

« Souris, sois belle et tais toi »

**La « glossodynie » illustrée par
l'exemple**

France MARCHAND, Psychologue clinicienne doctorante

Laboratoire EA 4050 Ecole doctorale « Cognition, Comportements, Langage », Université de Poitiers

Dr Nagi MIMASSI, PH

Consultation des douleurs chroniques rebelles, Hôpital Morvan et Carhaix CHRU BREST-CARHAIX

france.psy@laposte.net

nagi.mimassi@chu-brest.fr

Quand la douleur s'installe à l'endroit de l'expression pour la dire, il y a la rencontre de deux domaines : l'histoire d'une vie et le résultat d'un dysfonctionnement neuronal autour de la sphère orale.

Le diagnostic de « glossodynie » s'inscrit à la fois :

- sur le versant psychologique**
- et sur celui de la physiopathologie de l'innervation.**

Deux exemples cliniques :

→ notion de terrain

→ pathologie résultant d'un dysfonctionnement neuronal au niveau de l'innervation neurologique et autour de la sphère orale

→ lien entre les deux

Mme L. 63 ans

Douleurs dans la joue gauche depuis 6 ans.

Il y a 2 ans, soins dentaires : j'ai senti qu'il touchait un nerf.

→ Depuis

Dysgeusie : tout a le goût de sel

EVA 5/10 HADS A 10 D7 Qualité de vie (sommeil, sorties, relations)

Relations avec le monde médical

Difficultés poids



QUESTIONNAIRE DN4

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, veuillez répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par «oui» ou «non»

Mme

INTERROGATOIRE DU PATIENT

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1. Brûlure <i>pointe de la langue</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Décharges électriques <i>côté langue</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	OUI	NON
4. Fourmillements <i>lèvre, coin de bouche, joue contre le nez à gauche</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements <i>pointe de la langue</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

EXAMEN DU PATIENT

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8. Hypoesthésie au tact	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

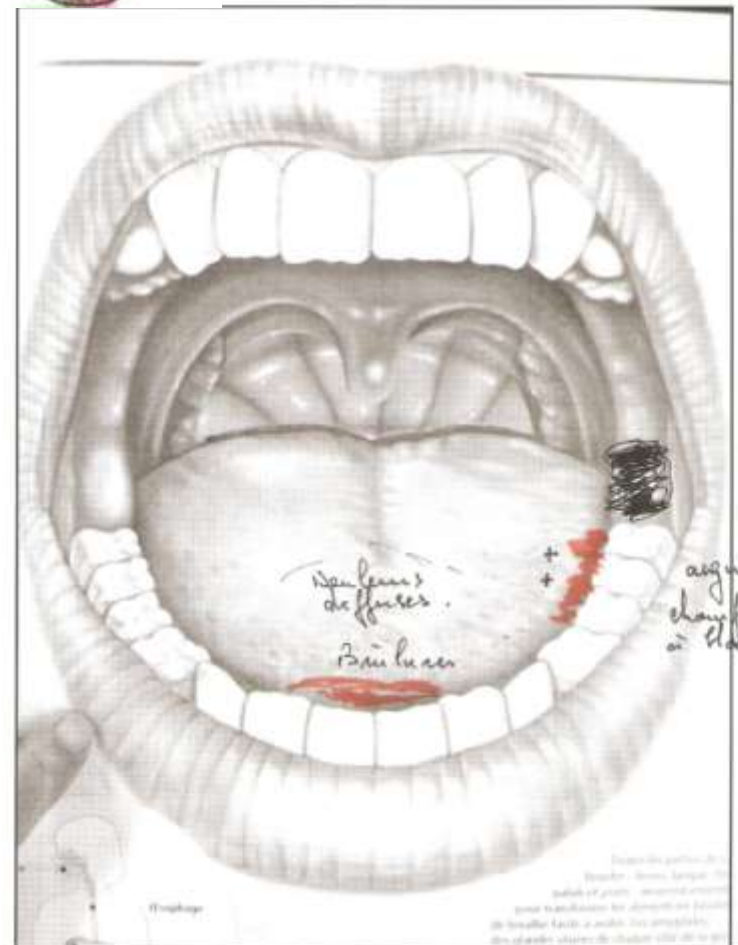
	OUI	NON
10. Le frottement <i>langue sur les dents</i> <i>Impression de toucher une lame de rasoir</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point NON = 0 point

