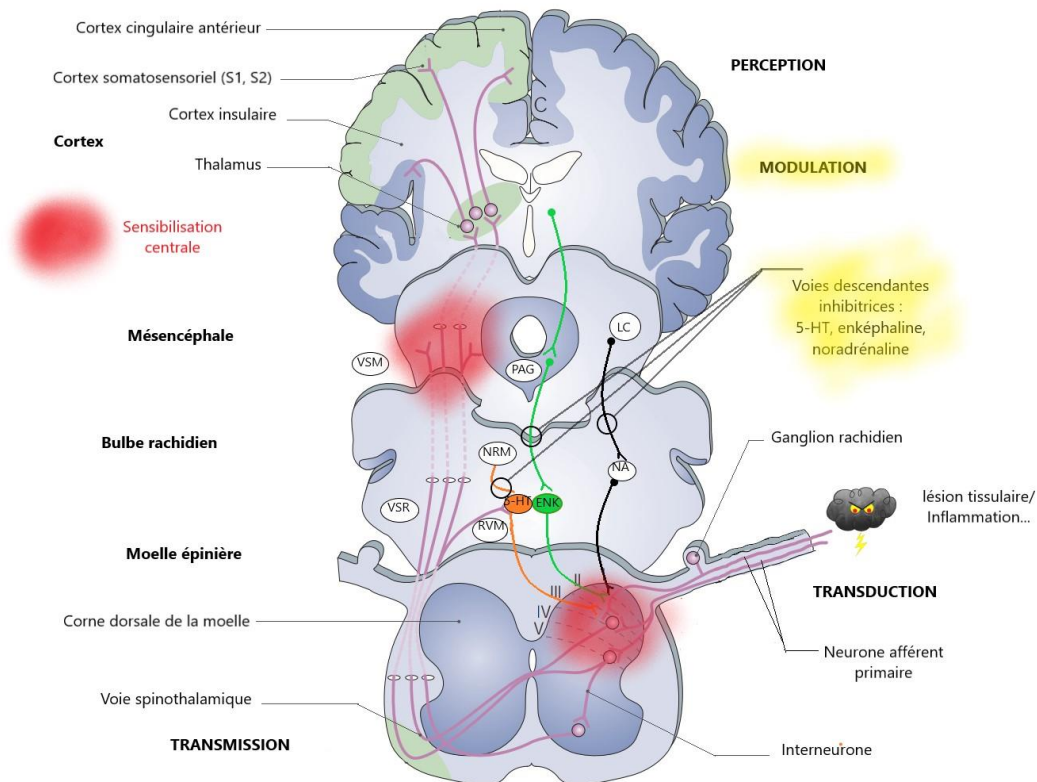
- Sensibilisation centrale

La sensibilisation centrale correspond à des réponses accrues à des stimulations normalement nociceptives, mais également à l'apparition d'une activité spontanée, à une augmentation des réponses à des stimulations nociceptives et à une augmentation de la taille de leur champ récepteur excitateur.

L'augmentation progressive de la douleur liée à la sommation temporelle chez l'Homme seraient un reflet de la sensibilisation centrale. Ce phénomène a un rôle prépondérant dans les douleurs chroniques, puisqu'il pourrait contribuer à amplifier et à pérenniser la douleur. (Arendt-Nielsen et coll., 2018)

L'origine de ces altérations, qu'elle soit acquise ou développementale, reste à déterminer.

De fait, on ne peut exclure aujourd'hui que, comme dans d'autres syndromes douloureux chroniques d'origine inflammatoire ou neuropathique, des anomalies périphériques d'origine musculaire ou neuronale interviennent également dans le développement et le maintien de la sensibilisation centrale dans la FM. (Arendt-Nielsen et coll., 2018)



5-HT : sérotonine ; ENK : enképhaline ; LC : locus cœruleus ; NA : noradrénaline ; NRM : noyau du raphé magnus ; PAG : substance grise périaqueducule ; RVM : moelle rostroventromédiale ; VSM : voie spinomésencéphalique ; VSR : voie spinoréticulée (Fields 2004)

Figure 1: Schéma général des voies de la douleur (modifié d'après Fields, 2004)

- Les anomalies de la réponse au stress

Le stress est une menace pour l'homéostasie. Ces facteurs de stress, qu'ils soient d'origine psychologique (colère continue, anxiété ou dépression) ou biologique (maladies, infections, traumatismes) déclenchent un ensemble de mécanismes physiologiques adaptatifs pour rétablir l'homéostasie. Ceux-ci peuvent dysfonctionner soit par défaut, soit par excès et devenir pathologiques. Les principaux composants impliqués sont le système nerveux sympathique (SNS) et l'axe hypothalamo-hypophysaire surrénalien (HHS). (Martinez-Lavin, 2007)

De nombreux patients atteints de FM ont subi des traumatismes physiques ou psychiques. Un grand nombre d'entre eux déclarent avoir subi des violences physiques ou sexuelles dans l'enfance ou à l'âge adulte. Un antécédent de troubles de stress post-traumatique est retrouvé chez 15 à 60% des patients selon les études. (Yavne et coll., 2018)

Ces observations ont conduit les chercheurs à émettre l'hypothèse que le stress pouvait avoir un rôle potentiel dans la genèse ou l'entretien de la FM.

Des anomalies des systèmes HNS et sympathique peuvent avoir des répercussions sur de nombreuses fonctions de l'organisme et pourraient ainsi correspondre à plusieurs symptômes de la FM tels que la douleur, la fatigue, les troubles du sommeil, l'anxiété ou bien encore la dépression.

2.3.2 Les mécanismes périphériques

La présence d'anomalies musculaires a également fait l'objet de nombreuses études, notamment récentes avec la recherche d'altérations de la fonction ou de la structure des muscles. Il a été mis en évidence des anomalies biochimiques musculaires à l'origine de phénomènes ischémiques. (Gerdle et coll., 2016) Mais le rôle causal est remis en question, puisqu'il est sans savoir si les résultats proviennent de la maladie ou bien secondairement du déconditionnement à l'effort régulièrement associé à la FM.

Les patients atteints de FM présentent de manière globale un déconditionnement à l'effort. Il se pose alors la question de savoir si ces observations sont causales de la maladie ou bien le résultat de cette sédentarité excessive.

De nombreuses études, récentes également, ont pu mettre en évidence la présence d'anomalies (une diminution de la densité intraépidermique) des fibres nerveuses de petit diamètre chez 30 à 50 % des patients FM. Cette altération est présente dans d'autres pathologies. Il n'existe pas de corrélation entre la symptomatologie douloureuse et l'atteinte des fibres. (Grayston et coll., 2019)

Les processus inflammatoires peuvent également rentrer en jeu, mais encore une fois, la qualité méthodologique et les résultats trop peu concordants des études ne permettent pas d'avoir des conclusions solides.

2.3.3 La présence de biomarqueurs

De nombreuses équipes ont tenté d'identifier un/des biomarqueur(s) spécifique(s) de la FM, ce qui permettrait d'en simplifier grandement le diagnostic.

Les multiples anomalies mentionnées plus tôt ne sont pas spécifiques de la FM, par conséquent aucune mesure ou test ne peut être utilisé à viser diagnostic.

Concernant les marqueurs génétiques, il existe une possible altération de la synthèse ou de la fonction de neurotransmetteurs comme la noradrénaline, la sérotonine et la dopamine. Ceux-ci sont largement impliqués dans les mécanismes de la modulation de la douleur, et, pour la noradrénaline, dans les régulations impliquant le système sympathique.

Il existe des pistes prometteuses, notamment sur le polymorphisme dans des gènes codant pour des protéines potentiellement impliquées dans la nociception, ainsi que sur des « gènes candidats » codant pour des protéines dont le rôle reste inconnu. (INSERM, 2020)

D'autres pistes, en plein développement, sont les modifications épigénétiques incluant les micro-ARN et la méthylation du génome. (INSERM, 2020)

Les analyses transcriptomiques, protéomiques ou métaboliques ont permis d'avoir des résultats prometteurs, mais leur intérêt reste à prouver. (INSERM, 2020)

Il existe à l'heure actuelle une multitude d'hypothèses physiopathologiques. Les études ont permis de mettre en évidence de nombreuses anomalies physiologiques, biochimiques ou histologiques, tant au niveau central que périphérique. Il est possible de considérer que les patients FM, à la riche symptomatologie, dépendent de plusieurs types de mécanismes (centraux, périphériques, développementaux, susceptibilité génétiques, épigénétiques, ...) Mais une question se pose, ces anomalies sont-elles la cause ou la conséquence de la FM ?

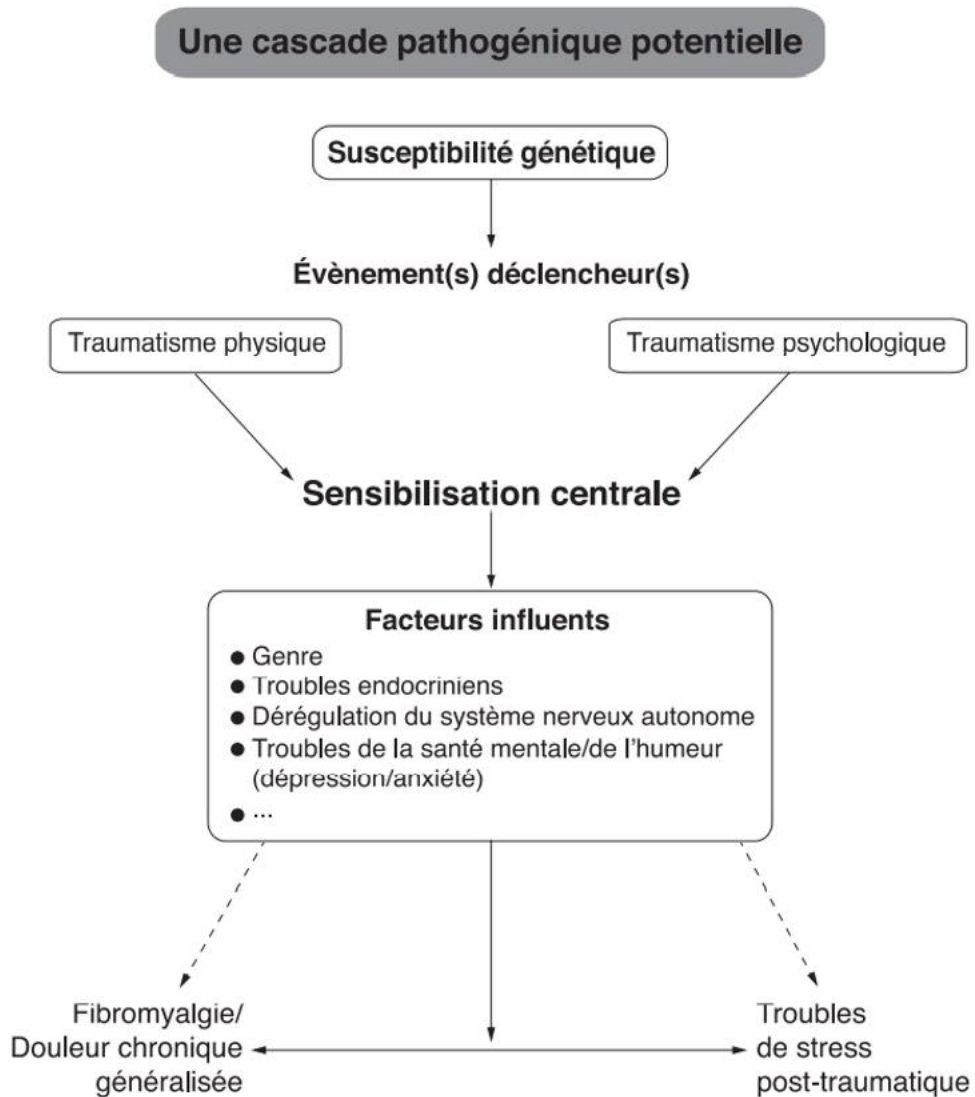


Figure 2 : Cascade pathogénique potentielle de la FM

Cette figure indique les interactions entre les paramètres endogènes (susceptibilité génétique, genre ...) et exogènes (traumatismes physiques, psychologiques...) qui aboutiraient à un spectre allant de la FM à des troubles de stress post-traumatique (*d'après Yavne et coll., 2018*)

2.4 Diagnostic

Le diagnostic de la FM repose sur des critères actuellement en évolution. Il n'existe pas de *gold standard*. Cette hétérogénéité rend la comparaison entre les différentes études complexes.

La première classification, qui fut largement utilisée pour le diagnostic, fut celle du collège américain de rhumatologie, publiée en 1990 par Wolfe et ses collaborateurs. Elle repose sur la présence de douleurs diffuses et d'au moins 11 points douloureux à la pression dans des sites prédéfinis. Elle ne prend pas en compte d'autres composants et a été la référence pendant de nombreuses années. (Wolfe et coll., 1990)

Tableau 1 : Critères de classification ACR 1990 (Wolfe et coll., 1990)

Douleur diffuse

Une douleur est considérée comme diffuse si tous les éléments suivants sont présents : douleur du côté gauche du corps, douleur du côté droit du corps, douleur au-dessus de la taille, douleur en dessous de la taille. De plus, une douleur du squelette axial (colonne cervicale ou paroi thoracique antérieure ou colonne dorsale ou lombalgie) doit être présente.

Dans cette définition, douleur d'épaule ou de fesse est considéré comme une douleur pour chaque côté atteint. Une lombalgie est une douleur du segment inférieur.

Douleur à la pression digitale d'au moins 11 des 18 points sensibles suivants :

- Occiput : bilatéral, à l'insertion des muscles sous-occipitaux
- Cervical bas : bilatéral, à la partie antérieure des espaces inter-transversaux au niveau de C5-C7 ;
- Trapèze : bilatéral, à la partie moyenne du bord supérieur ;
- Sus-épineux : bilatéral, à l'insertion au-dessus de l'épine de l'omoplate, près du bord interne
- Deuxième côte : bilatéral, à la seconde jonction chondrocostale, juste à côté de la jonction à la surface supérieure ;
- Épicondyle latéral : bilatéral, à 2cm au-dessus des épicondyles ;
- Fesse : bilatéral, au quadrant supéro-externe de la fesse, au pli fessier antérieur ;
- Grand trochanter : bilatéral, en arrière de la saillie du grand trochanter ;
- Genou : bilatéral, vers les coussinets graisseux médians, proche de l'interligne

La palpation digitale doit être faite avec une force approximative de 4kg. Pour qu'un point douloureux soit considéré comme présent, le sujet doit signaler que cette palpation est douloureuse. « Sensible » n'est pas considéré comme douloureux.

Les 2 critères doivent être satisfaits. Les douleurs diffuses doivent être présentes depuis au moins 3 mois. La présence d'une pathologie associée n'exclut pas le diagnostic de fibromyalgie.

À partir de 2010, de nouveaux critères de diagnostic, et non de classification, ont été publiés par Wolfe et son équipe. Puis une nouvelle version a vu le jour en 2016. Celle-ci est la dernière en date. Les « points douloureux à la pression » sont redéfinis comme des zones douloureuses. Elle intègre également 2 nouveaux éléments : l'échelle de sévérité des symptômes et un index de douleurs diffuses (IDD). On y retrouve également d'autres composants. La somme de l'ensemble de ces éléments définit une échelle de sévérité de la FM. (Wolfe et coll., 2016) Cette notion importante permet le suivi de la maladie avec le patient.

Malgré la présence de ces nouveaux éléments, elle ne prend pas en compte l'étendue des répercussions de la FM. Ces critères de diagnostic devraient être utilisés par le plus grand nombre, mais il reste une grande méconnaissance de ceux-ci dans le milieu médical.

Tableau 2 : révision 2016 des critères diagnostics de la fibromyalgie ACR2010/2011 (Wolfe et coll.,2016)

Critères

Un patient satisfait les critères de SFM modifié 2016 si les 4 conditions suivantes sont remplies :

1. Index de douleurs diffuses (IDD \geq 7 et échelle de sévérité des symptômes (SS) \geq 5 ou IDD entre 4-6 et échelle SS \geq 9.
2. **Douleurs généralisées définies par la présence de douleurs dans au moins 4 des 5 régions. Les douleurs des mâchoires, de la poitrine et de l'abdomen ne sont pas incluses dans la définition de douleur généralisée.**
3. Les symptômes sont présents à ce niveau pendant au moins 3 mois.
4. **Le diagnostic de fibromyalgie est validé indépendamment d'autres diagnostics. Un diagnostic de fibromyalgie n'exclut pas d'autres maladies.**

(1) **Index de douleurs diffuses** : notez le nombre de zone où le patient a ressenti une douleur au cours de la dernière semaine. Dans combien de zones le patient a eu cette douleur ? Le score sera compris entre 0 et 19

<u>Région supérieure gauche (Région 1)</u>	<u>Région supérieure droite (Région 2)</u>	<u>Région axiale (Région 5)</u>
Mâchoire gauche *	Mâchoire droite*	Cou
Ceinture scapulaire gauche	Ceinture scapulaire droite	Bas du dos
Bras gauche	Bras droit	Haut du dos
Avant-bras gauche	Avant-bras droit	Abdomen*
		Poitrine*

Région inférieure gauche (Région 3)

Hanche (fesse, trochanter) gauche
Cuisse gauche
Jambe gauche

Région inférieure droite (Région 4)

Hanche (fesse, trochanter) droite
Cuisse droite
Jambe droite

* : non inclus dans la définition de douleur généralisée

(2) Score de l'échelle de sévérité des symptômes

- Fatigue
- Se réveiller fatigué (sommeil peu réparateur)
- Troubles cognitifs

Pour chacun des 3 symptômes, indiquer le niveau de gravité au cours de la dernière semaine selon le barème suivant :

- 0 – aucun problème
- 1 – problèmes mineurs ou légers ; habituellement légers ou intermittents
- 2 – problèmes modérés ; survenant fréquemment et/ou à un niveau modéré
- 3 – problèmes sévères, continus qui ont un impact important sur la vie

Le score de l'échelle de sévérité des symptômes est la somme de chaque score de gravité des 3 symptômes (fatigue, se réveiller fatigué, troubles cognitifs) (0-9) additionnée de la somme (0-3) du nombre des symptômes suivants que le patient a ressenti pendant les 6 derniers mois :

- 1 Maux de tête (0-1)
- 2 Douleur ou crampes abdominales (0-1)
- 3 Dépression (0-1)

Le score final de sévérité des symptômes est compris entre 0 et 12.

L'échelle de sévérité de la fibromyalgie est la somme de l'index de douleur diffuse et du score de l'échelle de sévérité des symptômes (0-31)

Un groupe Français (CEDR) a développé un auto-questionnaire nommé FiRST (Fibromyalgia Rapid Screening Tool). Celui-ci est simple et rapide et possède une bonne sensibilité et spécificité pour détecter les patients atteints de SFM. (Perrot et coll., 2009) Il est également adapté aux études épidémiologiques ainsi qu'à la recherche clinique. Celui-ci doit être utilisé en pratique courante.

Tableau 3 : Auto-Questionnaire FiRST (Perrot et coll., 2010) :

Vous souffrez de douleurs articulaires, musculaires ou tendineuses depuis au moins 3 mois. Merci de répondre à ce questionnaire, pour aider votre médecin à mieux analyser votre douleur et vos symptômes. Complétez ce questionnaire en répondant par oui ou par non à chacune des affirmations suivantes :

- Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps
- Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente
- Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes
- Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements, ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps
- Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes
- Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier, sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti.

Le diagnostic repose également sur l'élimination d'autres pathologies, en éliminant les diagnostics différentiels.

On notera que le diagnostic ne repose que sur des critères physiques. De plus, on relève l'absence d'un instrument d'évaluation multidimensionnelle pour les fonctions émotionnelles et sociales.

Si la FM est associée à d'autres pathologies identifiables, on parlera de FM concomitante, dite également secondaire.

2.5 Comorbidités

2.5.1 Général

Les symptômes décrivant le SFM peuvent être associés à de nombreuses comorbidités et à de nombreuses manifestations fonctionnelles concomitantes. Un certain nombre de symptômes de douleurs chroniques peuvent se chevaucher ou coexister avec la fibromyalgie. Ces comorbidités sont importantes à prendre en compte, car elles influencent la qualité de vie des patients ainsi que le pronostic fonctionnel du SFM, et du traitement qui peut différer. La prévalence des comorbidités est variable.

- Troubles du sommeil

On rapporte dans la littérature une forte majorité de patients FM ayant des troubles du sommeil (entre 70 % et plus de 90 %)(*Wu, 2017*). Il existerait également une association entre SFM et apnée du sommeil, mais les études sont discordantes.