Valeur seuil pour le diagnostic de douleur neuropathique : 4/10

Score du Patient : 7 /10

Douleurs



Douleurs



sensation sel
interieur des lèvres.
sur la langue

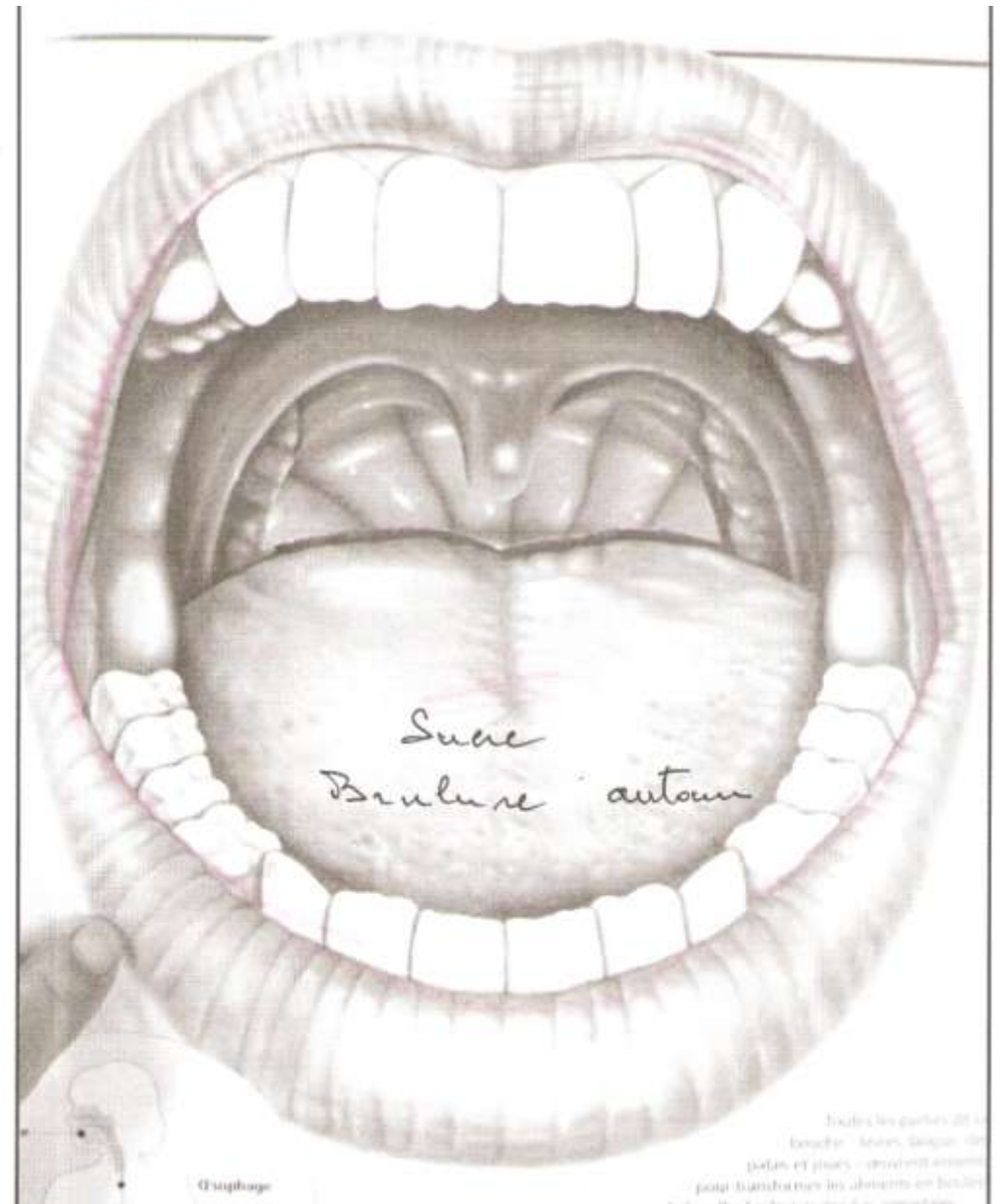
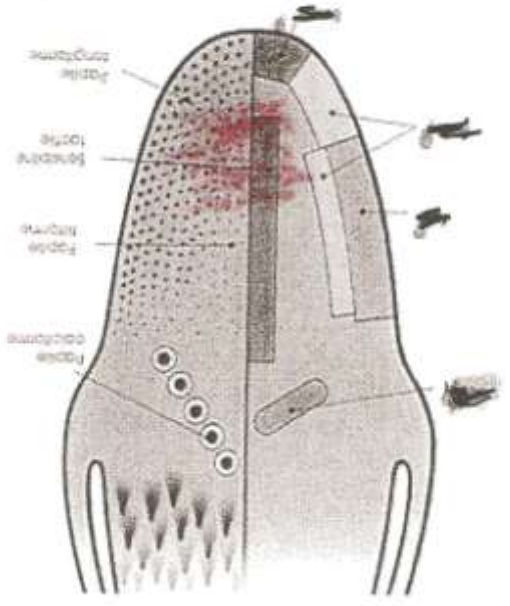
- sensation de sel fin route du palais, des dents sur la langue → brûlures.
- sensation d'un grain de sel sur la langue.
- aucune sensation la nuit
- Salive épaisse âcre et "ocre" (couleur)
- Pas de douleur en mangeant
- Prive de certains aliments (fromage charentais orange, ébenettes)
- jeune agréable et de l'eau
- gêne à l'élocution (route langue)

TEST Sucre



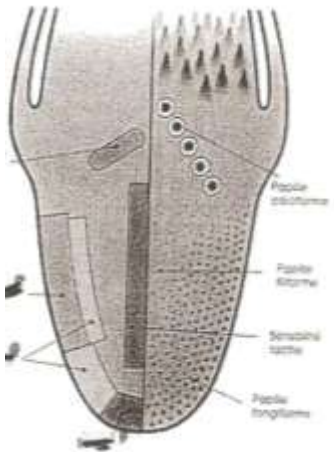
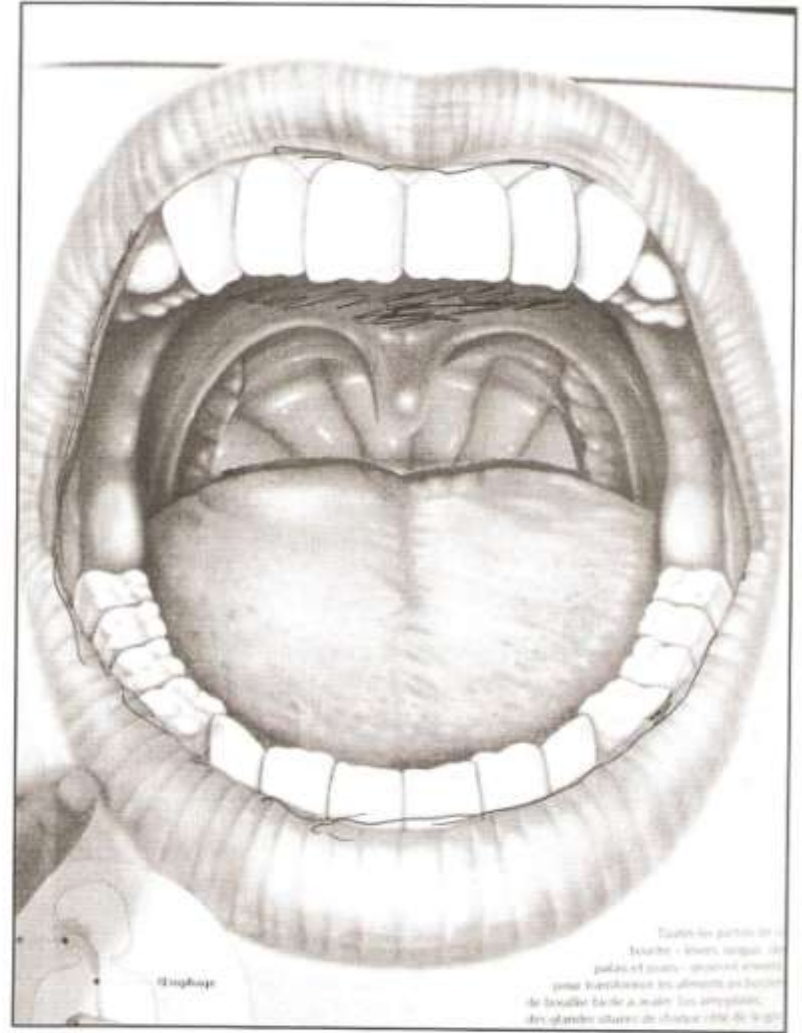
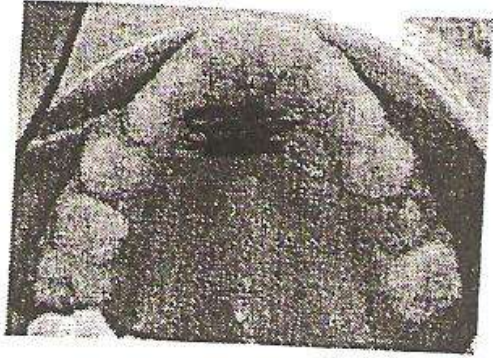
Brûlure palais

* Salive plus épaisse
plus abondante



Toutes les parties de la bouche - lèvres, langue, palais et dents - doivent être soignées pour transformer les aliments en bouillie.