L'équipe de Germanowicz en 2006 (*Germanowicz et coll., 2006*) estime à 26 % le nombre de patients FM présentant un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS), alors qu'une étude réalisée en 1995 par Plantamura et son équipe l'estimait à 3,4 % (tout d'après les critères ACR 1990). (*Plantamura et coll., 1995*) D'autres études plus récentes ont été réalisées, notamment celle de l'équipe de monsieur MUTLU, où le pourcentage est de 65,9. (*Fitzcharles et coll. 2018 ; Mutlu et coll., 2020*)

Il existerait une forte corrélation entre SAOS et FM. Les auteurs recommandent la mise en place d'un examen par polysomnographie en cas de patients présentant une somnolence diurne excessive. Cette détection précoce contribuerait à l'amélioration de la qualité de vie. (*Mutlu et coll., 2020*)

- Troubles de l'humeur et troubles psychiatriques

Il existe une coexistence du SFM avec des états de stress post-traumatiques chroniques, des troubles psychologiques et de la santé mentale de type anxiété ou dépression. (*Bondesson et coll., 2018*)

La dépression pouvant être présente chez ces patients serait d'ordre réactionnelle à la douleur ou encore aux insomnies davantage que primitive. Celle-ci pourrait cependant accroître les symptômes FM. (Gota et coll., 2017)

Dans la FM, des facteurs autres que biologiques sont à étudier. La maladie ne rentre pas dans un modèle biomédical classique. En 1997, Engel a défini le modèle biopsychosocial comme une approche globale de l'être humain dans laquelle les « facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participants simultanément au maintien de la santé ou le développement de la maladie » (Engel, 1997 ; Borrell-Carrió et coll., 2004)

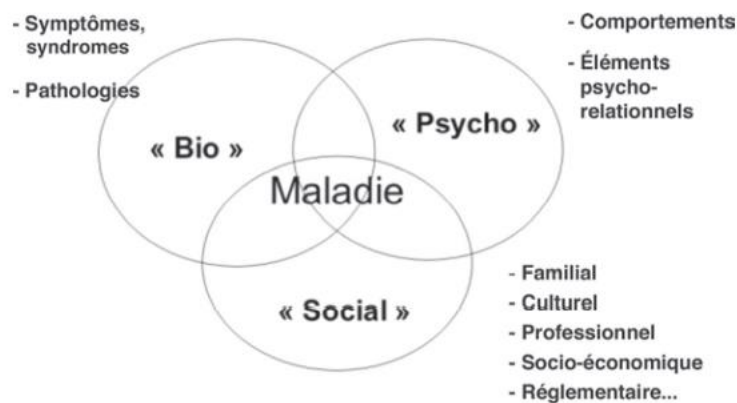


Figure 3: Modèle biopsychosociale d'après Engel

- Comorbidités rhumatologiques

Les comorbidités rhumatologiques toucheraient 20 à 30 % des patients. (Fitzcharles et coll., 2018) On retrouve principalement la polyarthrite rhumatoïde (PR) et l'arthrose.

- Comorbidités neurologiques

On retrouve également des pathologies du système nerveux périphérique. Selon l'étude de Grayston et coll en 2019, 49 % des patients atteints de SFM auraient une neuropathie des petites fibres (validée par une biopsie cutanée). Ce lien demande encore à être précisé. (Grayston et coll., 2019)

- Pathologies gastro-intestinales

Les pathologies gastro-intestinales sont présentes également. Les études estiment leur prévalence entre 15 % et 32 % (Fitzcharles et coll., 2018), notamment la maladie cœliaque. Les colopathies fonctionnelles représentent une pathologie de chevauchement.

- Comorbidités endocriniennes

Les comorbidités endocriniennes sont fréquentes également, principalement les affections thyroïdiennes, telles que les hypothyroïdies ou les hyperparathyroïdies. Pour le diagnostic différentiel, il est recommandé de faire un dosage de la TSH dans un bilan de FM. (Häuser et coll., 2017)

- Diagnostic différentiel

Un certain nombre de diagnostics différentiels doivent être écartés lors des examens. On retrouve notamment : les rhumatismes inflammatoires et les maladies auto-immunes (spondylarthrite axiale non radiographique, syndrome de Gougerot-Sjögren), les affections musculosquelettiques, les pathologies endocrines et métaboliques (hypothyroïdie, hyperparathyroïdie, ostéomalacie, diabète phosphoré), les affections neurologiques (centrales : syndrome parkinsonien et sclérose en plaque) ainsi que les troubles de la santé mentale et les douleurs induites par les médicaments (statines, anti-aromatases). (Fitzcharles et coll., 2018) Le tableau 8, présent en annexe 1, reprend les diagnostics différentiels et les moyens à utiliser lors des examens.

Les symptômes de la FM sont également retrouvés dans d'autres maladies, telles que le syndrome de fatigue chronique, le syndrome de l'intestin irritable, le dysfonctionnement temporo-mandibulaire ou les céphalées de tensions. Le syndrome de sensibilité centrale (ou *Chronic Overlapping Pain Conditions (COPC)*) regroupe ces maladies, mais également la vulvodynie, la cystite interstitielle, la migraine chronique ou encore certaines lombalgies chroniques. (Häuser et coll., 2018)

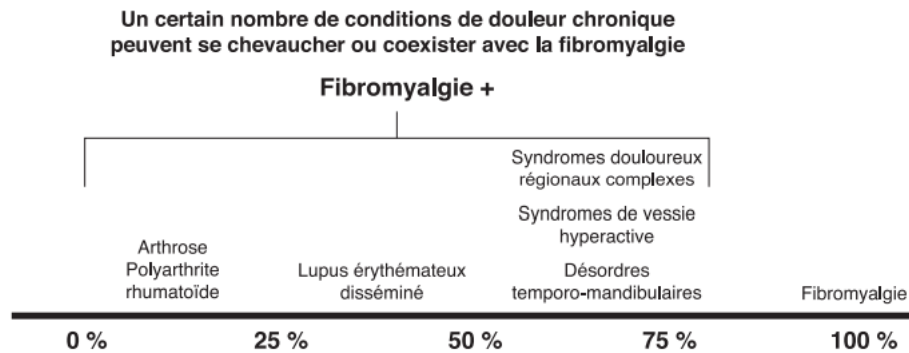


Figure 4 : Pathologie de chevauchement du SFM (d'après Arnold et coll., 2016)

- Hyperlaxité ligamentaire

On retrouve également en diagnostic différentiel, ou en concomitance l'hyperlaxité ligamentaire. Un syndrome d'hypermobilité articulaire ou une composante génétique (Syndrome de Marfan ou d'Ehlers-Danlos) ont généralement un tableau clinique similaire. Le syndrome implique lui aussi un mécanisme de sensibilisation centrale. (Häuser et coll., 2017) Le syndrome d'hypermobilité est défini par des articulations hypermobiles associées à des douleurs articulaires supérieures ou égales à quatre sur une période de plus de trois mois et en l'absence d'autres conditions qui causent une douleur chronique. Le type 3 du syndrome Ehlers-Danlos est inclus dans ce syndrome. Il n'y a pas de distinction plausible entre les deux.

- Syndrome de Gougerot-Sjögren

Une maladie auto-immune également fortement rencontrée est le syndrome de Gougerot-Sjögren. Celle-ci est caractérisée par la triade de symptômes suivants : fatigue, douleur et sécheresse due à une atteinte des glandes lacrymales et salivaires avec parfois d'autres manifestations systémiques. (Xavier Mariette et coll., 2018) Une biopsie des glandes salivaires permet d'affirmer la présence d'autoanticorps anti SS-A. Sans signe dysimmunitaire, les syndromes secs seront plutôt désignés sous le terme DEMS (*pour Dry Eyes and Mouth Syndrome*) ou SAPS (*pour syndrome asthénie – polyalgie – sécheresse*).

2.5.2 De l'appareil manducateur

Il n'existe pas de lésion propre à la FM. Les principales atteintes au niveau de la sphère orale sont : la présence potentielle d'une xérostomie, d'une dysgueusie, d'une glossodynie, et la présence d'un désordre temporo-mandibulaire (DTM).

Il n'existe pas d'étude concernant l'implication de la muqueuse buccale, de la langue et des dents chez les patients FM. Le rôle des infections buccales et de l'inflammation chronique n'est pas connu aujourd'hui.

- La xérostomie

L'incidence varie de 7 % à 71 %. (*Jeon, 2020*) De plus, celle-ci peut être concomitante à la FM (comme vu plus haut) ou médicalement induite (antidépresseurs, sédatifs et décontracturants musculaires, hypnotiques, analgésiques et anticonvulsivants). (*Walters et coll., 2015*) La xérostomie peut augmenter le nombre de caries, de maladie parodontale, de dysphagie, d'ulcérations buccales et de candidoses.

- La dysgueusie

C'est un trouble du goût qui provoque une perception modifiée : des goûts nauséabonds, rances, métalliques ou salés. La prévalence dans la FM est de 34,2 %. (*Jeon, 2020*)

- La glossodynie

La glossodynie ou syndrome de la bouche brûlante, présente une incidence de 33 %. Cette affection présente un certain nombre de facteurs comme les perturbations hormonales, la malnutrition et la dépression. L'étiologie reste encore incertaine. (*Jeon, 2020*)

- Les désordres temporo-mandibulaires

Le terme DTM, ou TMD en anglais pour *temporo-mandibular disorder*, englobe des douleurs et des claquements des articulations temporo-mandibulaires (ATM), des otalgies/acouphènes induits par l'ouverture buccale, et des syndromes myo-faciaux des muscles adjoints et de voisinage (muscles massétéris, temporaux) ou plus lointains (trapèzes, sterno-cléido-mastoïdiens, scalènes), à l'origine de céphalées et cervicalgies à prédominances occipitale et temporale. Ces douleurs peuvent être aiguës ou chroniques. *(Berthelot et Vacher, 2021)*

La prévalence des DTM chez les patients FM varie de 42 à 94 %. *(Jeon, 2020)*

Certaines études suggèrent que la FM serait un facteur prédisposant pour l'apparition de DTM. *(Walters et coll., 2015)*

Il existe une dichotomie anatomique entre les sexes, ce qui expliquerait la prépondérance féminine plus importante. *(Thirunavukarasu et coll., 2021)*

Les critères de FM sont présents chez 13 à 51 % des patients présentant un DTM. *(Häuser et coll., 2018)*

Les afférences proprioceptives de l'ATM prennent leur origine à la fois de la capsule, mais également des fuseaux neuro-musculaires des muscles ptérygoïdiens, ce qui peut induire des contractions réflexes de ces muscles, ce qui augmente encore plus la tension dans l'ATM. Tout cela induirait alors une « sensibilisation » nerveuse. *(Berthelot et Vacher, 2021)*

Les DTM présents chez les patients sont principalement des dysfonctionnements des muscles manducateurs, pourtant les douleurs proviennent principalement de l'ATM elle-même. *(Berthelot et Vacher, 2021)*

Il est à noter que la présence d'autres afférences sensibles asymétriques, ajoutées aux afférences proprioceptives anormales du complexe temporo-mandibulaire, d'origine oculaire, auditive ou proprioceptive comme en cas de scoliose cervicale, peuvent induire des contractures et/ou un syndrome myo-facial des muscles chargés de l'équilibration du cou. *(Berthelot et Vacher, 2021)*

- Limitation de l'ouverture buccale

Une manifestation orale supplémentaire est la limitation d'ouverture buccale, avec une douleur à l'ouverture et lors de la mastication. La cause reste inconnue. (*Walters et coll., 2015*)

- Parodontopathie

Une étude récente suggère un lien de causalité entre FM et parodontopathie. Les patients ayant une parodontite présentaient un risque plus élevé de fibromyalgie. Les risques de parodontite étaient plus élevés chez les patients atteints de FM. (*Ma et coll., 2021*)

2.6 Prise en charge

Le SFM est multifactoriel et répond à un modèle biopsychosocial. La variabilité de son expression phénotypique suppose la présence de nombreux déterminants, d'origine biologique, génétique, psychologique et sociale, dont certains seraient plus marqués dans tel ou tel sous-groupe de personnes ayant une forme phénotypique particulière de FM.

Il existe un déconditionnement physique chez les patients souffrant de FM. Le niveau de condition physique est associé de façon positive à la qualité de vie, et inversement à l'intensité de la douleur, aux troubles de l'humeur et à la fatigue. Il est alors important de mesurer cette condition physique : elle consiste à évaluer l'état fonctionnel du patient afin d'adapter ses activités physiques. Cette mesure permet d'aboutir à un programme de rééducation fonctionnelle adapté, y compris pour la vie quotidienne.

L'European League Against Rheumatism, (EULAR) a émis des recommandations en 2017. (*Macfarlane et coll., 2017*)

Le traitement du SFM repose sur une approche biopsychosociale de réadaptation multidisciplinaire et interdisciplinaire. Il n'existe pas de prise en charge bien définie. Il est complexe d'analyser les études, car il existe de fortes variations interdisciplinaires.

L'EULAR accorde une place prépondérante à l'exercice physique et plus modérée aux traitements pharmaceutiques pour le traitement de la FM.

Elle recommande une prise en charge psychologique, voire psychiatrique, en fonction des résultats du questionnaire d'évaluation d'anxiété et de dépression.

Les traitements pharmaceutiques les plus généralement administrés sont : des antiépileptiques (pregabaline) ; des antidépresseurs (amitriptyline, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline [duloxétine, milnacipran]) et quelques fois des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

Cependant en France, et également en Europe, aucun médicament n'a reçu d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour la FM.

Il est important de souligner que les autorités de santé Françaises ainsi que les sociétés savantes comme la société française d'évaluation et traitement de la douleur (SFETD) mettent en garde contre l'utilisation abusive des antalgiques et des coantalgiques dans le cas de douleurs chroniques.

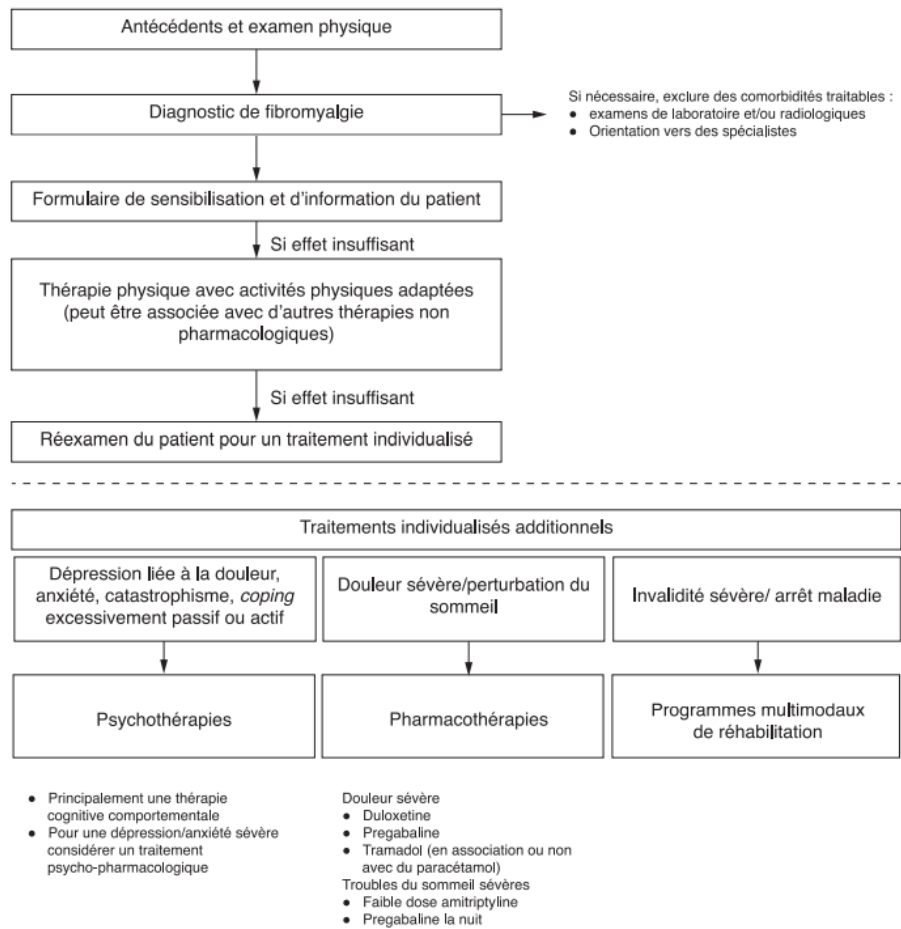


Figure 5: Algorithme proposé par l'EULAR pour la prise en charge thérapeutique du SFM chez l'adulte (adapté de McFarlane et coll., 2017)

3. Communication

3.1 Relation patient/praticien

3.1.1 Expérience du patient

Les douleurs chroniques ont besoin d'être mieux comprises. L'utilisation d'un modèle biopsychosocial à la place d'un simple modèle biomédical est nécessaire. Il est impératif d'avoir une validation instrumentale de la maladie. Dans ce modèle, les facteurs biologiques, sociaux et psychologiques sont égaux et interagissent de façon complexe.

Toutes les maladies affectent les individus à de multiples niveaux (cellules, appareils, organisme, relations interpersonnelles et sociales).

Les symptômes somatiques sont mal corrélés aux anomalies anatomiques et physiologiques.

Les émotions sont enracinées dans le corps (*embodied*).

L'expression somatique de la détresse est un phénomène universel et normal.

Le langage biomédical contribue à forger l'expérience de la maladie des patients comme son interprétation par les médecins.

La stigmatisation et le blâme renforcent les symptômes fonctionnels et dégradent la relation médecin-malade.

Beaucoup de sujets présentant des symptômes fonctionnels ont aussi besoin de soins pour des maladies organiques chroniques ou nécessitent la prise en charge de facteurs de risque.

Le traitement doit être orienté vers le soin (*care*) tout autant que vers la disparition des symptômes (*cure*) et la recherche de leurs causes.

Figure 6 : Principes d'une approche bio-psycho-sociale des troubles fonctionnels (d'après Epstein et coll., 1999)

La connaissance biomédicale et l'expérience du patient ne sont pas en accord.

Le SFM est sujet à controverse dans le milieu médical. Il existe des débats pour savoir si la FM est « psychosomatique » ou bien réelle. (INSERM, 2020)

D'après une étude française réalisée par une association de patients, 54 % des patients ressentent un déficit de compréhension et d'écoute, 30 % se sentent en isolement affectif et 68 % aimeraient être mieux informés sur la FM. (Fibromyalgie SOS, 2015)

De ce fait, il existe une errance médicale. Celle-ci est estimée, selon une ancienne étude de 2003, mais dont les chiffres doivent être approximativement semblables voir plus élevés, à 4,3 ans après l'apparition des premiers signes cliniques.(Glowinski, 2003)

Le nomadisme médical rencontré par ces patients tient compte de la validation du diagnostic, mais également des soins qui permettraient d'améliorer leurs conditions. Le diagnostic permet également une meilleure acceptation par les patients de leurs symptômes, ainsi que la légitimité de leur handicap auprès des institutions et des employeurs. Il existe aujourd'hui, et depuis toujours, une forte attente de cette population quant à la reconnaissance de leur maladie. (INSERM, 2020) Ce qui n'est pas encore le cas en France. (Manus, 2020)

Dans son ouvrage, André Rochais explique que l'Homme est décrit par deux réalités : « l'aspiration à exister et le besoin d'être reconnu ». C'est pourquoi le patient subi une double peine : la souffrance et la non-croyance en celle-ci. (Wallenhorst Thomas, 2020) Cette peine est d'autant plus présente chez l'homme ainsi que chez les personnes âgées chez qui on n'identifie pas la maladie aux premiers abords. (INSERM, 2020) Le patient espère toujours avoir des réponses venant de quelqu'un de compétant dans son travail, même si après des années d'errance, celui-ci perd peu à peu confiance dans le milieu médical. (Wallenhorst Thomas, 2020)

Le patient est un humain, qui malgré les troubles dus à ses dysfonctionnements et ses souffrances, aspire à la vie comme toute personne. Lors de la prise en charge, il faut voir le patient, mais également la personnalité saine de celui-ci. (Wallenhorst Thomas, 2020)

La sévérité de la maladie est le plus souvent évaluée avec le *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), qui a été validé en français. Une version révisée a été publiée, le FIQ-R, mais n'est pas encore validée en langue française ou pour le genre masculin. Il existe également une version pour les « jeunes adultes » utilisée pour les enfants. Le questionnaire FIQ est disponible en annexe 2. (Bennett et coll., 2009)

3.1.2 Expérience du praticien

- L'intelligence émotionnelle (Wallenhorst Thomas, 2020)

La non-reconnaissance de la FM par le corps médical, son incompréhension, entraîne des frustrations et des réserves de la part des soignants. C'est ainsi que de nombreux praticiens se sentent impuissants. La prise en charge de patients atteints de FM n'est pas simple et demande des ressources intérieures.

Il est pourtant fondamental de comprendre la maladie, ainsi que le malade pour mettre en place un accompagnement de celui-ci. Il faut accepter les personnes telles qu'elles se présentent, avec leurs souffrances et leurs craintes. La rencontre et l'entretien avec ces patients aux douleurs chroniques développent des émotions qui peuvent être d'ordre de la réserve, de la méfiance voire du rejet ainsi qu'au contraire de l'empathie et de la compassion.

La perception de ses propres qualités émotionnelles permet la mise en place de l'accompagnement des patients.

Pour travailler avec des personnes en souffrance, il faut d'abord se connaître et connaître nos propres émotions. Ce travail sur soi permet ainsi de mettre en place une double écoute : entendre ce que la personne en face exprime, tout en analysant les émotions que nous ressentons au cours de la conversation.

Si le praticien converse avec une neutralité affective, la conversation sera alors emplie de silence et deviendra insécurisante pour le patient.

Il existe trois attitudes fondamentales dans la relation avec l'accompagné :

- la compréhension empathique, qui revient à ressentir ce que le patient exprime sur son vécu ;
- la congruence : le praticien participe ainsi à l'échange en exprimant son ressenti, qu'il soit en accord avec le patient ou pas (authentique et sincère, concordance entre ce que je ressens, ce que je comprends et ce que j'exprime) ;
- l'attitude positive inconditionnelle, c'est-à-dire que le praticien voit le patient au meilleur de lui-même.

C'est ainsi que le praticien va montrer son savoir être, sa capacité de présence ainsi que son langage paraverbal ; son savoir-faire ; sa pédagogie de l'accompagnement ; et son savoir dire, c'est-à-dire le choix de ses mots ainsi que le moment où il les exprime. Tout ceci correspond à son intelligence émotionnelle.

- L'empathie (Wallenhorst Thomas, 2020)

L'empathie est une « faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent » (Larousse). En termes d'empathie, nous ne sommes pas tous égaux ; certaines personnes développent plus ou moins cette capacité. Une personne empathique fera des efforts pour mettre ses interlocuteurs à l'aise. L'empathie peut se diviser en deux fonctions : la « perception du vécu émotionnel » chez l'autre, puis notre « capacité de se laisser toucher par le monde intérieur » de celui-ci.