TEST Citron



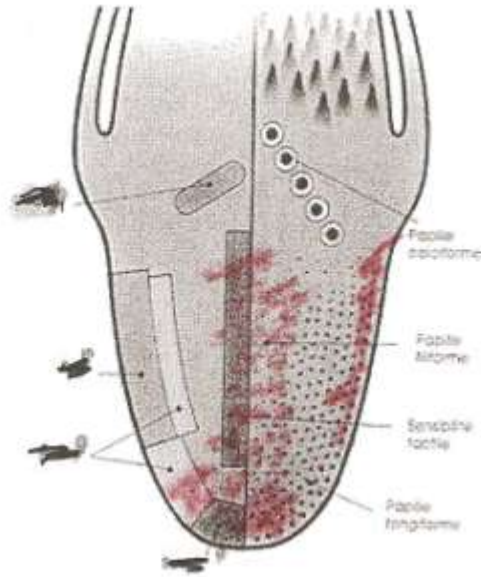
- dessèchement palais
- Brûlure tout de bouche.
- Salive + épaisse.

- pas de sensation particulière sur la langue

sensation abondance de salive en visualisant le contenu de la fosse

Sensation brûlure autour de la bouche (intérieure) palais dessèchement et brûlure. sensation de petits glaçons ^{aphtes} pointe de la langue dans un 2^e temps.

TEST Sel



- goût sel.
- Broussures ++ langue, palais
déchirure douleur fond de gencive.
- haut le cœur,
Active la salive épaisse et
âcre
eau très agréable.

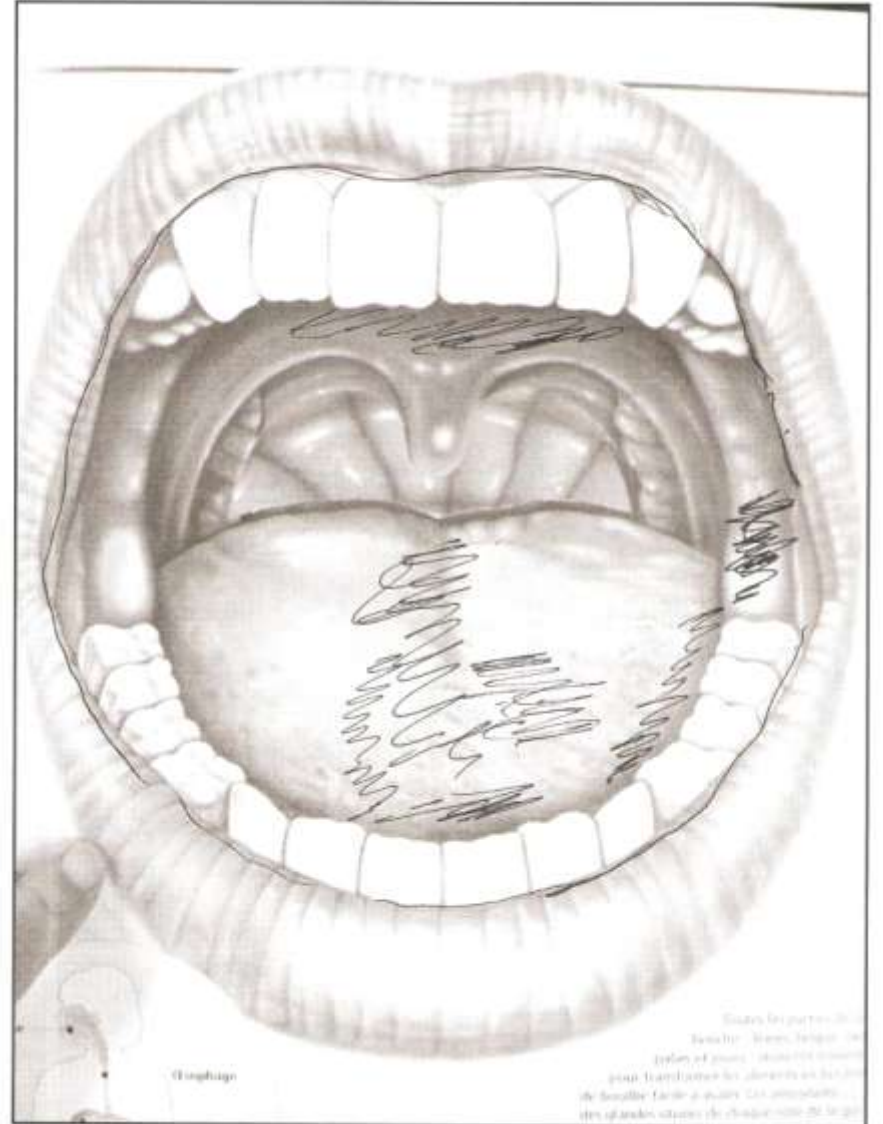
* grain de sel =

- haut le cœur, nausée,
- sensation d'avoir des cloques sur l'intérieur de la langue.
- Broussures langue bouche,
- douleur gencive au fond à gauche.