La perception du vécu émotionnel peut également être subdivisée en trois approches. Tout d'abord, il est nécessaire de savoir reconnaître ce que l'autre ressent et savoir identifier l'émotion qui le traverse. Ensuite, on doit être capable de ressentir ce que l'autre ressent. Puis, il est nécessaire de comprendre ce qu'il vit avec ses propres raisons. Le monde de l'autre n'est pas le nôtre, et il est important pour rester professionnel de ne pas se laisser envahir par les émotions de l'autre. Il convient de rester libre en s'imposant une barrière.

L'indulgence est également une qualité nécessaire à l'accueil d'un patient. Cela permet d'avoir de la patience et permettre au patient d'être une personne faillible et de progresser à son rythme.

L'ennemie de l'empathie reste la fatigue. Notre disponibilité au cours d'une journée de travail va en décroissant. L'écoute active diminue, devient plus cérébrale et notre système de défense nous dépasse, et rendra alors notre discours stérile. Il devient alors difficile d'accueillir un patient qui demande de l'attention. L'importance de l'organisation du rythme ainsi que des actes cliniques est nécessaire pour rester ainsi performant durant la journée et ne pas faire subir au patient nos limites.

- L'échange lors de la première consultation

Lors de la première consultation, pour mettre en place une relation de confiance qui est le pilier d'une bonne coopération par le patient, il existe quelques points importants à respecter. Le praticien et le patient, seront face à face à hauteur identique, avec une légère proximité ainsi qu'un contact visuel. Le praticien devra utiliser un vocabulaire simple, mais précis, ainsi que des questions ouvertes et fermées. (Wallenhorst Thomas, 2020 ; Langlade et Ouhioun, 2021)

Il sera également nécessaire de recueillir les données personnelles et professionnelles. Les questions prendront forme après avoir écouté les doléances du patient, ce qui permettra d'identifier les symptômes avec leur début et leur évolution ainsi que leurs périodicités. Il faudra alors restituer les propos du patient, autant sur des éléments concrets, que sur son vécu et ce qu'on a compris de tout cela. Si le patient sent que ses ressentiments sont mis entre parenthèses, il aura alors la sensation de ne pas être pris au sérieux. C'est une conversation franche et naturelle que le praticien doit mettre en place, et non un interrogatoire. Il faut savoir, qu'en moyenne, le dentiste interrompt le patient au bout de 17s. (Sentenac, 2016) Cette conversation aboutira sur des hypothèses diagnostics, notamment si le patient souffre de troubles temporo-mandibulaires. Il est possible que le praticien juge alors nécessaire de réaliser des examens complémentaires par lui-même ou bien par d'autres professionnels de santé. L'expérience du patient sera retranscrite dans le dossier, en la séparant de l'avis et des conclusions du praticien. (Langlade et Ouhioun, 2021)

L'objectif de l'échange est la mise en place d'une relation de confiance ainsi que le développement de la motivation du patient. Il faudra veiller à vérifier la coopération du patient, par ses bonnes et ses mauvaises réactions, c'est-à-dire les *feeds backs*. Nous avons un rôle important d'information et d'éducation en matière de prévention. Le patient doit s'autoresponsabiliser, autrement dit, il utilise ses propres ressources pour atteindre ses objectifs. Il est important de lui expliquer qu'il aura plus d'influence que nous sur ses symptômes. La motivation du patient permet de s'avoir s'il est capable de faire des efforts de participation, sans pour autant l'accabler.

Le praticien a souvent une « position de sauveur », de perfectionniste. Ainsi l'échec le fait culpabiliser. C'est pourquoi le praticien doit être réaliste et en mesure de définir sa fourchette d'action, notamment en matière traitement des DAM, et d'en faire part au patient. (Wallenhorst Thomas 2020 ; Langlade et Ouhoun, 2021)

- L'approche centrée sur le patient

Malgré la complexité d'une approche bio-psychosociale, ce modèle a permis l'émergence d'autres approches, comme la « médecine centrée sur le patient ». Elle a notamment été développée par Steward dans son livre « *Patient-Centered Medicine : Transforming the Clinical Method* ». Celle-ci était de base destinée aux médecins. En odontologie, une transposition de ce modèle triptyque a été développée et ainsi définit par : la compréhension, la prise de décision partagée et l'intervention. (Vergnes et coll., 2014)

Explorer à la fois la maladie (*disease*) et son expérience vécue (*illness*)
diagnostic différentiel
dimensions de la maladie (idées, ressentis, attentes et conséquences fonctionnelles)

Comprendre la personne dans sa totalité
la personne (histoire de vie)
le contexte (famille, environnement physique)

Trouver un accord sur la prise en charge du problème de santé
sur les problèmes et les priorités
sur les objectifs du traitement
sur les rôles respectifs du médecin et du patient

Incorporer la prévention et la promotion de la santé

Améliorer la relation médecin-malade
en définissant la relation thérapeutique
en partageant le pouvoir
en établissant une relation d'aide et de soins (*caring and healing relationship*)
en étant conscient de soi (*self-awareness*)
en s'intéressant au transfert et au contre-transfert

Être réaliste, en tenant compte :
du temps disponible
des ressources disponibles
du travail en équipe

Figure 7: L'approche centrée sur le patient (ACP) Stewart et coll., 1995) (Cradock, 2004)

Un patient qui se sent satisfait de son praticien sera d'autant plus observant à ses rendez-vous, ainsi qu'aux traitements (Sentenac, 2016).

En annexe 3 se trouve le guide de Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale qui permettra au praticien l'ayant lu de structurer le dialogue avec ses patients.

3.2 Communication pluridisciplinaire

3.2.1 Personnel Médical

Lors de la prise en charge d'un patient FM, il est possible qu'il soit nécessaire d'adresser le patient à un confrère spécialisé ou un autre professionnel de santé (PdS). Les patients FM pourront être amenés à voir un dentiste spécialisé en occlusodontie ou en orthodontie, mais également un dentiste possédant du MEOPA pour ceux ayant une anxiété des soins modérés. D'autres PdS pourront également être sollicités comme un kinésithérapeute spécialisé dans les ATM, ou simplement un médecin généraliste. Il pourra être recommandé aux patients d'aller voir un ostéopathe. Il faut également connaître l'existence des centres d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) ou également nommé centres anti-douleurs, présents essentiellement dans les préfectures.

Pour éviter la redondance des examens, et ainsi aboutir à une prise en charge la moins contraignante pour le patient, quelques règles sont admises pour la communication entre professionnels de santé.

Le schéma général décrit par Shannon en 1952 décompose la communication en 5 parties. Pour débiter, il faut définir la source ou l'émetteur, puis celui-ci transmet un message par un canal ou medium à un récepteur ou un auditoire. Cette transmission aura un effet, que ce soit un *feed-back* ou une rétro-information.

Le respect est nécessaire pour une bonne coopération. Pour qu'un message soit interprété de bonnes façons, Chartier a défini sept principes. La pertinence (utilisation de termes appropriés à l'autre), la simplicité, le principe de définition (définir les termes avant d'aller plus loin), la structuration d'un discours (suivre des étapes), le principe de répétition des éléments principaux, puis le principe de contraste et de comparaison et

pour finir le plan de l'appui sélectif, c'est-à-dire de nuancer ces propos en fonction de ce qu'on veut mettre en avant. (Chartier, 1981)

Pour permettre une communication de qualité entre les professionnels de santé, la haute autorité de santé a décidé de créer un outil nommé SAED (Situation, Antécédents, Evaluation, Demande). Celui-ci a été adapté de la référence anglo-saxonne S.B.A.R (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*). Cette standardisation permet d'éviter les événements indésirables ainsi que les oublis. Initialement utilisé pour des échanges oraux, celui-ci a également été reconnu pour des échanges écrits. (HAS, 2014)

S	<p>Je décris la <u>Situation</u> actuelle concernant le patient : <i>Je suis : prénom, nom, fonction, service/unité</i> <i>Je vous appelle au sujet de : M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité</i> <i>Car actuellement il présente : motif de l'appel</i> <i>Ses constantes vitales/signes cliniques sont : fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.</i></p>	_____
A	<p>J'indique les <u>antécédents</u> utiles, liés au contexte actuel : <i>Le patient a été admis : date et motif de l'admission</i> <i>Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...</i> <i>Il a eu pendant le séjour : opérations, investigations, etc.</i> <i>Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examens sont : labo, radio, etc.</i> <i>La situation habituelle du patient est : confus, douloureux, etc.</i> <i>La situation actuelle a évolué depuis : minutes, heures, jours</i></p>	_____
E	<p>Je donne mon <u>évaluation</u> de l'état actuel du patient : <i>Je pense que le problème est : ...</i> <i>J'ai fait : donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.</i> <i>Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave</i> <i>Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet</i></p>	_____
D	<p>Je formule ma <u>demande</u> (d'avis, de décision, etc.) : <i>Je souhaiterais que : ...</i> <i>par exemple :</i> <i>Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : quand ?</i> ET <i>Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : quoi et quand ?</i></p>	_____
<p>RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.</p>		

Ce document est issu du guide HAS « Saed : ça aide à communiquer », téléchargeable sur www.has-sante.fr

Figure 8 : SAED : ça aide à communiquer (HAS, 2014)

Concernant la législation, des lois existent sur l'échange des données des patients (Directive européenne, Code civile, Déclaration des droits de l'homme et code de Déontologie). Les patients peuvent s'opposer aux échanges et un consentement est requis. (EGLOFF, 2016)

Il est obligatoire de rédiger un compte rendu pour informer le PdS qui nous a adressé le patient sur le diagnostic établi ainsi que sur les traitements qui seront envisagés (EGLOFF, 2016).

Il est recommandé d'effectuer les échanges via une messagerie électronique pour diminuer le risque de violation du secret médical.

Il faut également noter que les déplacements pour les patients FM ne sont pas faciles pour tous. Il est estimé qu'environ 50 % des patients éprouvent des difficultés à conduire une voiture, qui est pourtant le moyen de déplacement le plus simple selon les patients. (Fibromyalgie SOS, 2015) C'est pourquoi adresser directement n'est pas forcément la solution pour eux. Pourtant, le code de santé publique stipule qu'il est obligatoire d'adresser si la situation ou le patient l'exige. (EGLOFF, 2016)

3.2.2 Organisme / associations

La fibromyalgie a été reconnue par l'Organisation mondiale de la santé en 1992 en tant que maladie, mais elle peine à être validée par le ministère de la Santé française. Cette absence de reconnaissance impacte en plus la vie professionnelle des malades, qui ne peuvent généralement pas garder un emploi non adapté à leurs capacités affaiblies. (Manus, 2020)

Ce sont principalement les associations qui luttent pour la reconnaissance de la maladie.

Il en existe 2 au niveau national, avec le statut d'association loi 1901 : Fibromyalgie SOS et Fibromyalgie France. Elles ont été agréées par le ministère de la Santé. Elles ont chacune un rôle différent, puisque Fibromyalgie SOS permet un soutien administratif et médical avec un service d'écoute et une forte documentation sur leur site internet, alors que Fibromyalgie France portera plutôt sur la prévention à destination du personnel médical et des entreprises. Les deux seront présents lors de divers congrès médicaux. (INSERM, 2020)

En 2014, l'association française de la lutte antirhumatismale (AFLAR) et Fibromyalgie SOS ont développé une enquête nationale avec plus de 400 questions. Les objectifs étaient de déterminer sur la population française les conséquences de la FM, d'améliorer la recherche et la prise en charge des patients. Ils ont recueilli le témoignage de 4536 personnes, ce qui donne la plus grande base de données déclaratives sur la FM. (Fibromyalgie SOS, 2015)

Pour que ces résultats soient accessibles à tous, ils ont été synthétisés sous la forme de trois brochures « N° 1 Fibromyalgie épidémiologie diagnostic et symptômes ; N° 2 Prise en charge de la fibromyalgie ; N° 3 Conséquences et répercussions de la fibromyalgie ». Leurs niveaux de preuve sont faibles, mais elles donnent un aperçu de l'ensemble des répercussions de la maladie au niveau français.



Figure 9 : Les 3 brochures ainsi que des dépliants proposés par Fibromyalgie SOS

Il existe également des associations à vocation de lobbying politique. Au niveau européen, on retrouvera l'European Network of Fibromyalgia Associations (ENFA) et au niveau français le collectif Fibro'actions qui est un collectif d'associations locales et sur internet. Elles œuvrent pour la reconnaissance des handicaps invisibles.

Il existe la journée mondiale de la FM qui est le 12 mai. (INSERM, 2020)

4. Prise en charge par le chirurgien-dentiste

4.1 Généralités – Prévention – Dépistage

Il est recommandé, comme pour l'ensemble de la population, d'effectuer le brossage de dents bi quotidiennement pendant 2 minutes, avec une brosse à dents souple et un dentifrice fluoré. La concentration en fluor du dentifrice dépendra de l'âge du patient. En complément du brossage, l'utilisation du fil dentaire ou des brossettes est également conseillé quotidiennement pour éliminer la plaque interdentaire. Sur le site internet de l'UFSBD, de nombreuses fiches-conseils sont en libre accès. (UFSBD, 2020)

L'éducation à l'hygiène orale est primordiale dans la relation de soins. La mise en place d'un suivi régulier et de moyens de préventions est indispensable chez les patients atteints de fibromyalgie, car la réalisation de soins conservateurs est souvent complexe.

Si lors d'un questionnaire médical, plusieurs « anomalies » faisant suspecter une FM sont présents, le questionnaire FiRST peut-être présenté aux patients. (INSERM, 2020) Bien évidemment, un suivi chez le médecin généraliste sera effectué si le questionnaire s'avéré être positif en faveur de la présence de la maladie. Il existe des centres de la douleur chronique où les patients peuvent également être suivis.

Dans le questionnaire de Fibromyalgie SOS, on remarque que seulement 47 % des répondants ont consulté un chirurgien-dentiste lors de l'année précédente. Ce chiffre reste le même quelle que soit la classe sociale. (Fibromyalgie SOS, 2015) Pourtant, les recommandations sont d'une visite chez le chirurgien-dentiste, possiblement deux, durant l'année. La gestion de la douleur étant particulièrement délicate chez ces patients, la visite « à la demande » et seulement lors de douleurs dentaires ne peut être envisagée.

La pénibilité des sorties rend la mise en place des rendez-vous complexe. Il faut prendre en compte que certaines positions sont douloureuses pour les patients, de même que l'attente. Il semble primordial de réserver les premiers créneaux de la matinée ou de l'après-midi à ces patients pour qu'il n'y ait pas d'attente ou de risque de retard. Les séances devront également être de courte durée. Bien évidemment, chaque patient FM aura sa particularité et il faudra adapter notre prise en charge en fonction de ses possibilités (ouvrir la bouche un certain temps, en position allongé ou semi-assise...).

Il faut également tenir compte du fait qu'un faible pourcentage des patients FM (mais non négligeable et au-dessus de la moyenne de la population générale) a subi par le passé des violences sexuelles ou de la maltraitance et que nous allons être amené à entrer dans sa sphère privée lors du soin.

La douleur dentaire peut entraîner de l'anxiété lors des séances de soin. L'utilisation de MEOPA (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote) peut être envisagée même lors de trouble anxieux léger si l'anesthésie est difficile.

Une étude clinique réalisée par l'équipe enseignante de la faculté de chirurgie dentaire de Toulouse objective un lien entre la fibromyalgie et le nitrite salivaire produit par la flore bactérienne. Il y aurait une baisse significative de la concentration de ce nitrite par rapport aux patients témoins. Il est à noter que les patients FM ont une consommation de médicaments anticholinergiques (à visée antalgique) et que ceux-ci modifieraient la production salivaire et ainsi induiraient un déséquilibre du milieu buccal. Le nitrite d'origine salivaire aurait un réel impact au niveau digestif et cardiovasculaire puisqu'il aurait un effet vasodilatateur et antimicrobien. (Barragué et coll., 2017)

4.2 Pédodontie – Dysmorphie cranio-faciale

Il n'existe pas d'étude sur les répercussions de la FM sur la croissance de l'enfant ou de l'adolescent. L'utilisation d'antalgiques opioïdes est à considérer avec beaucoup de précautions puisqu'il existe un fort risque de mésusage ou d'un usage récréatif chez les adolescents avec le développement d'une dépendance à l'âge adulte. Les patients atteints de SFMJ présentent également des douleurs orofaciales, notamment des céphalées de tensions. (Matera et coll., 2019) Il n'y a pas de recommandations particulières, pour l'instant, concernant les enfants et les adolescents atteints de FM. La prise en charge sous MEOPA peut s'avérer nécessaire.

4.3 Soins bucco-dentaires

Il est nécessaire de s'interroger sur les types de restaurations à envisager chez les patients FM. Le compte rendu du questionnaire de Fibromyalgie SOS, dans une sous partie, avait questionné sur la présence d'amalgame en bouche, et sur l'évolution de leur douleur après leur dépose. Il était question également de la chélation. (Fibromyalgie SOS, 2015) Les résultats n'étaient pas concluants et l'étude de faible niveau de preuve. Mais ces résultats interrogent et il est important de pouvoir répondre aux questions que se pose le patient.

Les amalgames dentaires sont sujets à controverse.

Il faut savoir que la dose moyenne d'ingestion de mercure recommandée par l'OMS est de 200µg par semaine. En France, la population ingérerait en moyenne 267µg par semaine. La valeur pour les amalgames dentaires n'est pas précise, entre 3 et 17µg de mercure par jour, qui est d'ailleurs une valeur moyenne... En réalité, c'est leur nombre, leur taille (une surface occlusale, proximal ou cervical) et leur emplacement (sur une molaire, ou en occlusal d'une incisive) qui sont des éléments à prendre en compte. Les vapeurs de mercure peuvent être en pics notamment suite à des agressions thermiques, chimiques (acidité) et mécaniques (mastication, brossage des dents). (Jeanneret, 2021) Une étude de 2013 a fixé au nombre de sept la valeur limite

d'amalgames en bouche, sans quoi les valeurs d'exposition quotidienne aux vapeurs de mercure devenaient problématiques. (Dutton et coll., 2013)

L'ANSM, lors d'un rapport publié en 2015, déclare qu'il n'y a aucun lien de causalité entre les amalgames dentaires et le diagnostic de maladie neurologique, néphrologique et psychologique. Pourtant, de nombreux auteurs concluent que l'exposition au mercure ne développe pas de pathologie, mais pourrait être un facteur favorisant pour les personnes sensibles. (Jeanneret, 2021)

La chélation est un procédé médical qui consiste à éliminer des métaux « nuisibles » de l'organisme par l'introduction d'un agent chélateur d'origine chimique ou organique. L'agent vient créer un complexe stable, inactif et non toxique en se liant à des métaux, comme le mercure, ou bien encore le plomb ou le cuivre. Le complexe étant soluble, il sera ensuite éliminé par la voie rénale. C'est une solution utilisée principalement en cas d'ingestion aiguë, car son action est lourde pour les reins. Il existe des chélateurs naturels, comme les algues, l'azolla et d'autres plantes aquatiques. La coriandre, associée à la chlorelle, permet de déloger les métaux et les polluants puis les remettre dans la circulation sanguine. (Jeanneret, 2021)

Lors de la mise en place d'amalgames dentaires, il est nécessaire d'effectuer une deuxième séance de polissage pour réduire les rejets mercuriels de 50 à 150 %.

En cas de dépose d'un amalgame, il doit être fait sous champ opératoire pour éviter au maximum l'inhalation des vapeurs et des particules. Il faut utiliser un spray d'eau abondant et essayer de retirer en intégralité l'amalgame en taillant les extrémités. Il faut une aspiration de haut débit et également penser à aspirer derrière le champ opératoire. Le patient doit être équipé d'une protection faciale et corporelle, tout comme le chirurgien-dentiste et l'assistante.

Selon les études, les patients FM ont une plus forte susceptibilité d'avoir une allergie aux métaux utilisés pour les restaurations dentaires. Parmi eux, on retrouve le nickel, le mercure inorganique, le cadmium, le plomb... Le test MELISA ® (*Memory Lymphocyte Immunostimulation Assay*) est un test sanguin validé, qui détecte

l'hypersensibilité de type retardé (allergie de type 4). Mais l'allergie ne fait pas partie de l'étiopathogénie de la maladie, mais pourrait être un facteur de risque d'un sous-groupe de patient. (Stejskal, 2014 ; Bjørklund et coll., 2018)

Les symptômes en cas d'allergie de contact à l'amalgame sont des brûlures, des douleurs ou des sécheresses des muqueuses. Généralement, les symptômes associés aux allergies aux métaux sont les suivants : la stomatite, la mucite, des lésions lichénoïdes, des sensations de brûlures, et enflure des lèvres et des joues, des chéilites. (Dutton et coll., 2013)

Les alliages à bases d'or sont constitués de 65 à 97 % d'or ainsi que de cuivre, de palladium, de platine ou d'argent (norme ISO 1562). Le palladium se retrouve dans les restaurations à base d'alliage. Le palladium et le nickel réagissent de manière croisée, généralement les patients sont allergiques aux deux métaux en même temps. La dégradation mécanique, chimique ou électrochimique des matériaux (corrosion) entraîne la libération d'allergènes, par exemple des sels de métaux. Le titane peut également être source d'allergie, tous comme la zircone. (Sinitchi, 2017)

Des allergies peuvent également être présentes avec les résines méthacrylates notamment la résine acrylique polyméthacrylate de méthyle (PMMA).

En cas d'allergie, certains soins, notamment prothétiques ne peuvent être réalisés et les recours thérapeutiques ne seront peu ou pas remboursés. Il est alors possible de réaliser un bilan médical à destination des organismes de remboursement pour obtenir une prise en charge particulière. Nous serons mis en relation avec un chirurgien-dentiste-conseil qui sera amené à nous demander un devis des soins nécessaires pour estimer la possible compensation financière. (Canceill et Joniot, 2021)

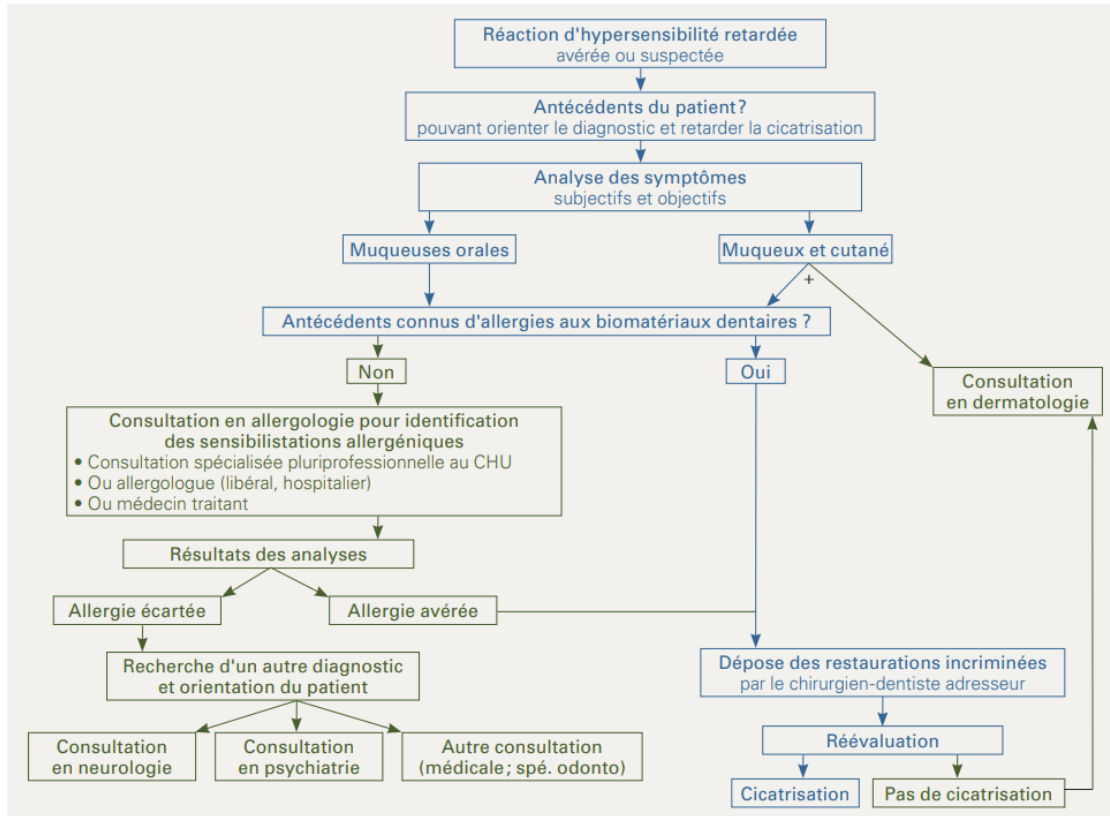


Figure 10 : Arbre décisionnel en cas de réactions d'hypersensibilité dans le cadre de soins bucco-dentaires (Canceill et Joniot, 2021)

L'utilisation de la résine composite est également sujet à questionnement. Les résines composites ont une moins bonne étanchéité, avec plus de reprises carieuses et une phase de collage sensible à l'humidité. Leur toxicité dépend du type de charge, de la taille et de la structure chimique de la résine choisie. Les CVIMAR (ciment verre ionomère modifié par adjonction de résine) ont certes une adhérence aux tissus dentaire, mais leur résistance à la compression reste faible.

Il est très important également de polir les résines composites après leur mise en place, car la dernière couche n'est pas polymérisée et il persiste des monomères libres.

À priori, le relargage de bisphénol A par les résines composites serait inférieur à la dose acceptée, mais il n'existe que peu d'études qui dosent le Bis-GMA.

Les restaurations indirectes ont toutes leurs indications chez les patients FM. Il est possible de fractionner les séances avec également un travail sous digue. L'or et la céramique sont actuellement les seuls matériaux ne possédant pas de perturbateurs endocriniens. Mais comme vu plus haut, l'or (et ses composants) doit être testé pour être sûr que le patient ne développe pas une allergie retardée de type 4. Les pièces prothétiques peuvent être soit en composite, soit en céramique et réalisées par le laboratoire de prothèse ou par CFAO (conception fabrication assistée par ordinateur). Les onlays-inlays-overlays ont un taux de conversion plus important lorsqu'ils sont thermopolymérisés au laboratoire et cela permet de réduire jusqu'à pratiquement zéro la libération de monomères résiduels. (Leroy, 2021)

Il est nécessaire que le praticien ait également connaissance des douleurs dentoalvéolaires persistantes (DDAP). Il n'existe pas d'étude sur la prévalence des DDAP chez les patients FM, mais aux vues des autres symptômes oraux, il est important d'en avoir connaissance lors de la prise en charge de ces patients. Celles-ci se définissent par des douleurs déroutantes orales sans qu'il n'y ait d'explications cliniques. Suite à un acte clinique banal (avulsion, traitement endodontique, détartrage...), des douleurs apparaissent et persistent malgré le temps de cicatrisation. Elles sont sans relation avec la qualité du traitement et ne suivent pas de trajet nerveux. Elles sont décrites le plus souvent comme des sensations de brûlures. Il s'agirait de lésions ou de dysfonctions du système nerveux central ou périphérique. Les traitements pour diminuer la douleur sont souvent des échecs avec une amplification des douleurs (résections apicales, extractions, retraitements endodontiques...). Il faut savoir les détecter pour éviter les chirurgies iatrogènes et ainsi orienter le patient. (Lugol et coll., 2018)

4.4 Les interactions médicamenteuses

En clinique, un ensemble de molécules est fréquemment rencontré sur les ordonnances des patients atteints de FM. On retrouve principalement : le paracétamol (60%) ; le tramadol (30 %) , des morphiniques ou des opioïdes (19 %) ; des antidépresseurs (80 %) ; des corticostéroïdes (13 %) ; des AINS (54 %) ; des antiépileptiques (55 %) ; des benzodiazépines (50 %) ; anesthésiants kétamine (9 %). Les pourcentages ont été arrondis pour une meilleure visibilité. Ces chiffres ne sont pas exhaustifs, mais permettent de dessiner une moyenne dans la population française. De plus, seule la famille de molécules est citée dans l'étude de l'association Fibromyalgie SOS (Fibromyalgie SOS, 2015). Il existe donc une très grande hétérogénéité des prescriptions.

Le plus gros risque concernant la prescription médicamenteuse ou les soins nécessitant une anesthésie, est le syndrome sérotoninergique (SS). Il s'agit d'une atteinte cognitivo-comportementale, végétative et neuromusculaire suite à un effet indésirable, une interaction médicamenteuse ou un surdosage d'agents sérotoninergiques entraînant un surdosage de sérotonine dans le système périphérique et central. Celle-ci peut être potentiellement mortelle. (Jurek et coll., 2019)

Il existe deux familles d'antidépresseurs principalement prescrits chez les patients FM : les antidépresseurs tricycliques (ADT) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA). Ils présentent un effet antalgique à plus faible dose et relativement rapidement. Les ADT sont principalement représentés par l'amitriptyline, l'imipramine et la clomipramine. Ils présentent de nombreux effets secondaires puisqu'ils sont agonistes de plusieurs neuromédiateurs : effet anticholinergique périphérique et central (sécheresse buccale notamment), adrénolytique et histaminergique. Les IRSNA sont principalement représentés par : duloxétine, venlafaxine et le milnacipran. On retrouve également une sécheresse buccale ainsi qu'un risque d'amplification d'un bruxisme en cas de prise de duloxétine. (Bondon-Guitton et Cousty, 2017)

Chez un patient suivant un traitement antidépresseur, il faut donc prévenir le risque de syndrome sérotoninergique. Le tramadol est un antalgique sérotoninergique. Quelques analgésiques opioïdes font également partie des molécules pouvant entraîner un SS. D'autres substances sans ordonnances peuvent également être mises en cause : le millepertuis et le L-tryptophane. (Jurek et coll., 2019)

La dapoxétine (inhibiteur de la recapture de la sérotonine) est contre-indiquée avec la clarithromycine (antibiotique de la famille des macrolides) et également avec l'itraconazole (antifongique azolé). (Bondon-Guitton et Cousty, 2017)

Les anesthésies avec vasoconstricteurs doivent également être utilisées avec précaution, car ils peuvent induire une crise hypertensive.

Les benzodiazépines entraînent généralement une sécheresse buccale ainsi qu'un goût métallique. Associées à d'autres traitements, comme des ADT, des conséquences bucco-dentaires peuvent apparaître : des candidoses (muguet, perlèche), des agueusies, des caries de collets et des parodontites. (Bondon-Guitton et Cousty) Ils sont contre-indiqués avec le kétoconazole, l'érythromycine, les corticostéroïdes et certains INRS (tous métabolisés par le cytochrome P-450 CYP3A4) (Landry et al. 2008)

Il existe un risque infectieux plus élevé pour les patients traités par corticostéroïde au long cours si la posologie est supérieure à 10 mg/j d'équivalent prednisone. Dans ce cas, une antibiothérapie est mise en place en cas d'acte chirurgical nécessitant une cicatrisation muqueuse et/ou osseuse. Le traitement devra être pris dans l'heure qui précède l'acte et poursuivi jusqu'à sept jours après. Les AINS sont déconseillés puisqu'ils augmentent le risque ulcérogène et d'hémorragie digestive. Si cela s'avère nécessaire, un protecteur gastrique pourra être mis en place (un inhibiteur de la pompe à proton de préférence). (LAURENT et coll., 2013)

L'utilisation de MEOPA potentialise l'action des opiacés et a un effet synergique avec les benzodiazépines et les psychotropes. Il faut donc réduire la posologie lors de son administration.

La multitude des prescriptions et les différentes interactions rendent les prescriptions du chirurgien-dentiste particulièrement délicates et sera encore plus sensible concernant la prise en charge de la douleur aiguë.

4.5 Gestion de la douleur

L'approche d'un patient présentant une douleur dysfonctionnelle peut être particulièrement déstabilisante pour le praticien. Les patients ne répondent pas « normalement » aux stimuli et la gestion de la douleur devient alors primordiale.

Pour un patient FM, il est important qu'il y ait déjà une procédure de prise en charge de sa maladie, sans quoi, les actes dentaires seront en grande partie voués à l'échec.

L'anesthésie est primordiale pour la réalisation de toute chirurgie ou autres soins. Il est recommandé de commencer par l'application d'un gel de lidocaïne sur la muqueuse sèche, puis après plusieurs frictions de réaliser l'infiltration. Celle-ci doit être lente avec une carpule d'anesthésie préalablement réchauffée. L'anesthésie ostéocentrale est plus efficace que la para-apicale et moins aléatoire en fonction du praticien. Celle-ci peut être recommandée pour un meilleur silence clinique. (Terrer et coll. 2014)

Lors d'actes de chirurgie buccale, deux versants sont à prendre en compte : la sensibilité périphérique et la sensibilité centrale. En postopératoire, il est recommandé, pour diminuer la sensibilité périphérique de prescrire des AINS (pour leur effet anti-inflammatoire) avec du paracétamol pour leur effet synergique. Il faut également penser aux corticoïdes qui sont de puissants anti-inflammatoires. Ces antalgiques devront être pris le plus tôt possible : c'est ce que l'on nomme l'analgésie préventive.

La réalisation d'un bloc anesthésie postopératoire permet de prévenir la sensibilisation périphérique et centrale. Certaines molécules sont réservées à l'usage hospitalier strict comme la ropivacaïne ou la bupivacaïne qui ont une action

anesthésique de longue durée, mais le chirurgien-dentiste peut simplement utiliser de l'articaine. (Moreau, 2021)

Lors de chirurgie générale, les gabapentinoïdes (prégabaline, gabapentine) peuvent être administrés en dose unique en préopératoire pour diminuer la sensibilité centrale grâce à leur effet antihyperalgésique et anxiolytique. Mais il n'existe pas de données concernant la chirurgie orale.

La prise en charge de la douleur postopératoire ne peut se limiter à des prescriptions pharmacologiques. Il faudra expliquer les possibles conséquences postopératoires avec une approche bienveillante.

Il est important d'éduquer le patient sur la prise d'antalgique de manière systématique, puisque celle-ci est plus efficace que le traitement « à la demande ».

L'ensemble de ces informations est totalement applicable en cas de douleurs aiguës et concernant la gestion des douleurs postopératoires. Mais en cas de patients ayant des douleurs chroniques, comment gère-t-on la pharmacologie au cas de douleurs aiguës ?

Tableau 4 : récapitulatif des principales molécules utilisables dans le traitement ou la prévention des douleurs postopératoires (Landry et coll., 2008)

Classe thérapeutique	Molécule(s)	Classe pharmacologique	Indications(s)	Commentaires
Action antinociceptive				
Antalgiques	Paracétamol	Antalgique/antipyrétique de la famille des anilides	Douleurs nociceptives légères	Toxicité hépatique
	Codéine, poudre d'opium, tramadol...	Antalgiques opioïdes faibles	Douleurs nociceptives modérées, douleurs mixtes (tramadol)	Effet sédatif fréquent Effets monoaminergiques du tramadol (intérêt dans les douleurs neuropathiques)
	Morphine, oxycodone, fentanyl, nalbuphine	Antalgiques opioïdes forts	Douleurs nociceptives intenses, douleurs mixtes	Effet sédatif, constipation, dépression respiratoire
Blocage de la sensibilisation périphérique				
Anti-inflammatoires	Ibuprofène, kétoprofène, naproxène, aspirine, diclofénac...	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Douleurs nociceptives légères à modérées Douleurs inflammatoires	Contre-indiqués chez la femme enceinte, chez l'insuffisant rénal et pour les douleurs infectieuses
	Prednisone, prednisolone, bétaméthasone....	Glucocorticoïdes	Douleurs inflammatoires (non infectieuses)	Nombreux effets indésirables en cas de prise prolongée (>10 jours)
Myorelaxants	Thiocolchicoside	Myorelaxant central	Douleurs musculaires légères	Diarrhées en cas de prise prolongée (>7 jours)
	Diazépam	Benzodiazépine	Douleurs musculaires modérées et sévères	Effet anxiolytique intéressant pour les patients anxieux/stressés
Blocage de la sensibilisation centrale				
Anesthésiques locaux	Lidocaïne, articaïne, ropivacaïne, bupivacaïne	Anesthésiques locaux de la famille des amino-amides	Douleurs muqueuses (topique) Douleurs neuropathiques (bloc)	Toxicités cardiaque et neurologique à forte dose
Antiépileptiques	Prégabaline, gabapentine	Gabapentinoïdes	Douleurs neuropathiques	Effets anti hyperalgésiques Bonne tolérance Titration nécessaire

Il existe des données et des recommandations sur la prise en charge analgésique et anesthésique des patients consommateurs d'opiacés ou sous traitement de substitution aux opiacés. Celles-ci ont été publiées sur le site d'addictovigilance dans l'onglet 6 du livret disponible en libre accès. ([Livret Médicaments Antalgiques Opioïdes - Addictovigilance](#)) (Courty et Authier, 2012) Cette prise en charge demande, encore une fois, d'être multimodale, car certaines prescriptions et le choix des molécules sont de l'ordre du médecin généraliste ou bien plus spécifiquement du médecin référent du centre anti-douleurs.

4.6 Les désordres temporo-mandibulaires

4.6.1 Dépistage (d'Incau et coll., 2018 ; d'Incau, 2021)

Il existe des affections musculosquelettiques et neuromusculaires qui touchent l'appareil manducateur. L'appareil manducateur regroupe les articulations temporo-mandibulaires, les muscles masticateurs ainsi que tous les tissus associés. Plusieurs terminologies sont retrouvées dans la littérature, comme le SADAM (syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur), le DAM (dysfonction de l'appareil manducateur), ou bien encore les troubles musculosquelettiques (TMS) de l'appareil manducateur. Il est recommandé d'utiliser actuellement la dénomination de DTM (désordres temporo-mandibulaires) par analogie avec sa dénomination anglaise.

Les patients FM sont dits « à risque » de douleurs orofaciales. La FM et les DTM font partie d'un même « pôle » : le syndrome de sensibilité centrale ; ou bien encore, elles sont dites comme des pathologies de chevauchement (Figure 4). Pour rappel, la prévalence des DTM chez les patients FM serait de 42 à 94 %. (Jeon, 2020) Il est important pour le chirurgien-dentiste de détecter les signes (objectifs) ou symptômes (subjectifs) de ces DTM. De plus, des douleurs myofasciales peuvent représenter des signes d'alerte d'un dysfonctionnement central de la gestion de la douleur. Trois questions de base permettent de les dépister de façon simple et efficace. Il s'agit des « 3Q/TMD » et peuvent être intégrées dans le questionnaire médical de base.

Tableau 5 : Dépistage simple avec les questions « 3Q/TMD »

- Q1 : Ressentez-vous une douleur au niveau des tempes, de la face et de la mâchoire ou de l'articulation de la mâchoire une fois par semaine ou plus ?
- Q2 : Ressentez-vous une douleur une fois par semaine ou plus lorsque vous ouvrez la bouche ou lorsque vous mastiquez ?
- Q3 : Votre mâchoire se bloque-t-elle ou reste-t-elle coincée une fois par semaine ou plus ?

Une réponse positive à Q1 et Q2 est très évocatrice de la présence d'un DTM algique (sensibilité : 0,83-0,94 ; spécificité : 0,41-0,55) alors qu'une réponse positive à Q3 signe un trouble intra-articulaire sans pour autant l'exclure si la réponse est négative.

Si le dépistage est positif, d'autres investigations doivent être mises en place.

Il existe une multitude de TMS, mais l'acronyme BAD permet de les synthétiser. Il peut exister des bruits au niveau des ATM (claquement, craquement et crépitation) lors des mouvements mandibulaires. Le **A** est pour les algies, qui peuvent être absentes, persistantes, mono-épisode ou bien récurrentes et qui vont être modulées par la pression et/ou les mouvements mandibulaires. Il est possible aussi de retrouver des anomalies de la cinétique mandibulaire, c'est-à-dire une **d**yscinésie.

Les signes et symptômes sont cycliques, ils fluctuent dans le temps et impactent la qualité de vie.

4.6.2 Classification RDC/TMD (d'Incau, 2021)

Les critères diagnostics actuellement utilisés datent de 1992. Ils s'illustrent dans le questionnaire RDC/TMD (*Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders*). Douze des diagnostics sur les trente-huit existants sont majoritairement rencontrés. Il existe quatre grandes catégories : les affections de l'ATM, les affections des muscles masticateurs, les céphalées provenant d'un DTM et les troubles des structures associées.

Cet outil diagnostic oriente l'examen clinique, avec des critères standardisés et validés. Deux axes sont évalués, tout d'abord l'axe biologique et biomécanique avec l'examen clinique, puis le deuxième avec le statut psychosocial lors de l'entretien clinique. Le modèle biopsychosocial d'Engel est également retrouvé ici. (Berthelot et Vacher, 2021)

FORMULAIRE D'EXAMEN DC/TMD

Date (j-mm-aaaa)

Patient _____ Examineur _____

1a. SITE DOULEUR: 30 derniers jours (Choisir tout ce qui s'applique)

DOULEUR - DROIT Non Temporal Autres musc mast Structures non-mast

DOULEUR - GAUCHE Non Temporal Autres musc mast Structures non-mast

1b. SITE MAL DE TÊTE: 30 derniers jours (Choisir tout ce qui s'applique)

Non Temporal Autre

2. RELATION INCISIVE Dent référence FDI #11 FDI #21 Autre

Surplomb incisif horizontal Si négatif mm Surplomb incisif vertical Si négatif mm Déviation médiane Droite Gauche N/A mm

3. PATRON OUVERTURE (Supplément; Choisir tout ce qui s'applique) Déviation non-correctée rectiligne Déviation corrigée Droit Gauche

4. MOUVEMENTS OUVERTURE

A. Ouverture sans douleur mm

B. Ouverture maxi. sans aide mm

C. Ouverture maxi. avec aide mm

D. Intermompu?

5. MOUVEMENTS LATÉRAUX ET PROTRUSION

A. Latéral droit mm

B. Latéral gauche mm

C. Protrusion mm

Si négatif

6. BRUITS ATM PENDANT MOUVEMENTS OUVERTURE & FERMETURE

ATM DROITE Examiner: Ouvert, Ferm, à Craq, habituelle. Patient: Douleur à Craq, habituelle. Douleur habituelle.

ATM GAUCHE Examiner: Ouvert, Ferm, à Craq, habituelle. Patient: Douleur à Craq, habituelle. Douleur habituelle.

7. BRUITS ATM PENDANT MOUVEMENTS LATÉRAUX & PROTRUSION

ATM DROITE Examiner: Craquement, Crépitements. Patient: Douleur à Craq, habituelle. Douleur habituelle.

ATM GAUCHE Examiner: Craquement, Crépitements. Patient: Douleur à Craq, habituelle. Douleur habituelle.

8. BLOCAGE ARTICULAIRE

ATM DROITE Réduction: En ouvrant, Position ouvert grand. Blocage: Patient, Examineur.

ATM GAUCHE Réduction: En ouvrant, Position ouvert grand. Blocage: Patient, Examineur.

9. DOULEUR PALPATION MUSCLES & ATM

CÔTÉ DROIT (1 kg) Douleur habituelle, Mal de tête habituel, Douleur référée.

CÔTÉ GAUCHE (1 kg) Douleur habituelle, Mal de tête habituel, Douleur référée.

ATM Pôle latéral (0.5 kg), Autour du pôle latéral (1 kg).

10. DOULEUR PALPATION MUSCLES SUPPLÉMENTAIRES

CÔTÉ DROIT (0.5 kg) Douleur habituelle, Douleur référée.

CÔTÉ GAUCHE (0.5 kg) Douleur habituelle, Douleur référée.