EVA 5



↳ sulcus avec impression de
petits blessures en aphtes



Commentaires

DOULEURS ORO-FACIALES CHRONIQUES

- **douleur musculo-squelettique**
- **douleurs myofasciales des muscles masticateurs**
- **douleurs temporo-mandibulaires**
 - douleurs articulaires dégénératives
 - douleurs articulaires inflammatoires
- **douleurs neuro-vasculaires oro-faciales**
- **douleurs neuropathiques oro-faciales**
 - névralgie du trijumeau
 - présentations atypiques de la névralgie trigéminal
 - bouche en feu (stomatodynie, burning mouth syndrome)
 - neuropathies trigéminales post-traumatiques

Bouche sèche, bouche en feu, langue brulante, palais sec, lèvres qui picotent

Langue-gencives-lèvres et palais : 75% étiologie neurologique

Les plaintes du patient

- Sensation de paresthésies, de gêne, de brûlure dans la bouche
- Fourmillements, picotements, impression de déformation de la langue
- Bouche sèche
- Excès salive ou inversement
- Dysgueusie (perte ou goûts altérés ou bizarres)
une perte d'appétit et ses conséquences possibles
- Sensations altérées dans la bouche

*La description de la douleur peut aider : détresse émotionnelle
Intensité allant de la simple gêne aux douleurs*

Mais il ne s'agit pas seulement de l'expression d'un trouble psychique

SITUATION CLINIQUE MULTIFACTORIELLE

20% des cas:
étiologie locale

40% des cas
étiologie générale

40% des cas
Dysfonctionnement Ganglion de GASSER
Dysfonctionnement Fibres fines et autonomes
Syndrome anxio-dépressif

Dans tous les cas, **il y a une atteinte ou un dysfonctionnement autonome d'origine centrale ou périphérique**

Age de manifestation 38 -82 ans
Périménopause

Symptomes:

- Brûlures (80%)
- DI Lancinante (50%)
- Paresthesies (50%)
- Engourdissement (50%)

- Hyperesthésie pour la température
- Sens de la vibration réduit
- Sens de la position de la langue parfois perturbé (15%)
- Signes autonomes (fréquents)

STOMATODYNIE (bouche en feu)

Sensation de brûlure

Bouche sèche

Excès salive ou inverse

Troubles du goût

Sensation de goût altéré

Chronicité dans l'évolution
Difficulté à en parler

EVALUER dès la première plainte

DN4 EVA

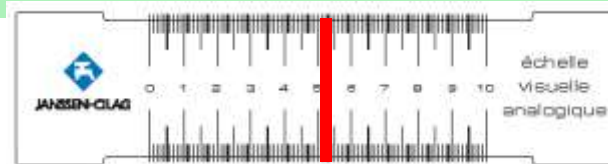
Atteinte des petites fibres nerveuses de la sphère orale.

Dysfonctionnement Ganglion de Gasser

Dysfonctionnement autonome

Syndrome anxiété-dépression (HADS) et Qualité de vie (Oral Health Impact Profile (OHIP 14))

EVA et Le DN4



Question 1. La douleur présente-t-elle une des caractéristiques suivantes ?

1. brûlure
2. sensation de froid douloureux
3. décharge électrique

Question 2. La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

4. fourmillements
5. picotements
6. engourdissements
7. démangeaisons

Question 3. La douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence un des signes suivants ?

8. hypoesthésie au tact
9. hypoesthésie à la piqure

Question 4. La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

10. le frottement

Interrogatoire: moins d'une minute

- **La survenue brutale d'une douleur insupportable au bout de la langue,** oui non
- **Le patient a mal de temps en temps sauf quand il dort ou mange** oui non
- **Des picotements** oui non
- **Des démangeaisons** oui non
- **Une sensation de bouche sèche** oui non
- **Une sensation de gonflement de la langue et des gencives** oui non

- **Des troubles du goût** oui non
- **A un mauvais goût** oui non
- **Impression d'une salive épaisse** oui non

- **La douleur varie en fonction**
- **- des émotions** oui non
- **- du stress** oui non
- **- de l'élocution** oui non

Nom:		Date :				
Signes neurologiques Nuit/jour	DN4 Chaud Froid	Sel	Sucre	Acide	Amer	Eau
Salive						
Goût						
Sensation de gêne						
Douleur						

Les stomatodynies sont un ensemble de sensations **neurologiques, salivaires et gustatives** dont il faut s'attacher à trouver l'origine.