11. DIAGNOSTICS

DÉSORDRES DOULOUREUX Non, Myalgie, Douleur Myofasciale Référée.

DÉSORDRES ATM DROITE Non, Déplacement du disque (en choisir un), ...avec réduction, ...avec réduction, et blocage intermittent, ...sans réduction, avec ouverture limitée, ...sans réduction, sans ouverture limitée.

DÉSORDRES ATM GAUCHE Non, Déplacement du disque (en choisir un), ...avec réduction, ...avec réduction, et blocage intermittent, ...sans réduction, avec ouverture limitée, ...sans réduction, sans ouverture limitée.

12. COMMENTAIRES

Copyright International RDC/TMD Consortium Network. Translated by Goulet J-P, Univ. Laval, Quebec, Canada. Available at <http://www.rdc-tmdinternational.org>
Version 12May2013. No permission required to reproduce, translate, display, or distribute.

Figure 11 : Formulaire d'examen DC/TMD

Pour l'évaluation du second axe, 2 questionnaires sont adaptés à l'entretien clinique au cabinet. Il s'agit du formulaire GCPS (*Graded chronic pain scale*), ou encore nommé le score du grade chronique de la douleur ; et du formulaire PHQ-4 (*Patient health questionnaire*) qui permet de mettre en évidence l'anxiété et/ou la dépression du patient. Ceux-ci se trouvent en annexe (Annexe 4 et 5).

Il est également intéressant d'évaluer la qualité subjective du sommeil puisqu'il existe une réciprocity entre qualité du sommeil et douleur de façon négative.

Tableau 6: Résumé des principaux antécédents et de l'examen clinique pour les 12 DTM (chiffres entre parenthèses) les plus courants (d'Incau, 2021)

Catégorie	Sous-catégorie	Résumé des antécédents et de l'examen clinique
Myalgie (1) : antécédents positifs pour les deux critères suivants : douleur dans la mandibule la tempe, l'oreille, ou en avant de l'oreille ; douleur modifiée par le mouvement de la mandibule, une fonction ou une para fonction Examen clinique : Douleur au niveau des masséters ou des temporaux produite lors de la palpation ou lors de l'ouverture buccale maximale assistée ou non	Myalgie locale (2) ; douleur myofasciale (3) ; douleur myofasciale référée (4)	Douleur exclusivement localisée au niveau de la palpation ; douleur se propageant au-delà du site de palpation mais à l'intérieur des limites du muscle ; douleur se propageant au-delà des limites du muscle palpé
Arthralgie (5) : antécédent identique à la myalgie		Douleur au niveau de l'ATM produite par la palpation ou les mouvements mandibulaires assistés ou non
Troubles intra-articulaire	Déplacements discaux : avec réduction (6) ; avec réduction et blocage intermittent (7) ; sans réduction et avec ouverture limitée (8) ; sans réduction et sans ouverture limitée (9)	Claquement, craquement, crépitation : à l'ouverture ou la fermeture (1 mouvement sur 3), ou un mouvement d'ouverture et de fermeture plus un mouvement latéral ; ancienneté indifférente et présence ou non de blocage peu important Antécédent : diminution de l'ouverture buccale et incapacité à manger ou interférence avec l'alimentation Examen clinique : Ouverture maximale assistée <40mm ; antécédents comme indiqués auparavant mais ouverture assistée >40mm
	Pathologie articulaire dégénérative (10)	Crépitation lors de tout mouvement mandibulaire avec relativement peu de douleur
	Subluxation (11)	Antécédents : ouverture bloquée et auto-manipulation pour assurer la fermeture
Céphalée attribuée à un DTM (12)		Antécédents : céphalée temporale modifiée par les mouvements de la mandibule, la fonction, ou la para fonction. Examen clinique : céphalée familière lors de la palpation temporale ou lors des mouvements mandibulaires.

4.6.3 Le diagnostic

Il n'existe pas encore de cause étiologique démontrée. L'étude OPPERA (*Orofacial Pain: Prospective Evaluation and Risk Assessment*), publiée en 2013, a identifié la présence de certains facteurs d'influence sur la survenue initiale d'un DTM algique : l'humeur, l'anxiété, la dépression, la somatisation, une faible capacité de régulation de la douleur, des problèmes dans la fonction neuroendocrine et certains facteurs génétiques et/ou environnementaux. (Slate et coll., 2016 ; Slate et coll., 2013)

Un formulaire présenté dans l'article de Réalités cliniques n°1 « Dysfonctionnements temporo-mandibulaires algiques aigus » écrit par Emmanuel d'Incau et publié en mars 2021, permet d'avoir un grand nombre d'informations sur le vécu du patient.

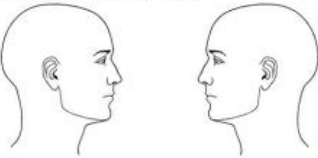
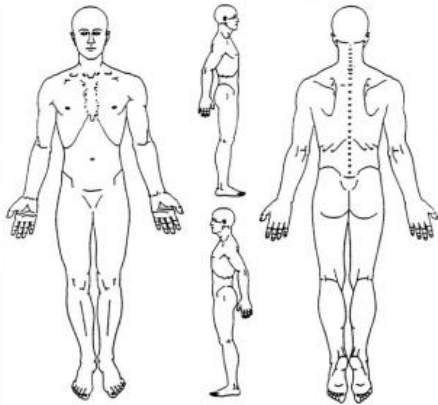


<p>1. Données Patient</p> <p>Nom _____ Prénom _____ Age _____ Sexe (M/F) Statut marital _____ Emploi _____</p> <p>2. Antécédents médicaux (résumé de l'état de santé, des traitements en cours, etc.) _____ _____</p> <p>3. Plainte douloureuse</p> <ul style="list-style-type: none"> Localisation de la douleur (délimiter la ou les zones douloureuses ; marquer «I» au niveau de la douleur la plus intense) <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> Survenue de la douleur et durée _____ Âge à l'apparition de la douleur _____ Fréquence des pics douloureux (noter «continue» si absence de rémission) _____ Durée des pics douloureux _____ Intensité de la douleur (entourer une note de 1 à 10 qui décrit le mieux la douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> pas de douleur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maximale imaginable </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> pas de douleur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 douleur maximale imaginable </div> </div> <p style="text-align: center;">Fond douloureux Pics douloureux</p> <ul style="list-style-type: none"> Facteurs déclenchant / aggravant la douleur _____ La douleur est soulagée par _____ Qualité de la douleur (pressante, perçante, lancinante, brûlante, électrique, tranchante, autre) _____ <p>4. Signes et symptômes associés</p> <ul style="list-style-type: none"> Systémiques (nausée, vomissement, photophobie, phonophobie, vertiges, autre) _____ Locaux (déchirement, rhinorrhée, gonflement, rougeur, autre) _____ 	<p>5. Historique de trauma (Oui / Non) Si oui : date _____ Description _____</p> <p>6. Résumé de l'histoire de la douleur (détails additionnels incluant les réponses à des traitements précédents) _____ _____</p> <p>7. Douleur dans d'autres parties du corps</p> <ul style="list-style-type: none"> Localisation de la douleur <div style="text-align: center;">  </div> <p>8. Comment votre douleur affecte-t-elle votre qualité de vie ? (tracer un trait vertical sur la zone qui décrit le mieux la détérioration de votre qualité de vie)</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>9. Comment dormez-vous ? (tracer un trait vertical sur la zone qui décrit le mieux la qualité de votre sommeil)</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>10. Est-ce que la douleur vous réveille ? (Oui / Non) Fréquence : _____</p> <p>Commentaires : _____ _____</p>
--	---

Figure 12 : Questionnaire en présence de douleurs oro-faciales (d'Incau, 2021)

Il est nécessaire d'avoir dès le début de la consultation une radiographie panoramique pour objectiver des troubles de l'ATM de type congénitale ou bien acquis de type arthrose dégénérative. (Dupas et Dupas, 2021)

- Examen général (Dupas et Dupas, 2021)

Quelques paramètres doivent être objectivés avant de regarder la sphère buccale. Tout d'abord, la profession qu'effectue le patient nous indique sur sa position durant la journée (assise prolongée, devant un ordinateur, le stress...)

Il faut également savoir si notre patient présente une hyperlaxité au niveau des doigts. Si c'est le cas, il sera alors cohérent de retrouver de grandes amplitudes lors de la cinématique mandibulaire (en ouverture et en latéralité). À défaut, de grandes amplitudes avec des doigts rigides indiqueraient une pathologie discale ancienne.

Le port de lunettes et l'oculogyrie du patient seront également évalués. Il est important de savoir si la convergence des deux yeux est simultanée et de même amplitude. Le défaut de l'un des yeux entraînera une compensation au niveau cervical ainsi que des douleurs frontales. Pour ce faire, le test consiste à placer un crayon/stylo au niveau des yeux, à une vingtaine de centimètres et de le rapprocher lentement ensuite de façon horizontale vers la face. Ce test est réalisé bouche ouverte et bouche fermée avec les dents en contact. Normalement, les deux yeux convergent semblablement. Si ce n'est pas le cas, il faut définir si c'est un œil primitif ou un œil d'adaptation posturale pour définir s'il faut l'intervention d'un orthoptiste dans la prise en charge.

La vision globale du patient est très importante pour une prise en charge de qualité. L'ensemble de ces notions sont développées dans l'ouvrage du Dr. DUPAS « Occlusodontie et posture » édition Cps, 2021. Il existe également une vidéo explicative : [Diagnostic et traitement du dysfonctionnement cranio mandibulaire HEVC - YouTube](#)

La posture du patient aura également un impact. Nous ne sommes pas ostéopathe, mais un test relativement simple permet de nous guider quant à la contribution de celui-ci dans la prise en charge. Ce test est celui de la ceinture scapulaire, il est également réalisé en bouche ouverte et en bouche fermée en occlusion dentaire. Il

consiste à pendre les poignets du patient avec le pouce, l'index et le majeur et à tirer, de façon symétrique, dans le plan frontal et ainsi objectiver l'horizontalité des malléoles radiales. Le geste ne doit pas être brutal, mais relativement rapide pour surprendre les muscles.

La grande majorité des individus, c'est-à-dire 90 %, présentent un déséquilibre postural totalement asymptomatique.

Anatomiquement, le faisceau longitudinal médian relie les noyaux des muscles oculomoteurs et les noyaux de la chaîne scapulaire. L'un a un impact sur l'autre. De nombreux auteurs accordent à la mandibule un rôle dans la posture du corps humain. Selon Dupas, celle-ci ne serait pas un capteur de posture, mais simplement un perturbateur postural. Le bruxisme quant à lui serait un amplificateur de symptomatologie.

- Examen de l'appareil manducateur (d'Incau 2021; Dupas et Dupas 2021)

L'examen de l'appareil manducateur devra suivre un schéma bien précis. Le formulaire DC/TMD peut être utilisé simplement. La localisation des douleurs sera la première donnée relevée, puis on effectuera une palpation musculaire qui renseignera sur l'état des muscles masticateurs ainsi que les trapèzes et les muscles sterno-cléido-mastoïdiens (c'est-à-dire au niveau du cou et des épaules). On notera la présence d'un bruxisme, qu'il soit nocturne ou diurne. L'auscultation articulaire (avec un stéthoscope) permet de confirmer ou d'infirmer la présence d'une antéposition discale. Les patients décrivent quelquefois des bruits articulaires, mais ceux-ci n'en sont pas. La chasse du liquide synoviale, l'étirement des ligaments le matin ou bien le passage du condyle mandibulaire au-delà de l'éminence temporale sont à tort défini par le patient comme des « claquements ».

Par la suite, c'est la cinématique mandibulaire qui est observée. Le diagramme de FARRAR est alors dessiné : la verticalité du trajet d'ouverture avec son amplitude, puis les trajets des latéralités avec leur amplitude également. Ces trajectoires sont effectuées dans le plan frontal volontairement par le patient, et de façon non forcée. Si une déviation du trajet d'ouverture est présente, alors le trouble se présente du côté de la déviation.

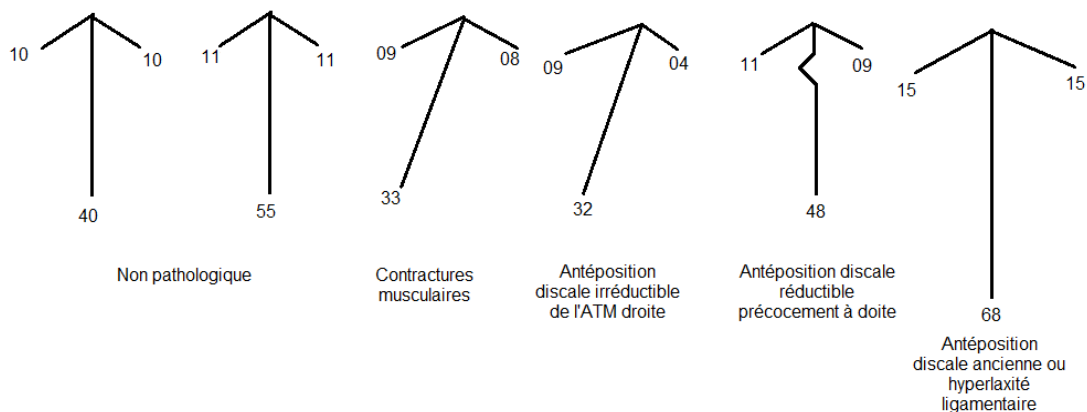


Figure 13: Exemples de différents diagrammes de Farrar objectivables pendant la consultation (Dupas et Dupas, 2021)

Il peut être intéressant également de tester chez le patient l'ouverture buccale forcée. Dans la normalité, nous pouvons obtenir 2 à 3 mm mais en cas de trouble comme une antéposition discale alors le disque fera obstacle et il sera impossible d'ouvrir plus la bouche. Des muscles spasmodés ne permettent qu'une ouverture forcée de 1 mm.

Un test supplémentaire peut-être utile au diagnostic : celui de la rétroimpulsion forcée de la mandibule. Il ne sera effectué qu'en l'absence de bruits articulaires. La paume de la main est alors placée sur le menton du patient, tandis que l'autre est située au niveau de l'occiput, puis une force est appliquée par le praticien sur le menton. Deux douleurs peuvent apparaître : soit en avant de l'ATM, ce qui signifie une douleur musculaire au niveau des ptérygoïdiens latéraux (spasmodés par le bruxisme) ; ou bien au niveau de l'ATM (en avant du Méat acoustique externe) par la compression de la zone bilaminaire postérieure et qui signifie ainsi une pathologie de type articulaire.

Il est impératif d'ajouter à cet examen celui de la position de la langue au repos et lors de la déglutition. L'aspect de la langue sera observé, notamment si elle est « crantée » antérieurement et/ou latéralement. Une interposition linguale entre les lèvres sera également recherchée. La langue au repos doit se situer sur les papilles palatines (ou la papille bunoïde) avec les arcades dentaires en inclusion. Selon l'article écrit par Jean-Marie Berthelot et Christian Vacher, elle aurait un rôle primordial dans le renforcement d'un DTM. (Berthelot et Vacher, 2021) En moyenne, la langue participe à la déglutition 2 500 fois par jour.

4.6.4 La prise en charge

- Recommandation sur l'hygiène de vie (Bodere et Fleiter, 2007; Langlade et Ouhioun, 2021)

La prise en charge a pour but de diminuer la douleur ainsi qu'obtenir une fonction mandibulaire correcte et ainsi une amélioration de la qualité de vie. Beaucoup des conseils sur l'hygiène de vie paraissent simplistes, mais ils limitent la chronicisation des symptômes. Les douleurs aiguës ont un très bon pronostic, et leur traitement doit être réversible et non invasif. En cas de douleur chronique, l'objectif de la prise en charge est différent : diminution de la douleur de 50 % ainsi que l'acceptation de celle-ci pour diminuer sa perception et faire participer le patient à sa prise en charge. C'est un objectif de réadaptation et non de guérison.

Quelques règles de base sont délivrées au patient :

- Mettre la mâchoire au repos, c'est-à-dire pas d'occlusion en dehors des repos et de la déglutition (ce qui représente 30 min/24 h) ;
- Avoir une bonne hygiène de sommeil (position de sommeil, pas sur le ventre) ;
- Réduire les parafunctions comme le serrement des dents à l'éveil, la pulsion linguale, le mordillement d'objets ou des joues, la mastication continue de chewing-gum, l'onychophagie... ;
- Mettre en place la physiothérapie : soit par thérapie physique, ou bien manuelle ou auto-rééducation. L'orthèse occlusale de type neuromusculaire peut-être concomitante si bien réalisée pendant 2-3 mois ;

La prise en charge pluridisciplinaire prend toute son importance pour les patients présentant des DTM algiques qu'ils soient chroniques ou pas. Dans le cas de douleurs chroniques, plusieurs acteurs de natures différentes travailleront de façon concomitante pour mettre toutes les chances du côté du patient. Il est nécessaire d'avoir un praticien « référent » travaillant notamment dans un centre de prise en charge de la douleur chronique (CEDT), ou structure de douleur chronique (SDC). Ces centres ou structures sont identifiés par l'agence régionale de la santé (ARS). Le patient devient alors coacteur de sa prise en charge.

Avec l'aide de moyens mnémotechniques le patient sera invité à prendre conscience de ses appuis anormaux de la langue et des dents. Au cours de la journée, les dents sont en inoclusion et la langue se situe sur la papille retro-incisive avec la bouche fermée. Le but étant ici d'inverser ses habitudes et de faire prendre conscience au patient de sa posture. Le serrement des dents aura un effet renforçateur des algies. Il est important d'informer le patient sur les mauvaises postures en journée et lors du sommeil. Il est important d'utiliser un oreiller physiologique, ou dit ergonomique, pour obtenir un bon alignement des cervicales et de la colonne vertébrale.

Pour une meilleure observance du patient, il est recommandé de donner toutes ces recommandations sur une fiche que le patient aura ainsi chez lui.

La mise en place des thérapeutiques locales, comme des orthèses et de la kinésithérapie orofaciale, diminuent très grandement les douleurs spontanées de la sphère manducatrice qui sont d'ailleurs présentes chez les patients FM à 95 %. (Bodere et Fleiter, 2007 ; Bodere et Pionchon, 2006)

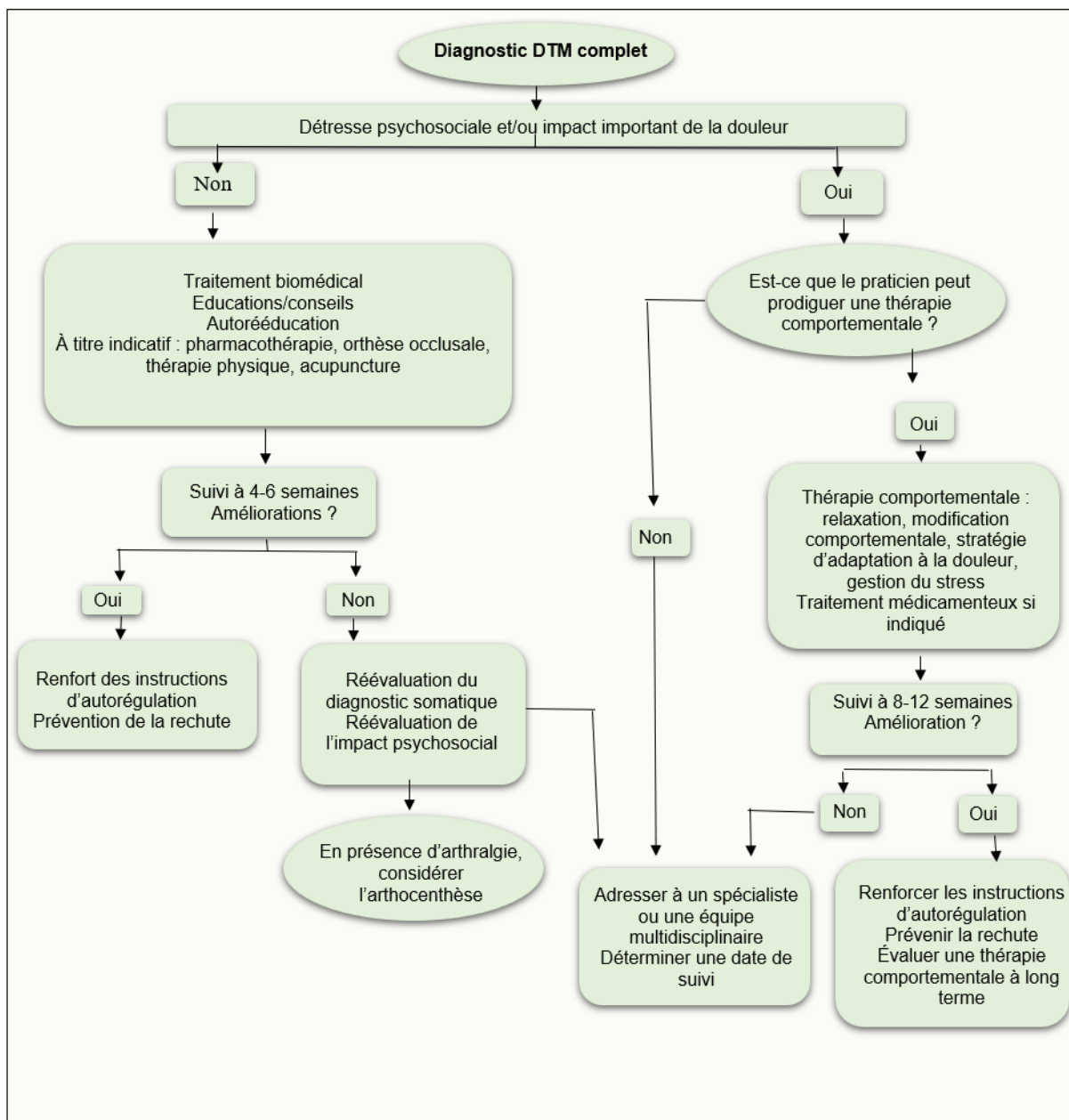


Figure 14 : Algorithme de prise en charge des DTM algiques (d'Incau, 2021)

- Orthèse

L'utilisation d'orthèse est discutée dans la littérature. Il en existe une multitude et certaines études montrent qu'aujourd'hui, elles n'ont aucun impact. (Fouda, 2020) Pourtant, d'après Pierre-Hubert DUPAS, c'est plutôt le fait qu'elles soient mal réalisées, c'est-à-dire dans de mauvaises conditions, en ne prenant pas en compte les autres facteurs corporels.

Il recommande le port de la gouttière 24h/24h en dehors des repas, pendant une période de 2-3 mois avec contrôle tous les 2-3 semaines de l'horizontalité de la ceinture scapulaire et de la bonne convergence oculaire. Celle-ci ne doit pas interférer avec la position mandibulaire de repos et être réglée avec du papier très fin. Elle sera réalisée à la mandibule (pour le port continu) et avec une résine relativement rigide. Les douleurs musculaires disparaissent alors assez rapidement. Une fois la mandibule décontractée, des petits réglages occlusaux peuvent être nécessaires, tout en vérifiant la chaîne scapulaire et le port de la gouttière peut être maintenu la nuit.

Le mode d'action de la gouttière reste relativement peu connu, mais son effet placebo majore la prise en charge. La gouttière ne sera jamais un traitement unique, celui-ci ne doit être que d'appoint.

Toutefois, il est convenu de rester vigilant à l'accoutumance des gouttières en cas de port quotidien nocturne chez les patients bruxomans. Il convient d'effectuer un sevrage et de réduire son port aux périodes de vie stressantes. (Herrero Babiloni, 2019)

La correction de l'occlusion, s'il y a besoin, et avec la plus grande parcimonie, n'est réalisée qu'en l'absence totale de douleur.

- Physiothérapie (Bodere et Fleiter, 2007; Langlade et Ouhioun, 2021)

L'autogestion permet une meilleure réadaptation. Il faut motiver et instruire le patient pour obtenir une meilleure observance. Les exercices physiques sont la pierre angulaire de la réadaptation des TMS régionaux. Pourquoi ne pas les intégrer dans notre prise en charge également ? Le kinésithérapeute est d'une grande aide. Il va pouvoir faire apprendre des exercices de relaxation (notamment avec la respiration diaphragmatique), permettre l'apprentissage d'automassage ainsi que des étirements et éduquer le patient à des exercices de coordination (notamment un entraînement proprioceptif et de posture).

En cas de douleur musculaire, il peut être recommandé d'appliquer de la chaleur humide ou du froid. La chaleur, avec l'aide de coussinets chauffants (40-50°) qui doivent être appliqués pendant une vingtaine de minute de chaque côté, à réaliser une fois par jour. Il est préférable d'emballer la source de chaleur, typiquement dans une serviette ou des gants de toilette. L'application de froid ne doit pas durer plus de 10 min, ce qui correspond à l'apparition de l'engourdissement du muscle.

Il n'existe que peu d'études sur l'efficacité réelle de la physiothérapie concernant les TMD. (Berthelot et Vacher, 2021)

Le but était la réalisation autonome par le patient. Les exercices sont réalisés pendant six semaines minimum.

Le kinésithérapeute prendra également la rééducation linguale en charge, si nécessaire.

- Hypnose

Il n'existe que peu d'études sur l'intérêt de l'hypnose en présence de douleurs chroniques de l'articulation temporo-mandibulaire ou des muscles masticateurs. Elles suggèrent l'existence d'un bénéfice limité, voir nul sur la diminution du seuil de pression douloureuse. Il n'existe pas assez de preuve pour en déduire également des effets bénéfiques. (Yuqing Zhang et coll., 2015)

L'hypnose a été bien plus étudiée au niveau du corps entier. Dans ces études, les douleurs chroniques sont réduites en intensité et les résultats sont meilleurs qu'avec un traitement placebo.

L'hypnose a un grand potentiel dans le traitement de la FM, avec l'avantage de ne pas créer d'effets secondaires cumulatifs à la maladie. Cependant, il existe une grande part de variabilité, en fonction notamment du clinicien qualifié, de la susceptibilité hypnotique du patient ainsi que de son environnement culturel. De ce fait, les études suggèrent un bénéfice modéré à ce jour.

De même que pour les autres thérapies, le but est également d'éduquer le patient, dans ce cas à la pratique de l'autohypnose. Les séances peuvent être enregistrées et enseignées pour que le patient, selon ses propres possibilités, contrôle lui-même ses séances. L'hypnose est un traitement complémentaire, elle ne peut être un traitement à elle seule. (Descroix, 2018 ; Bobo et Descroix, 2018)

4.7 La xérostomie – la stomatodynie

4.7.1 La xérostomie et sa prise en charge

La xérostomie est rencontrée chez un grand nombre de patients FM. Celle-ci peut-être objective, c'est-à-dire avec une hyposialie comme dans le syndrome auto-immun de Gougerot-Sjögren (SGS), ou bien « subjective » en présence de stomatodynie. La prise de certains médicaments peut également entraîner une sécheresse buccale en entraînant une atteinte ou une dysfonction du contrôle nerveux de la sécrétion salivaire. Le SGS impacte les glandes salivaires avec la présence d'une fibrose secondaire à une inflammation chronique. Les patients présentant une respiration buccale peuvent également présenter une hyposialie. (Fricain, 2019)

Il existe une très grande liste de médicaments inducteurs d'une hyposialie, mais les principaux rencontrés en cabinet dentaire sont : les anticholinergiques (antidépresseurs, antipsychotiques, diurétiques, antihistaminiques, antispasmodiques) et sympathomimétiques (antidépresseurs, antihypertenseurs, bronchodilatateurs). C'est donc des molécules que l'on retrouve également chez les patients FM.

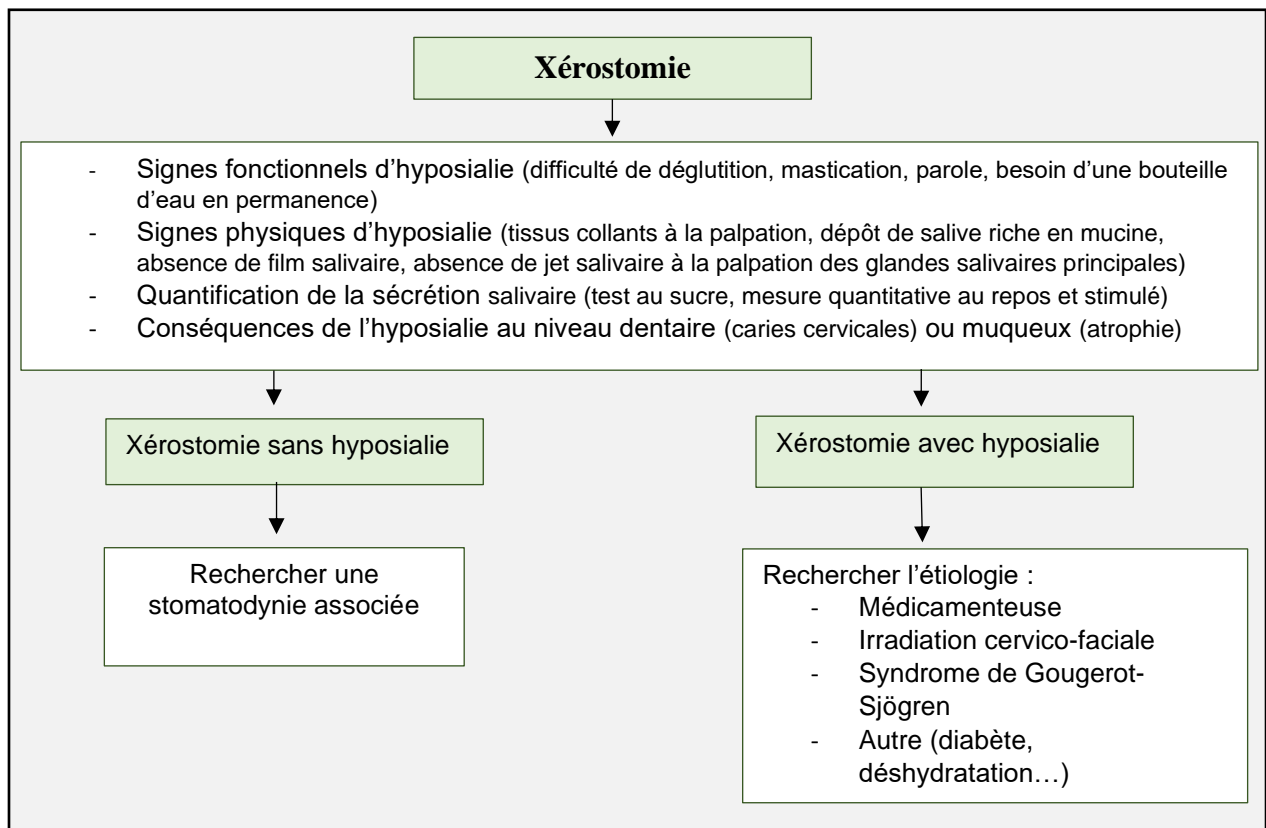


Figure 15 : Diagnostic d'une xérostomie avec ou sans hyposialie (Fricain, 2019)

Il existe plusieurs tests pour objectiver une hyposialie, mais le test au sucre est le plus simple à réaliser. Il suffit de placer un sucre (numéro 4) sous la langue du patient et d'observer que celui-ci a bien fondu en 3 minutes.

La prise en charge d'une xérostomie reposera principalement sur un traitement substitutif et non étiologique. Si elle est d'origine médicamenteuse, une réduction des doses ou la substitution peut être envisagée, mais seulement avec l'accord du médecin référent. L'application de topiques, comme des sprays, des gels humectants ou des lubrifiants seront alors conseillés. Il est tout à fait possible de réaliser une gouttière de

fluoruration pour éviter les complications éventuelles comme l'apparition de carie notamment cervicale. Le patient ne devrait pas utiliser des produits agressifs pour ces muqueuses déjà fragilisées. Par exemple, les dentifrices contenant du laurylsulfate de sodium (SLS) sont responsables d'une prévalence plus élevée d'apparition d'aphtes buccaux. (Altenburg et coll., 2014) Il faudra également utiliser un dentifrice avec un RDA (relative dentin abrasivity) inférieur à 250.

Quelques conseils peuvent être donnés au patient : boire de l'eau gazeuse ou de l'eau glacée puisque cela stimule la sécrétion salivaire ; mastication de courte durée de bonbons ou de chewing-gum sans sucre ; manger des sorbets et des fruits frais ; sticks à lèvres ; mise en place d'humidificateur d'ambiance ; bains de bouches au bicarbonate à 1.4 % (pour rétablir le pH salivaire et limiter le développement de mycose ou autres infections); des gommes arabiques à mâcher...

Différents produits substitutifs ou humectants pourront être conseillés aux patients FM atteints de xérostomie comme : salive artificielle Artisial®; gel humectant Bioextra® ; bains de bouche au bicarbonate à 1,4 % Solucare®; spray buccal Evomucy®; spray lubrifiant Xeroleave Elgydium Clinic®; spray buccal Aequasial®.

Il est possible de prescrire des sialagogues, notamment le chlorhydrate de pilocarpine (4 à 6mg trois fois par jour au long cours) mais ceux-ci présentent de nombreux effets secondaires et un coût élevé. La prescription n'est autorisée en France qu'en présence du SGS ou d'une hyposialie post-radique.

7.4.2 La stomatodynie et sa prise en charge (Fricton et coll., 2018)

Les stomatodynies primitives (*Burning Mouth Syndrome*) se décrivent comme des brûlures quotidiennes (minimum deux heures dans la journée) au niveau de la muqueuse buccale ou des dysesthésies, existant depuis au moins deux mois, mais sans lésion apparente. Elles peuvent également être secondaires, mais dans ce cas,

elles sont provoquées par une affection de la muqueuse buccale. Même sans lésion apparente, il s'agit bien d'une douleur neuropathique et non idiopathique. Il existe 3 formes cliniques, mais pas de diagnostic spécifique.

Tableau 7 : Formes cliniques des glossodynies (Friction et coll., 2018)

Glossodynie primitive (femme ménopausée, contexte anxiodépressif, brûlure chronique, douleur non insomnante, dysgueusie, xérostomie sans rapport avec la douleur)	Evolution diurne de la douleur	Intensité de la douleur pendant les repas
Type 1 (le plus fréquent)	Augmentation progressive avec intensité maximale le soir	Diminution
Type 2	Brûlures continues	Augmentation
Type 3 (le moins fréquent)	Brûlures intermittentes	Variable

Il faudra demander au patient depuis combien de temps dure cette gêne ; les facteurs déclenchants et les conditions d'apparition ; la localisation ; l'intensité (avec une échelle standard validée), ainsi que l'évolution de la gêne lors des prises alimentaires et si d'autres symptômes sont présents (xérostomie et dysgueusie). Les traitements antalgiques non opioïdes sont inefficaces sur ces douleurs neuropathiques. Le traitement repose sur des médicaments antiépileptiques ou antidépresseurs tricycliques (notamment Clonazépam et Amitriptyline), mais ceux-ci seront prescrits par un neurologue. Donc en cas de diagnostic, il faudra adresser le patient. La douleur sera réévaluée sur plusieurs mois, voire années. La capsaïcine peut être prescrite en traitement topique associé à de la xylocaïne (« préparation magistrale : teinture de capsicum 25 g, associée à la xylocaïne visqueuse gel 2 % 75 g ; à appliquer localement 4 à 6 fois par jour »). Mais celle-ci est très mal supportée, car elle entraîne l'apparition de brûlures. L'action de la capsaïcine repose sur son exposition prolongée qui désensibilise les terminaisons nociceptives et élève le seuil douloureux.

6. Conclusion

Il n'existe pas de stéréotype de patients FM. Il est donc pratiquement infaisable de réaliser un arbre décisionnel sur leur prise en charge. Ces patients ont des douleurs dysfonctionnelles qui peuvent toucher l'ensemble du corps, mais également l'appareil manducateur. Cette maladie est souvent associée à la présence d'une xérostomie et d'une dysgueusie. Une prise en charge individualisée est nécessaire puisqu'elle dépend de quand le patient peut se déplacer (leurs capacités de mobilité sont toutes différentes) ainsi que du temps qu'il peut passer sur le fauteuil. Ils auront des seuils douloureux « anormaux ». Leur souffrance modulera les séances.

Il faut être capable d'écouter leur souffrance et ainsi faire preuve d'empathie. C'est la pierre angulaire de l'établissement d'une relation de confiance. Cette relation sera difficile à établir chez des patients ayant souvent connu des années d'errance et de nombreux praticiens « fibroseptique ». Leurs douleurs sont toujours réelles et ne sont pas à décrédibiliser.

En ne connaissant pas la pathologie et ses facettes, des soins classiques peuvent être des « échecs » avant même d'être réalisés. L'importance de l'enseignement à l'hygiène orale est primordiale chez ces patients avec lesquels la gestion de la douleur reste relativement difficile. L'anesthésie se doit d'être totalement maîtrisée. Une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire, notamment dans les centres de la douleur, avant de vouloir intervenir au niveau de l'appareil manducateur. Le médecin référent peut notamment être d'une grande aide pour éviter l'apparition d'un syndrome sérotoninergique suite à nos prescriptions.

De plus, certains patients présentent des hypersensibilités retardées (allergie de type 4) à de nombreux métaux dentaires. Le choix des matériaux devra donc également être pensé lors des soins (du soin classique à la prothèse et l'implant). Un grand nombre des patients présentent des désordres temporo-mandibulaires. La prise en charge du DTM devra se faire dans sa globalité et intégrer dans le traitement de la FM, notamment par les kinésithérapeutes, les ostéopathes, etc. Ainsi la communication interprofessionnelle sera primordiale pour l'avancée des soins et éviter la redondance

pour le patient. Des conseils avisés seront donnés par le CD pour le soulagement buccal en cas de xérostomie avec hyposialie.

Ce document n'a pas l'arrogance de se prétendre être exhaustif concernant la prise en charge par le CD des patients atteints de FM. Il permet simplement de sensibiliser le lecteur et lui donner des pistes sur les doléances qu'il est possible de rencontrer. L'auteure espère que les avancées scientifiques permettront dans les années à venir de meilleures réponses et une meilleure reconnaissance et connaissance de cette pathologie par le ministère de la Santé ainsi que par les professionnels de santé.

Références bibliographiques

1. Altenburg A, El-Haj N, Micheli C, Puttkammer M, Abdel-Naser MB, Zouboulis CC. The treatment of chronic recurrent oral aphthous ulcers. *Dtsch Arzteblatt Int.* 3 oct 2014; 111(40): 665-73.
2. Arendt-Nielsen L, Morlion B, Perrot S, Dahan A, Dickenson A, Kress HG, et coll. Assessment and manifestation of central sensitisation across different chronic pain conditions. *Eur J Pain.* 2018; 22(2): 216-41.
3. Arnold LM, Choy E, Clauw DJ, Goldenberg DL, Harris RE, Helfenstein MJ, et coll. Fibromyalgia and Chronic Pain Syndromes: A White Paper Detailing Current Challenges in the Field. *Clin J Pain.* sept 2016; 32(9): 737-46.
4. Barragué H, Blasco-Baque V, Dubosc C, Furiga A, Grimoud AM, Kémoun P, et coll. Modifications du milieu buccal quel impact sur la santé ?. *Inf dent.* 8 Février 2017 ; 99(6/7) : 24-9.
5. Bennett RM, Friend R, Jones KD, Ward R, Han BK, Ross RL. The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis Res Ther.* 2009; 11(4): R120.
6. Berthelot JM, Vacher C. Dysfonctionnement de l'appareil manducateur. *Rev Rhum Monogr.* 1 sept 2021 ; 88(4) : 293-7.
7. Bjørklund G, Dadar M, Aaseth J. Delayed-type hypersensitivity to metals in connective tissue diseases and fibromyalgia. *Environ Res.* 1 févr 2018; 161: 573-9.
8. Bobo MLG, Descroix V. Hypnose et douleur chronique oro-faciale. *Inf dent.* 2018 ; 4(38) : 36-39.
9. Bodere C, Fleiter B. Douleurs musculaires chroniques. *Inf dent.* 2007 ; 18(4) : 363-76.
10. Bodere C, Pionchon P. Fibromyalgie et douleurs orofaciales. *Inf dent.* 22 Novembre 2006 ; 88(40) : 2575-80.

11. Bondesson E, Larrosa Pardo F, Stigmar K, Ringqvist Å, Petersson I f., Jöud A, et coll. Comorbidity between pain and mental illness – Evidence of a bidirectional relationship. *Eur J Pain*. 2018; 22(7): 1304-11.
12. Bondon-Guitton E, Cousty S. Effets indésirables et interactions médicamenteuses d'intérêt en odontologie. *Réal Clin*. 2017 ; 28(4) : 237-41.
13. Borchers AT, Gershwin ME. Fibromyalgia: A Critical and Comprehensive Review. *Clin Rev Allergy Immunol*. 1 oct 2015; 49(2): 100-51.
14. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med*. nov 2004; 2(6): 576-82.
15. Canceill T, Joniot S. Consultation hospitalière pour les patients allergiques aux biomatériaux dentaires : diagnostiquer pour mieux orienter la prise en charge. *Biomatériaux Cliniques*. mars 2021; 6(1): 28-34.
16. Chartier MR. Clarity of Expression in Interpersonal Communication. *JONA J Nurs Adm*. juill 1981; 11(7): 42.
17. Courty P, Authier N. Douleur chez les patients dépendants aux opiacés. *Presse Méd*. 1 déc 2012 ; 41(12, Part 1) : 1221-5.
18. Cradock S. Patient-centered medicine— transforming the clinical method. By Moira Stewart, Judith Belle Brown, W Wayne Weston, Ian R McWhinney, Carol L McWilliam and Thomas R Freeman. 2nd Edition. Radcliffe Medical Press. ISBN 1 85775 981 8. Paperback, published 2003. *Pract Diabetes Int*. mai 2004;21(4):153-153.
19. Descroix V. Douleur chronique et hypnose. *Inf dent*. 2018 ; 100(25) : 84-87
20. Dupas PH, Dupas G. Occlusodontie et posture. Paris : Editions CdP ; 2021. 150 p.
21. Dutton DJ, Fyie Ken, Faris P, Ludovic B, Herbert Emery JC. The association between amalgam dental surfaces and urinary mercury levels in a sample of Albertans, a prevalence study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2013, 8(22): 1-7

22. Egloff C. Relations orthodontie-prothèse : établissement d'un outil de communication inter-services au sein du CHU de Nancy [thèse]. Nancy : Université de Lorraine ; 2016. 78p.
23. Engel GL. From Biomedical to Biopsychosocial: Being Scientific in the Human Domain. *Psychosomatics*. nov 1997; 38(6): 521-8.
24. Fields H. State-dependent opioid control of pain. *Nat Rev Neurosci*. juill 2004; 5(7): 565-75.
25. Fitzcharles MA, Perrot S, Häuser W. Comorbid fibromyalgia: A qualitative review of prevalence and importance. *Eur J Pain*. 2018; 22(9): 1565-76.
26. Fouda AAH. No evidence on the effectiveness of oral splints for the management of temporomandibular joint dysfunction pain in both short and long-term follow-up systematic reviews and meta-analysis studies. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 30 avr 2020; 46(2): 87-98.
27. Fricain JC. Xérostomie ou hyposialie ?. *Inf dent*. 4 Sept 2019 ; 101(29) : 26-34.
28. Fricain JC, Fenelon M, Castros S. Les stomatodynies primitives ; un piège diagnostique et une difficulté thérapeutique pour le chirurgien-dentiste. In : Descroix V, Fricain JC. *L'essentiel – Douleur orofaciale*. Paris : Espace ID ; 2018. p. 23-6.
29. Gerdle B, Ernberg M, Mannerkorpi K, Larsson B, Kosek E, Christidis N, et coll. Increased Interstitial Concentrations of Glutamate and Pyruvate in Vastus Lateralis of Women with Fibromyalgia Syndrome Are Normalized after an Exercise Intervention – A Case-Control Study. *PLoS ONE*. 3 oct 2016; 11(10): e0162010.
30. Germanowicz D, Lumertz M, Martinez D, Margarites A. Sleep disordered breathing concomitant with fibromyalgia syndrome. *J Bras Pneumol*. 1 juill 2006; 32(4): 333-8.