Ce ne sont pas des paresthésies **psychogènes**.

Paresthésies = dysfonctionnement neurologique

STOMATODYNIE

Causes nombreuses et complexes.

Plus d'un 1/3 des patients ont de multiples causes.

Il faut identifier la cause propre à chaque patient.

Plaintes :

xerostomia (dysfonctionnement autonome)

brulûres (petites fibres)

fourmillements (petites fibres)

Causes générales

- **Medicaments:** (plus de 400 médicaments)
- antidépresseurs tricycliques, autres dépresseurs du SNC, lithium, diurétiques, traitements antihypertenseurs, anti-histaminiques, somnifères, opiacés, inhibiteurs Angiotensin-converting enzyme (ACE), peuvent entraîner une stomatodynie.
- **Habitudes :** la cigarette, l'alcool
- **Personne âgée, Maladie de Parkinson, lymphome, cancer, la déshydratation, etc**

Déficit Nutritionnel

Déficits en cuivre, zinc, folate (vitamine B-9), thiamine (vitamine B-1), riboflavine (vitamine B-2), pyridoxine (vitamine B-6) and cobalamine (vitamine B-12), entraînent une atteinte des tissus oraux et peuvent être à l'origine de stomatodynie.

Ces déficits peuvent entraîner l'apparition d'une anémie.

Neuropathie dysfonctionnelle ou post-lésionnelle

Signes neuropathiques et **surtout troubles du goût** (douleur au niveau de la langue, brûlures de la bouche).

Allergies

Allergies ou réactions à certains aliments, additifs alimentaires, fragrances, colorants ou autres substances, allergies aux métaux dentaires.

Reflux Gastro-Oesophagien

Sensation d'aigreur ou de liquide au goût amer qui entre dans la bouche à partir du tractus gastro-intestinal supérieur peut provoquer une irritation et la douleur.

Syndrome Sjogren

(maladie auto-immune : yeux et bouche secs).

Facteurs psychologiques

Désordres émotionnels, dépression, anxiété, peur du cancer.

Troubles endocriniens

Diabètes et **hypothyroïdie**.

(hyperglycémie altère les tissus muqueux)

Anémie

Insuffisance circulatoire cérébrale et post AVC

Sclérose en plaques

Cancer pulmonaire non métastatique

Perturbations hormonales

Ménopause (stomatodynie fréquente dans la post-ménopause)

Les perturbations hormonales affectent la composition de la salive.

Irritation excessive

Irritation des tissus oraux peut résulter d'un brossage excessif des dents
(ce que font toutes ces patientes)

Utilisation excessive des produits de rinçage de la bouche

Consommation importante de boissons acides.

Hépatite C

Lymphome (pré)

Sarcoïdose

SIDA

Maladie Greffon contre Hôte.

Causes locales

- **Infections orales : Candidose buccale, les diverses infections bucco-dentaires,**
- **Usure dentaire. Pathologie dentaire. Maladies du parodonte**
- **Langue géographique,**
- **Dysfonctionnement dentaire à l'origine d'un stress d'un ou de muscles et tissus de la bouche.**
- **Les habitudes Orales: souvent inconscients tels que la position linguale et le bruxisme, ce qui peut irriter la bouche**

- **Dysfonctionnement temporo-mandibulaires**
- **Sinusites**
- **Maladies de la muqueuse orale**
- **Douleurs post-herpétiques**
- **Névralgie du trijumeau**
- **Allergie alimentaire**
- **Allergie aux métaux dentaires**

Toujours faire préciser :

Sécheresse- Fatigue- Polyalgies-

Signes extra-glandulaires: oculaire, buccale, cutanée, trachée-bronches

Atteinte de la qualité de vie.

Atteinte du moral.

Bilan ORL (acouphènes, perméabilité des trompes d'Eustache, examen du pharynx, bilan RGO, etc)

Pourquoi: Les fibres fines

- Douleurs par atteinte des fibres fines C: brûlures, allodynie superficielle
- **Début:** hyperesthésie et hyperalgésie
- **Plus tard:** hypoesthésie et hypoalgésie
- Diminution du seuil thermique et de la douleur
- Troubles goût

Plus tard : le cercle vicieux

- Sensibilisations à la douleur
- Les contrôles inhibiteurs défaillants
- L'anxiété-dépression réactionnelle rejoint l'anxiété –dépression qui peut être l'une des étiologies.