31. Glowinski J. Histoire naturelle de la fibromyalgie et pronostic. *Rev Rhum.* avr 2003 ; 70(4) : 302-5.
32. Gota CE, Kaouk S, Wilke WS. The impact of depressive and bipolar symptoms on socioeconomic status, core symptoms, function and severity of fibromyalgia. *Int J Rheum Dis.* 2017; 20(3): 326-39.
33. Grayston R, Czanner G, Elhadd K, Goebel A, Frank B, Üçeyler N, et coll. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of small fiber pathology in fibromyalgia: Implications for a new paradigm in fibromyalgia etiopathogenesis. *Semin Arthritis Rheum.* 1 avr 2019; 48(5): 933-40.
34. HAS (Haute Autorité de Santé). Rapport d'orientation – Syndrome fibromyalgique de l'adulte. Saint-Denis la Plaine : HAS ; 2010. 124 p.
35. Häuser W, Perrot S, Clauw DJ, Fitzcharles M-A. Unravelling Fibromyalgia—Steps Toward Individualized Management. *J Pain.* 1 févr 2018; 19(2): 125-34.
36. Häuser W, Perrot S, Sommer C, Shir Y, Fitzcharles MA. Diagnostic confounders of chronic widespread pain: not always fibromyalgia. *Pain Rep.* 30 avr 2017; 2(3): e598.
37. Heidari F, Afshari M, Moosazadeh M. Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Int.* 1 sept 2017; 37(9): 1527-39.
38. Herrero Babiloni A, Harvey B, Beetz G, Dal Fabbro C, Mayer P, Huynh N, et coll. Le bruxisme du sommeil en 2020. *Inf dent.* 16 oct 2019 ; 101(35) : 28-32.
39. D'Incau E, Cazals G, Pitz M, Fleiter B. Prise en charge des dysfonctionnements temporo-mandibulaires algiques. *Inf dent.* 27 juin 2018 ; 100(25) : 13-22.
40. D'Incau E. Dysfonctionnements temporomandibulaires algiques aigus. *Réal Clin.* 2021; 32(1): 60-71.
41. INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale). Fibromyalgie Rapport Complet. Les Ulis : EDP Sciences ; 2020. 908 p.

42. INSERM. Fibromyalgie. Les Ulis : EDP sciences ; 2020. 883 p.
43. Jeanneret B. Mercure et santé, quel est aujourd'hui l'impact des amalgames dentaires ? [thèse]. Nancy : Université de Lorraine ; 2021. 114 p.
44. Jeon Y. Fibromyalgia: practical considerations for oral health care providers. J Dent Anesth Pain Med. oct 2020; 20(5): 263-9.
45. Jurek L, Nourredine M, Megarbane B, d'Amato T, Dorey JM, Rolland B. Le syndrome sérotoninergique : une revue actualisée de la littérature. Rev Méd Interne. 1 févr 2019 ; 40(2) : 98-104.
46. Kosek E, Ekholm J, Hansson P. Increased pressure pain sensibility in fibromyalgia patients is located deep to the skin but not restricted to muscle tissue. Pain. 1995; 63(3): 335-9.
47. Ma KSK, Lai JN, Veeravalli JJ, Chiu LT, Van Dyke TE, Wei JCC. Fibromyalgia and periodontitis: bidirectional associations in population-based 15-year retrospective cohorts. J Periodontol. 2021: 1-11.
48. Landry P, Gervais M, O'Connor KP. Mise à jour sur les considérations pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et les interactions médicamenteuses dans le choix d'une benzodiazépine. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 août 2008 ; 166(7) : 585-94.
49. Langlade M, Ouhioun JL. Optimisation clinique des troubles temporo-mandibulaire. Montrouge ; Parresia. ; 2021. 431p
50. Laurent F, Alantar A, Baranes M, Bouaziz F, Davido N, Doucet P. Risques médicaux – Guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste. Paris : Association dentaire française ; 2013. 135 p.
51. Leroy M. Soins dentaires et perturbateurs endocriniens ; Etat des lieux et conduite à tenir [Thèse]. Nantes : Université de Nantes ; 2021. 91p.

52. Lugol M, Devoize L, Melin C. Les douleurs dento-alvéolaires persistantes. In : Descroix V, Fricain JC. L'essentiel – Douleur orofaciale. Paris : L'information dentaire ; 2018. p. 60.
53. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et coll. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis. févr 2017; 76(2): 318-28.
54. Manus JM. Brèves : Reconnaissance de la fibromyalgie, enfin ?. Rev Francoph Lab. mai 2020 ; 2020(522) : 11.
55. Mariette X, Criswell LA. Primary Sjögren's Syndrome. N Engl J Med. 2018; 378: 931-939.
56. Martinez-Lavin M. Biology and therapy of fibromyalgia. Stress, the stress response system, and fibromyalgia. Arthritis Res Ther. 2007; 9(4): 216.
57. Matera E, Palumbi R, Peschechera A, Petruzzelli MG, Scirucchio V, de Tommaso M, et coll. Juvenile Fibromyalgia and Headache Comorbidity in Children and Adolescents: A Literature Review. Pain Res Manag. 3 juin 2019; 2019: 3190829.
58. Moana-Filho EJ, Herrero Babiloni A, Theis-Mahon NR. Endogenous pain modulation in chronic orofacial pain: a systematic review and meta-analysis. Pain. août 2018; 159(8): 1441-55.
59. Moreau N. La douleur postopératoire en chirurgie orale. Réal Clin. 2021 ; 32(1) : 45-52.
60. Mutlu P, Zateri C, Zohra A, Ozerdogan O, Mirici AN. Prevalence of obstructive sleep apnea in female patients with fibromyalgia. Saudi Med J. juill 2020; 41(7): 740-5.
61. Nack F, Sandev AY. Enquête nationale 2014 de l'association Fibromyalgie SOS Rapport d'analyse. Bussy St Georges : Fibromyalgie SOS ; 2015. 94p.

62. O'Brien AT, Deitos A, Triñanes Pego Y, Fregni F, Carrillo-de-la-Peña MT. Defective Endogenous Pain Modulation in Fibromyalgia: A Meta-Analysis of Temporal Summation and Conditioned Pain Modulation Paradigms. *J Pain*. 1 août 2018; 19(8): 819-36.
63. Ossipov MH, Morimura K, Porreca F. Descending pain modulation and chronification of pain. *Curr Opin Support Palliat Care*. juin 2014; 8(2): 143-51.
64. Perrot S, Bouhassira D, Fermanian J. 70 Development and validation of the fibromyalgia rapid screening tool (First). *Eur J Pain*. 2009; 13(S1): S29b-30.
65. Perrot S, Vicaut E, Servant D, Ravaud P. Prevalence of fibromyalgia in France: a multi-step study research combining national screening and clinical confirmation: The DEFI study (Determination of Epidemiology of Fibromyalgia). *BMC Musculoskelet Disord*. 7 oct 2011; 12(1): 224.
66. Plantamura A, Steinbauer J, Eisinger J. Apnées du sommeil et fibromyalgie : l'absence de corrélation n'est pas en faveur de l'hypothèse centrale exclusive. *Rev Méd Interne*. 1 sept 1995 ; 16(9) : 662-5.
67. Sentenac Q. Vocabulaire professionnel et approche centrée sur la personne en odontologie [thèse]. Toulouse : Université Toulous III ; 2016. 86 p.
68. Sinitchi G. Zirconium allergies caused by oral dental materials. A general review. *International Journal of medical Dentistry*. 2 avr 2017; 21(2): 89-93.
69. Slade GD, Fillingim RB, Sanders AE, Bair E, Greenspan JD, Ohrbach R, et coll. Summary of findings from the OPPERA prospective cohort study of incidence of first-onset temporomandibular disorder: implications and future directions. *J Pain*. déc 2013; 14(12 Suppl): T116-124.
70. Slade GD, Ohrbach R, Greenspan JD, Fillingim RB, Bair E, Sanders AE, et coll. Painful Temporomandibular Disorder: Decade of Discovery from OPPERA Studies. *J Dent Res*. sept 2016; 95(10): 1084-92.

71. Stejskal V. Metals as a common trigger of inflammation resulting in non-specific symptoms: diagnosis and treatment. *Isr Med Assoc J IMAJ*. déc 2014; 16(12): 753-8.
72. Terrer E, Talbi F, Couderc G, Tassery H, Vialatte L, Tramini P. Anesthésie ostéo-centrale versus locorégionale du bloc du nerf dentaire inférieur. *Inf dent*. 15 octobre 2014 ; 96(35) : 21-28.
73. Thirunavukarasu AJ, Ferro A, Sardesai A, Biyani G, Dubb SS, Brassett C, et coll. Temporomandibular joint anatomy: Ultrasonographic appearances and sexual dimorphism. *Clin Anat*. 2021; 34(7): 1043-9.
74. Walitt B, Katz RS, Bergman MJ, Wolfe F. Three-Quarters of Persons in the US Population Reporting a Clinical Diagnosis of Fibromyalgia Do Not Satisfy Fibromyalgia Criteria: The 2012 National Health Interview Survey. *PLoS ONE*. 9 juin 2016; 11(6): e0157235.
75. Walitt B, Nahin RL, Katz RS, Bergman MJ, Wolfe F. The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *PLoS ONE*. 17 sept 2015; 10(9): e0138024.
76. Walters A, Tolle SL, McCombs GM. Fibromyalgia Syndrome: Considerations for Dental Hygienists. *Am Dent Hyg Assoc*. 1 avr 2015; 89(2): 76-85.
77. Wallenhorst T. Devenir accompagnant dans la relation d'aide. Lyon : *Chronique sociale* ; 2020. 239 p.
78. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et coll. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 1 déc 2016; 46(3): 319-29.
79. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et coll. The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 1990; 33(2): 160-72.

80. Wu YL. Sleep disturbances in fibromyalgia: A meta-analysis of case-control studies. *J Psychosom Res.* 2017; 9(96): 89-97.
81. Yavne Y, Amital D, Watad A, Tiosano S, Amital H. A systematic review of precipitating physical and psychological traumatic events in the development of fibromyalgia. *Semin Arthritis Rheum.* août 2018; 48(1): 121-33.
82. Zhang Y, Montoya L, Ebrahim S, Busse JW, Couban R, McCabe RE, et coll. Hypnosis/Relaxation Therapy for Temporomandibular Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Oral Facial Pain Headache.* avr 2015; 29(2): 115-25.

Références bibliographiques électroniques

1. HAS (Haute Autorité de Santé). Saed, un outil pour mieux communiquer [Internet]. 2014 [cité 23 nov 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974332/fr/saed-un-outil-pour-mieux-communiquer
2. UFSBD (Union française pour la santé bucco-dentaire). Fiches patients [Internet]. 2020 [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/fiches-patients/>
3. Vergnes JN, Sixou M, Apelian N, Bedos C. L'approche centrée sur la personne : importance de l'écoute en odontologie comme en médecine. Entret Bichat, Entret odontol stomatol [Internet]. 2014 [cité 3 déc 2021]. Disponible sur : <https://studylibfr.com/doc/3796364/l-approche-centrée-sur-la-personne---importance-de-l-écou...>

Annexe 1 : Tableau 8: Diagnostic différentiel de la FM, présentant des douleurs chroniques, (Hauser et coll., 2017) (Häuser et coll., 2017)

Famille	Antécédents	Examen	Test spécifique
Maladie rhumatismales inflammatoire systémique	Heure d'apparition définie Symptômes d'augmentation progressive Rigidité le matin sup 1h Symptômes constitutionnelles (fièvre, diminution appétit et perte de poids) Douleur localisé sur les articulations ou les enthèses Eruption cutanée / psoriasis, vascularite, sensibilité au soleil Phénomène de Raynaud, Surfaces muqueuse sèches Symptômes intestinaux suggérant une maladie intestinal Antécédents familiaux de m. rhumatisme ou inflammatoire	Pâleur, IMC bas Adénopathie Eruption cutanée, nodule Tendresse articulaire Mobilité verticale limité	ESR, CRP, Ant-CCP, ANA, et HLA-B27 Echographie articulaire Imagerie radiographie
Affection musculo squelettique non rhumatismal	Douleur localisé sur des régions (cou, épaules Luxations articulaires Antécédents familiaux d'hypermobilité	Trigger Points Articulations hypermobiles Fragilité de la peau (ecchymose et cicatrice atrophique)	Test génétique si EDS autre que le type d'hypermobilité suspecté
Affections Endocrinienne / Métabolique	Gain de poids Constipation Changer la taille des mains et pieds Mauvaise expositions au soleil	Pâleur Démarche en dandinement Chevelures épaissis	TSH PTH Vitamine D
Gastro intestinal	Antécédent familiaux de maladie thyroïdienne		
Maladie infectieuse	Perte de poids Ballonnement, diarrhées Facteurs de risque pour l'hépatite C (drogue intraveineuse)		Coloscopie Anticorps transglutaminase Anti-VHC
Malignité	Erythème migrant Symptôme systémique important Douleur osseuse Douleurs nocturne		
Maladie neurologique	Tout symptômes neurologique Augmenter le tonus musculaire Démarche lente Tremblement	Anomalie neurologique discrète Tremor Rigidité Wadding gait	Etude neurologique
Sténose vertébrale / myélopathie	Age plus avancé Douleurs vertébrales Antérieur douleur claudicantes en particulier les fesses et les cuisses Douleurs liées à la posture	L'examen de la colonne vertébrale peut-être normal pour l'âge	Etude d'imagerie radiographique
Myopathie/Myosite	Antécédent familiaux de myopathie Difficulté à monter les escaliers / en position assises Symptômes musculaire induites par l'exercice Eruption cutané Syndrome de Raynaud Sensibilité musculaire Crampes Symptômes musculaire lié à l'apport en glucide	Eruption faciale héliotrope Mains de mécanicien Raffermissment de la peau Symptômes induits par l'exercice et l'alimentation Faiblesse/sensibilité musculaire	Créatine kinase Test immunologique et génétique selon les indications Electromyographie Test à l'effort IRM Biopsie musculaire
Trouble de santé mentale	Antécédents psychosociaux personnels et familiaux	Questionnaire « Health Questionnaires-4 « (dépistage l'anxiété et de la dépression	Entretien psychiatrique

ANA : antinuclear antibody ; anti-CCP : anti-cyclic-citrullinated peptide; BMI body mass index ; ESR erythrocyte sedimentation rate ; HLA-B27 human leucocyte antigen-B27 ; PTH parathyroid hormone ; RF : rheumatoid factor ; TSH thyroïde-stimulating hormone

Au cours des 7 derniers jours,

5. Avez-vous eu des douleurs ?

aucune douleur _____ *douleurs très importantes*

6. Avez-vous été fatigué (e) ?

Pas du tout fatigué (e) _____ *Extrêmement fatigué(e)*

7. Comment vous êtes-vous senti(e) le matin au réveil ?

tout à fait reposé (e) au réveil _____ *extrêmement fatigué (e) au réveil*

8. Vous êtes-vous senti(e) raide ?

Pas du tout raide _____ *Extrêmement raide*

9. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou inquiet(e) ?

Pas du tout tendu(e) _____ *Extrêmement tendu(e)*

10. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?

Pas du tout déprimé(e) _____ *Extrêmement déprimé(e)*

*
* *

L'Académie, saisie dans sa séance du mardi 16 janvier 2007, a adopté à l'unanimité le texte de ce rapport (moins une abstention).

Pour copie certifiée conforme,
Le Secrétaire perpétuel,

Professeur Jacques-Louis BINET

<p>3. Écoute attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause</p> <p>4. Facilité, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation)</p> <p>5. Releve les indices verbaux et non verbaux (langage corporel, discours, expression faciale...): offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord</p> <p>6. Clarifie les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex. : « <i>Pourriez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère ?</i> »)</p> <p>7. De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit pour valider la compréhension qu'il en a; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires</p> <p>8. Utilise des questions et commentaires concis et faciles à comprendre; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé</p> <p>9. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début</p> <p>B - Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient</p> <p>1. Détermine activement et explore adéquatement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les idées du patient (→ ses croyances sur les causes) • Ses préoccupations (ses craintes) concernant chaque problème • Ses attentes (ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème) • Les impacts : comment chaque problème affecte sa vie <p>2. Encourage le patient à exprimer ses émotions</p>	<p>III - STRUCTURER L'ENTREVUE</p> <p>A - Rendre explicite l'organisation de l'entrevue</p> <p>1. Fait un résumé, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension et pour être certain qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de passer à la prochaine étape</p>
---	--

[Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills](http://www.skillsascade.com) : < <http://www.skillsascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.
Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

Annexe 3 : Figure 17 : Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médical – les processus de communication

© Ce document est couvert par les lois et règles touchant les droits des auteurs. Sur toute reproduction, mentionnez les auteurs en les citant tel qu'ils le sont à la fin du présent guide

<p>I - DÉBUTER L'ENTREVUE</p> <p>A - Préparer l'entrevue</p> <p>B - Établir le premier contact (l'accueil)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le médecin salue le patient et obtient son nom 2. Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue; obtient le consentement du patient, si nécessaire 3. Montre du respect et de l'intérêt; voit au confort physique du patient (du début à la fin de l'entrevue) <p>C - Identifier la (les) raison(s) de consultation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifie, par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (« <i>Quels problèmes vous amènent aujourd'hui?</i> » ou « <i>Où est-ce que vous souhaitez discuter aujourd'hui?</i> ») 2. Écoute attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse 3. Confirme la liste initiale des raisons de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes (« <i>Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui?</i> ») 4. Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques 	<p>II - RECUEILLIR L'INFORMATION</p> <p>A - Exploration des problèmes du patient</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s), du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant) 2. Utilise la technique des questions ouvertes et fermées (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées)
--	---

[Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills](http://www.skillsascade.com) : < <http://www.skillsascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.
Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

<p>2. Explique les raisons pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non consécutives</p> <p>3. Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande la permission</p>	<p><u>V - EXPLIQUER ET PLANIFIER **</u></p> <p>A - Fournir la quantité et le type adéquats d'information</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications 2. Évalue les connaissances du patient : Avant de donner de l'information, s'enquiert des connaissances préalables du patient; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir 3. Demande au patient quelles autres informations seraient utiles (par ex. : l'étiologie, le pronostic) 4. Donne l'information à des moments appropriés : Évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de hâtivement rassurer <p>B - Aider le patient à retenir et comprendre les informations</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organise les explications : Divise l'information en parties logiquement organisées 2. Utilise des catégories explicites; annonce les changements de thème (par ex. : « Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit <i>premièrement...</i> », « <i>Maintenant, abordons...</i> ») 3. Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information 4. Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, évite le jargon médical ou du moins l'explique 5. Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information : Diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (dépliants) 6. Vérifie la compréhension du patient au sujet de l'information donnée (ou des plans élaborés) : par ex., en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu; clarifie si nécessaire
--	---

Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :

< <http://www.skillsacade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningsources> >.

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

<p>2. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions; mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section</p> <p>B - Prêter attention au déroulement de l'entrevue</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Structure l'entrevue selon une séquence logique 2. Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir 	<p><u>IV - CONSTRUIRE LA RELATION</u></p> <p>A - Utiliser un comportement non-verbal approprié</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Affiche un comportement non verbal approprié <ul style="list-style-type: none"> • Contact visuel, expression faciale • Posture, position et mouvement • Indices vocaux → le débit, le volume, la tonalité 2. Si lecture, écriture de notes ou utilisation de l'ordinateur, le fait d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation 3. Affiche une confiance appropriée <p>B - Développer une relation chaleureuse et harmonieuse</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accueille les points de vue et émotions du patient; n'adopte pas une position de juge 2. Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions du patient et utilise le reflet pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile 3. Fournit du support : Exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'« auto-soin » de son patient; lui offre de travailler en partenariat 4. Agit avec délicatesse lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique <p>C - Associer le patient à la démarche clinique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partage ses réflexions cliniques avec le patient pour encourager sa participation (par ex. : « <i>ce que je pense maintenant, c'est...</i> »)
---	--

Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :

< <http://www.skillsacade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningsources> >.

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

VI - TERMINER L'ENTREVUE
<p>A - Planifier les prochaines étapes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin 2. Prévoit un « filet de sécurité », en expliquant les résultats inattendus possibles, quoi faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide <p>B - Préparer la fin de l'entrevue</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Résume la session brièvement et clarifie le plan de soins 2. Vérifie, une dernière fois, que le patient est d'accord et confortable avec le plan proposé et demande s'il n'y a aucune correction, question ou autres items à discuter

** VII - EXPLICATIONS ET PLANIFICATION : OPTIONS SUR LE PROCESSUS ET LE CONTENU
<p>A - Si discussion à propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Offre une opinion sur ce qui se passe et, si possible, nomme spécifiquement le ou les problèmes 2. Révèle les raisons supportant les opinions exprimées 3. Explique les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et long termes 4. Favorise l'expression par le patient de ses croyances, réactions et préoccupations au sujet des opinions émises <p>B - Si élaboration conjointe d'un plan d'action</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discute des alternatives, par ex. : aucune action, investigation, médication ou chirurgie, traitements non pharmacologiques (physiothérapie, marchettes, solutés, psychothérapie, mesures préventives)

Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills : < <http://www.skillsascade.com> > ou < <http://www.med.ualberta.ca/education/learningsources/> >.