Les examens complémentaires

- NFS
- VS
- CRP
- IONO SANGUIN
- FER SERIQUE, FERRITINEMIE
- Electrophorèse PROTIDES DU SANG
- AAN, Anti SSA, anti SSB, Facteurs Rhumatoïdes
- CPK
- CREAT-ACIDE URIQUE
- Dosages vitamines
- BIOPSIE DE TOUTE LESION
- BIOPSIE GLANDES SALIVAIRES

Biopsie Glandes Salivaires

- Echo-doppler des glandes salivaires
- Vascularisation
- Débit salivaire

Test thérapeutique

- Un mois sans utilisation de la prothèse dentaire

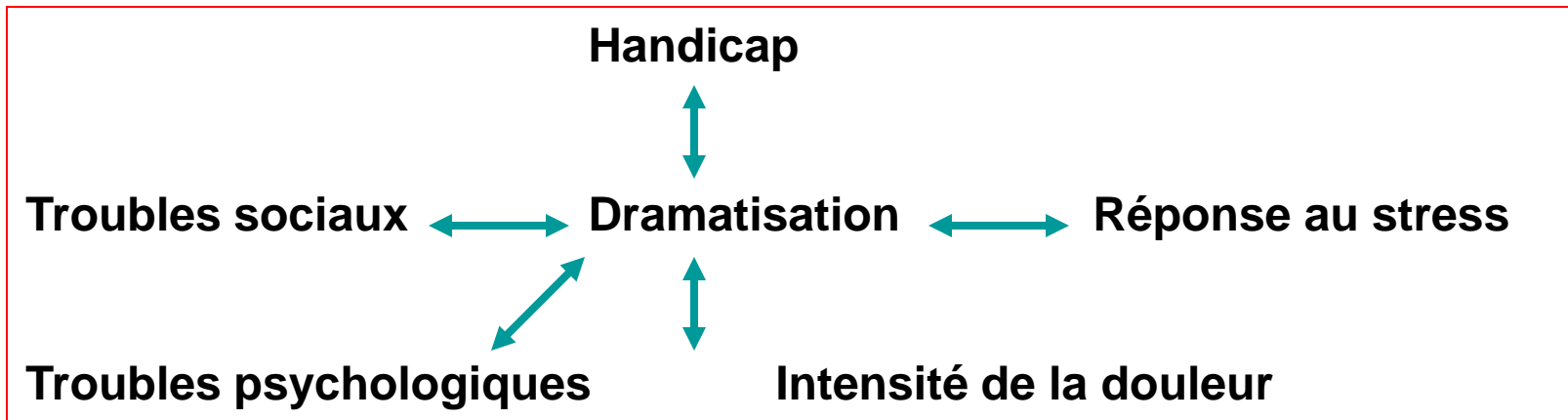
Le chirurgien dentiste

- En première ligne
- Convaincre la patiente du suivi psychologique, de l'importance de l'approche thérapeutique individuelle pour la qualité de vie.
- Suivi
- Le chirurgien dentiste: rôle essentiel dans effet placebo

Pourquoi le psy ?

- Le psy doit connaître les douleurs chroniques
- Faire verbaliser les émotions, entendre la plainte, faire émerger une demande et soutenir un projet de soins sur du long terme (surtout en l'absence de signes lésionnels)
- Cibler le cercle vicieux douleurs-désordres émotionnels
- Aider le patient dans l'observance thérapeutique
- Éducation thérapeutique

Le lien



LES TRAITEMENTS

Nous considérons dans ce chapitre uniquement

a- Stomatodynie essentielle

b- Secondaire à un syndrome anxio-dépressif

MESSAGES

- Trouble multifactoriel avec des bases physiologiques
- Trois grandes situations : le diagnostic différentiel s'impose.
- Les facteurs psychologiques (troubles anxio-dépressifs) ne résument pas toute la physiopathologie.
- Ne pas conclure: anxio-dépression avant d'avoir fait un diagnostic différentiel.
- La ré-assurance du patient est primordiale
- **Actuellement si cause essentielle : soutien psychologique, acide alpha-lipoïque, clonazepam, gel de xylocaïne et gel de capsaïcine.**
- **Traitement spécifique de l'anxiété et de la dépression**

Les traitements

- Cause identifiée non locale
- Cause identifiée locale
- **Essentielle (dysfonctionnement ou lésion des fibres fines, dysfonctionnement autonome, dysfonctionnement du ganglion de Gasser.)**

Dans tous les cas, le soutien psy est nécessaire

Pourquoi le psy?