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millente, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

C - Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient
<ol style="list-style-type: none"> 1. Releve ses explications aux opinions du patient sur ses maux : Fait le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient 2. Fournit au patient des opportunités pour participer et l'encourage à contribuer : l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes; y répond adéquatement 3. Releve les indices verbaux et non verbaux: Par ex. : détecte que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions; est sensible aux signes de surcharge d'information; est attentif aux indices d'inconfort 4. Fait exprimer au patient ses croyances et ses émotions en lien avec les informations données et les termes utilisés; les reconnaît et y répond au besoin
D - Planifier : une prise de décision partagée
<ol style="list-style-type: none"> 1. Partage ses réflexions cliniques lorsque approprié : idées, processus de pensée, dilemmes 2. Implique le patient : <ul style="list-style-type: none"> • Offre des suggestions et des choix plutôt que des directives • Encourage le patient à partager ses propres idées, suggestions 3. Explore les différentes options d'action 4. S'assure du niveau d'implication souhaité par le patient dans les décisions à prendre 5. Discute d'un plan mutuellement acceptable <ul style="list-style-type: none"> • signale sa position ou ses préférences au sujet des options disponibles • détermine les préférences du patient 6. Vérifie avec le patient <ul style="list-style-type: none"> • s'il est d'accord avec le plan • si l'on a répondu à ses préoccupations

Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :

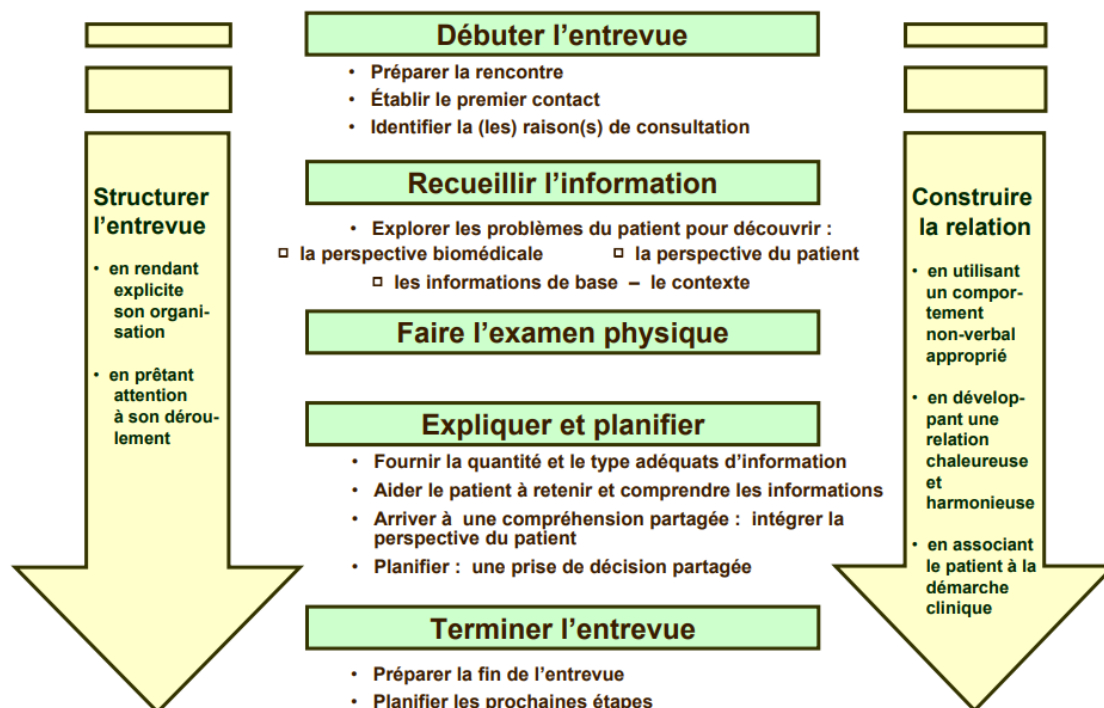
< <http://www.skillsascade.com> > ou < <http://www.med.ualberta.ca/education/learningsources/> >.

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millente, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

<p>2. Fournit de l'information sur les interventions et traitements offerts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • noms • étapes des traitements; comment ils fonctionnent; • bénéfices et avantages; • possibles effets indésirables <p>3. Sollicite la perspective du patient sur la nécessité d'agir, les bénéfices perçus, les obstacles, sa motivation</p> <p>4. Reconnaît le point de vue du patient; plaide des points de vue alternatifs, au besoin</p> <p>5. Sollicite les réactions et les préoccupations du patient au sujet des plans et des traitements, incluant leur acceptabilité</p> <p>6. Tient compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient</p> <p>7. Encourage le patient à mettre en pratique les plans d'action, à prendre ses responsabilités et à être autonome</p> <p>8. Vérifie le soutien social dont bénéficie le patient et discute des autres supports sociaux disponibles</p> <p>C- Si discussion d'investigations et de procédures</p> <p>1. Fournit des informations claires sur les procédures, c'est-à-dire sur ce que le patient pourrait vivre et subir, comment il sera informé des résultats</p> <p>2. Fait le lien entre les procédures et le plan de traitement : importance, raisons</p> <p>3. Encourage les questions et la discussion sur les craintes ou les résultats défavorables possibles</p>	<p>Références</p> <p><i>Version originale anglaise :</i></p> <p>Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. <i>Teaching and Learning Communication Skills in Medicine</i> (2nd edition). Abingdon (UK) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 2004 (sous presse).</p> <p>Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. <i>Skills for communicating with patients</i> (2nd edition). Abingdon (U-K) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 2004 (sous presse).</p> <p><i>Version française :</i></p> <p>Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier MT. <i>Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication</i>. In : Richard C, Lussier MT (éditeurs). <i>La communication professionnelle en santé</i>. Montréal, Canada : Les Éditions du Nouveau Pédagogiques Inc., 2004 (sous presse).</p>
--	--

Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills : < <http://www.skillsbase.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningsources> >. Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale



Traduit et adapté de Kurtz S., Silverman J., Benson J, Draper J, *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching : Enhancing the Calgary-Cambridge Guides*. Academic Medicine, 78 (8) : 802-809, 2003

Les liens « contenu et processus » : un exemple, recueillir l'information

- Le processus : les habiletés pour l'exploration des problèmes du patient
 - L'histoire du patient
 - Le style des questions: de ouvertes à fermées
 - L'écoute active
 - La facilitation
 - Le relevé des indices verbaux et non-verbaux
 - La séquence des évènements
 - Les résumés
 - L'emploi d'un vocabulaire approprié
 - Les habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient

- Le contenu à découvrir

La perspective biomédicale (la maladie)

- La séquence des évènements
- L'analyse des symptômes
- La revue pertinente des systèmes

La perspective du patient (les malaises)

- Ses idées et croyances
- Ses préoccupations
- Ses attentes
- Les impacts sur sa vie
- Ses émotions

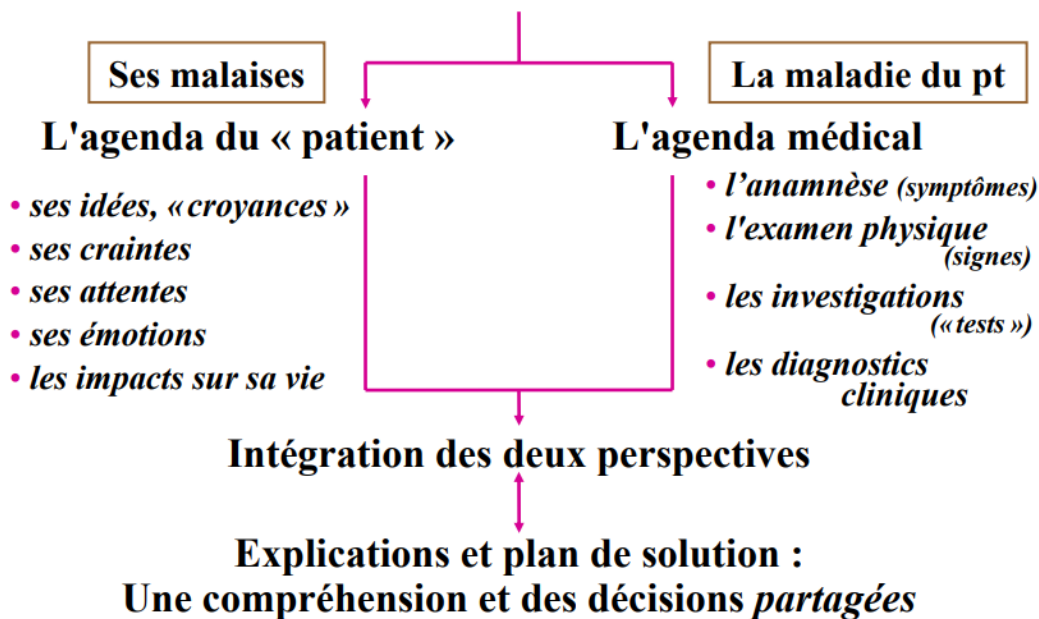
Les informations de base – le contexte

- L'histoire médicale antérieure
- L'histoire de prise de médicaments et d'allergies
- Les antécédants familiaux
- Les antécédants personnels et sociaux
- La revue des systèmes

Traduit et adapté de Kurtz S., Silverman J., Benson J., Draper J., Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides, Academic Medicine, 78 (8) : 802-809, 2003

Une approche centrée sur le « patient » !

La rencontre « patient » - médecin



Traduit et adapté de Stewart M et coll. , 1995

Des stratégies communicationnelles #

- ✓ **L'écoute active, le silence**
- ✓ **La facilitation** (*incluant le langage corporel du médecin*)
- ✓ **Le style des questions : de ouvertes à fermées**
- ✓ **L'attention aux indices verbaux et non-verbaux**
- ✓ **L'annonce verbale des transitions, interruptions ou redirections**
- ✓ **Les énoncés de clarification**
- ✓ **Les reflets empathiques**
- ✓ **Les résumés périodiques** (*énoncés de vérification-synthèse*)
- ✓ **L'établissement de la séquence temporelle**
- ✓ **L'utilisation de questions et commentaires concis et faciles à comprendre**
- ✓ **Etc.**

Extrait du résumé-synthèse de Marie-Thérèse Lussier et Claude Richard, CSL, 2004

Annexe 4 : Figure 18 : Grading Chronic Pain Severity

ÉCHELLE GRADUÉE DE DOULEUR CHRONIQUE – Version 2.0

1. Combien de jours au cours des 6 derniers mois avez-vous eu de la douleur au visage ? _____ Jours

2. Comment évaluez-vous votre douleur au visage ACTUELLEMENT ? Utilisez une échelle de 0 à 10, où 0 est « aucune douleur » et 10 est « douleur maximale imaginable ».

Aucune douleur										Douleur maximale imaginable
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, comment évaluez-vous votre PIRE douleur au visage ? Utilisez la même échelle où 0 est « aucune douleur » et 10 est « douleur maximale imaginable ».

Aucune douleur										Douleur maximale imaginable
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, EN MOYENNE, comment évaluez-vous votre douleur au visage ? Utilisez une échelle de 0 à 10, où 0 est « aucune douleur » et 10 est « douleur maximale imaginable ». [C'est-à-dire votre douleur habituelle au moment où vous ressentez de la douleur].

Aucune douleur										Douleur maximale imaginable
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, combien de jours votre douleur au visage vous a-t-elle empêché de faire vos ACTIVITÉS NORMALES telles que travailler, aller à l'école ou faire des travaux domestiques ? (tous les jours = 30 jours).

6. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, jusqu'à quel point votre douleur au visage a-t-elle interféré avec vos ACTIVITÉS QUOTIDIENNES. Utilisez une échelle de 0 à 10, où 0 est « aucune interférence » et 10 est « incapable de faire aucune activité ».

Aucune interférence										Incapable de faire aucune activité
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, jusqu'à quel point votre douleur au visage a-t-elle interféré avec VOS LOISIRS, VOS ACTIVITÉS SOCIALES ET FAMILIALES ? Utilisez la même échelle où 0 est « aucune interférence » et 10 est « incapable de faire aucune activité ».

Aucune interférence										Incapable de faire aucune activité
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, jusqu'à quel point votre douleur au visage a-t-elle interféré avec VOTRE CAPACITÉ À TRAVAILLER, y compris les travaux domestiques ? Utilisez la même échelle où 0 est « aucune interférence » et 10 est « incapable de faire aucune activité ».

Aucune interférence										Incapable de faire aucune activité
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CRITÈRES DE COTATION DE L'ÉCHELLE GRADUÉE DE DOULEUR CHRONIQUE

(Grading Chronic Pain Severity – GCPS)

Remarques préalables

La version 2 du GCPS comprend, en plus des 3 items pour l'intensité de la douleur (questions 2 à 4) et des 4 items pour le fonctionnement (questions 5 à 8), un item pour le nombre de jours avec douleur (question 1). Les auteurs du GCPS recommandent que le nombre de jours avec douleur s'évalue au cours des 6 derniers mois afin de mieux évaluer les tendances à long terme de la persistance de la douleur ; la réponse à cet item (question 1) n'est pas notée mais elle est plutôt interprétée en fonction de la douleur et des antécédents psychosociaux. Le reste du questionnaire a été validé sur la base d'une période de six mois et a été largement utilisé pour de multiples troubles, langues et contextes ; une version de trois mois avec quelques données variables a également été préconisée. Une version d'un mois a également été utilisée dans de nombreux essais cliniques qui nécessitent une période plus courte afin d'évaluer ce qui peut être un changement continu de l'état de la douleur. Les DC/TMD comprennent la version d'un mois afin de faire correspondre la période d'évaluation de la douleur et de l'invalidité à la période utilisée pour le diagnostic ainsi qu'aux autres questionnaires. Certains utilisateurs, cependant, préféreraient peut-être un délai de trois ou six mois pour ces mesures importantes.

- **L'intensité de la douleur caractéristique** (*Characteristic Pain Intensity - CPI*) est un score de 0 à 100. Celui-ci est obtenu à partir des questions 2 à 4. Moyenne des items 2 à 4 (douleur actuelle, douleur la pire, douleur moyenne) X 10
- **Les points d'incapacité pour le nombre de jours avec interférences** (*Disability points for number of days with interference*) sont attribués (cf. tableau ci-dessous), selon que l'on utilise des périodes de 1 mois (30 jours) ou de 6 mois (180 jours) pour la question 5.
- **Le score d'interférence liée à la douleur** (*Interference Score*) est un score de 0 à 100. Celui-ci est obtenu à partir des questions 6 à 8. Moyenne (activités quotidiennes, activités sociales, activités au travail) X 10
Remarque : ce score permet de calculer des points pour le score d'interférence liée à la douleur (cf. tableau ci-dessous).
- **NB** : Total des points d'incapacité = Points pour les jours d'incapacité + Points pour le score d'interférence liée à la douleur

Points pour les jours d'incapacité (Question 5)		Points pour le score d'interférence liée à la douleur (Moyenne X10 - Questions 6 à 8)	
1 mois (30 jours)		6 mois (180 jours)	
Jours	Points	Jours	Points
0 - 1	0	0 - 6	0
2	1	7 - 14	1
3 - 5	2	15 - 30	2
6+	3	31+	3
		Score d'interférence	
		Interférence	Points
		0 - 29	0
		30 - 49	1
		50 - 69	2
		70+	3

Au final deux scores sont retenus pour déterminer les grades :

- Score de l'intensité de la douleur (*Characteristic Pain Intensity - CPI*)
- Score total de l'incapacité liée à la douleur (*Disability Points*)

PHQ-4

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été ennuyé(e) par les problèmes suivants ?
Veuillez mettre une croix dans la case qui indique votre réponse.

	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
	0	1	2	3
1. Être nerveux(se), anxieux(se) ou avoir les nerfs à vif				
2. Être incapable de cesser de m'inquiéter ou de contrôler mes inquiétudes				
3. Avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses				
4. Être triste, déprimé(e), ou désespéré(e)				

SCORE TOTAL =

CRITÈRES DE COTATION ET INTERPRÉTATION DU PHQ-4 (Patient Health Questionnaire – 4 items)

Le score total du PHQ-4 varie entre 0 et 12, avec différentes catégories de détresse psychologique :

- Aucune : 0 – 2
- Légère : 3 – 5
- Modérée : 6 – 8
- Sévère : 9 – 12

- Sous-échelle d'anxiété = somme des questions 1 et 2 (le score varie de 0 à 6)

- Sous-échelle de dépression = somme des questions 3 et 4 (le score varie de 0 à 6)

Pour chaque sous-échelle, un score ≥ 3 est considéré comme positif pour le dépistage.

Référence

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics* 2009;50:613-621.

INTERPRÉTATION DE L'ÉCHELLE GRADUÉE DE DOULEUR CHRONIQUE (Grading Chronic Pain Severity – GCPS)

Détermination du grade de douleur chronique

Grade	Interprétation	Score Intensité de la douleur	Score total Incapacité liée à la douleur
0	Aucun	0	N/A
I	Douleur de faible intensité Incapacité absente	< 50	< 3
II	Douleur de forte intensité Absence d'incapacité	≥ 50	< 3
III	Modérément limitatif	N/A	3 - 4
IV	Sévèrement limitatif	N/A	5 - 6

Références

Von Korf, M. (2011). Assessment of chronic pain in epidemiological and health services research: Empirical bases and new directions. *Handbook of Pain Assessment*. D. C. Turk and R. Melzack. New York, Guilford Press: 455-473.
 Von Korf, M., et al. (1992). Grading the severity of chronic pain. *Pain* 50: 133-149.
 Von Korf, M. R., et al. (1992). Research diagnostic criteria. Axis II: Pain-related disability and psychological status. In: S.F. Dworkin & L. LeResche (Eds.), *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*. *Journal of Craniomandibular Disorders, Facial and Oral Pain* 6: 330-334.

Annexe 5 : Figure 19,: Questionnaire PHQ-4

Table des matières

1. Introduction.....	12
2. La Fibromyalgie	13
2.1 Définitions.....	13
2.2 Épidémiologie	14
2.3 Physiopathologie.....	15
2.4 Diagnostic.....	22
2.5 Comorbidités.....	26
2.5.1 Général	26
2.5.2 De l'appareil manducateur	30
2.6 Prise en charge	32
3. Communication.....	35
3.1 Relation patient/praticien	35
3.1.1 Expérience du patient	35
3.1.2 Expérience du praticien	37
3.2 Communication pluridisciplinaire.....	41
3.2.1 Personnel Médical	41
3.2.2 Organisme / associations	43
4. Prise en charge par le chirurgien-dentiste	45
4.1 Généralités – Prévention – Dépistage.....	45
4.2 Pédodontie – Dymorphie cranio-faciale	47
4.3 Soins bucco-dentaires.....	47
4.4 Les interactions médicamenteuses.....	52
4.5 Gestion de la douleur	54
4.6 Les désordres temporo-mandibulaires.....	57
4.6.1 Dépistage (d'Incau et coll., 2018 ; d'Incau, 2021)	57
4.6.2 Classification RDC/TMD (d'Incau, 2021).....	58
4.6.3 Le diagnostic	61
4.6.4 La prise en charge.....	65
4.7 La xérostomie – la stomatodynie.....	70
4.7.1 La xérostomie et sa prise en charge.....	70
4.7.2 La stomatodynie et sa prise en charge (Fricton et coll., 2018).....	72
6. Conclusion.....	74
Références bibliographiques	76

Vu la demande du doyen de la faculté d'odontologie de Lorraine sur le rapport du jury :

Président : É. MORTIER – Professeur des universités
Membre du jury : C. EGLOFF-JURAS – Maître de conférences des universités (Directrice de thèse)
Membre du jury : C. CLÉMENT – Maître de conférences des universités
Membre du jury : A. DALSTEIN – Praticien hospitalier

la présidente de l'université de Lorraine autorise

Madame Elise GRANDIDIER

née à ÉPINAL (Vosges) le 1^{er} janvier 1997,

à soutenir et imprimer sa thèse en vue d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire intitulée :

**« PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE FIBROMYALGIE PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE
»**

Nancy, le 22 août 2022

N° autorisation : 12566 C

La présidente de l'université de Lorraine



GRANDIDIER Elise – Prise en charge d'un patient fibromyalgique par le chirurgien-dentiste

Nancy 2022 : 98 pages, 15 figures, 7 tableaux

Th. : Chir.-Dent. : Nancy 2022

Mots-Clefs :

- Fibromyalgie (Fibromyalgia)
- Relation dentiste-patient (Dentist-Patient Relations)
- DTM (Temporomandibular disorder)
- Xérostomie (Xerostomia)

Résumé : Depuis 1992, l'Organisation mondiale de la santé reconnaît la fibromyalgie, comme une maladie caractérisée par des douleurs diffuses, multiples et persistantes associées à des troubles psychologiques variés impactant négativement la qualité de vie. Non encore reconnu en France, elle toucherait pourtant 1,8 à 2,2% de la population française, dont plus de 80% de femme. Les symptômes ainsi que les comorbidités associées rendent le diagnostic difficile et les patients sujets à un nomadisme médical. La prise en charge de ces patients est à l'heure actuelle multimodale : une attitude empathique et des mesures plurimodales physiques et psychocorporelles, associées à un traitement médicamenteux. Nous traiterons dans une première partie de la maladie et ses répercussions sur la sphère orale. Ensuite nous établirons les règles de communications avec ces patients ainsi qu'avec le corps médical. Puis nous énumérerons les différents traitements que peut proposer le chirurgien-dentiste.

Jury :

Président :	Pr Éric MORTIER
Membres :	Dr Céline CLEMENT
	Dr Amélie DALSTEIN
Directeur de thèse :	Dr Claire EGLOFF-JURAS

Adresse de l'auteur :

Elise GRANDIDIER
8 rue Dominique Marchal
88150 Thaon-les-Vosges