Attention au cercle vicieux

**Syndrome
anxio-
dépressif**

Stomatodynie

En arrière plan : le système nerveux autonome

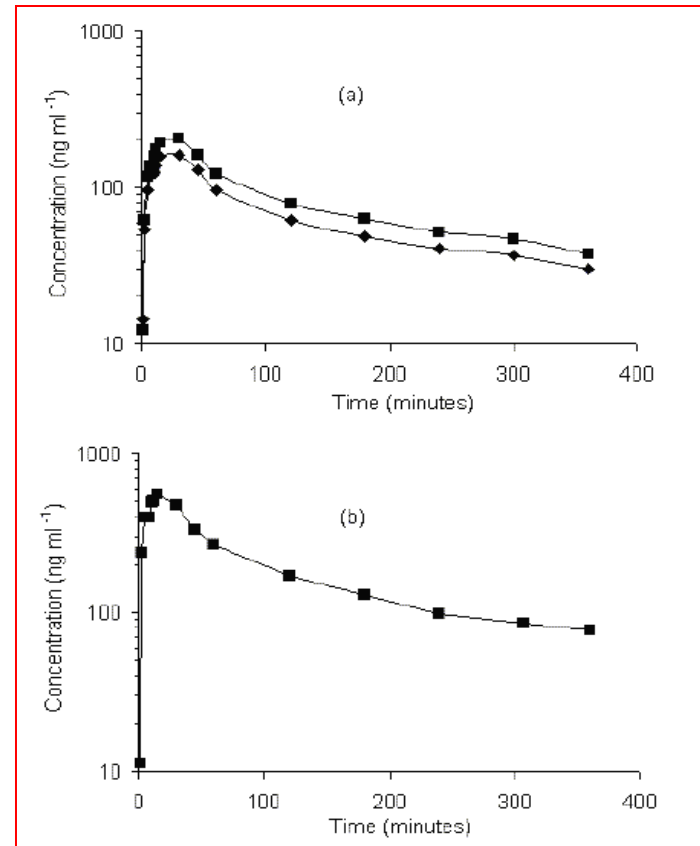
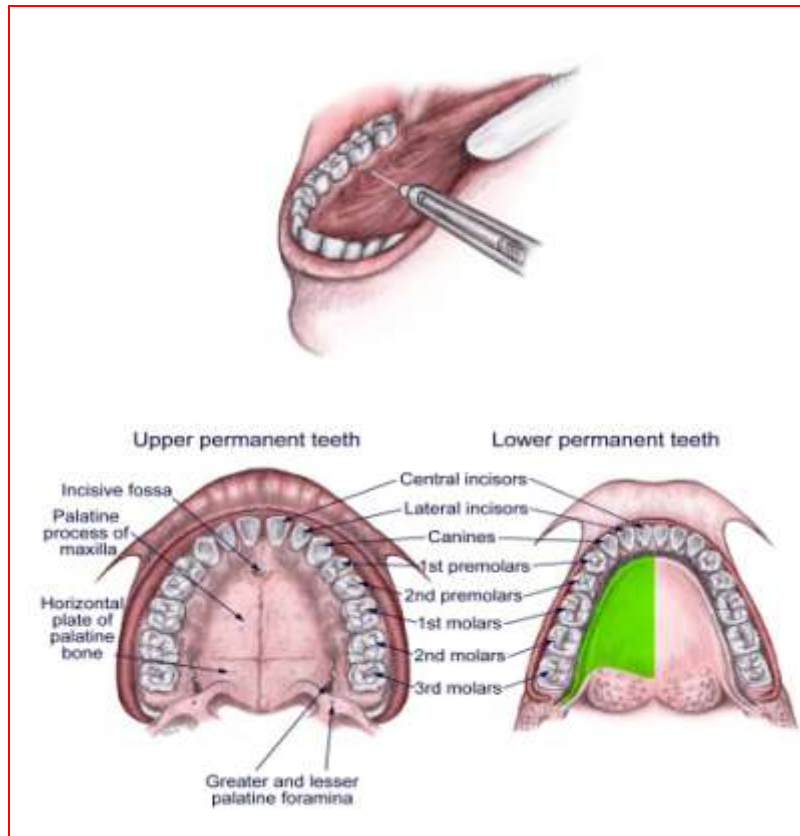
Le médecin de la douleur

traitement de la sensation de brûlure

- Chlordiazepoxide
- Diazépam
- Petites doses d'inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine
- **Clonazepam (topique)**
- **Capsaïcine**
- ***Acide alpha-lipoïque (ALA),***
- ***lisosime-lactoperoxydase (topique)***
- **Xylocaïne gel 2,5%**

Traitement des sensations de brûlure

Infiltrations répétées nerf lingual (en évaluation)



Infiltration péri nerf lingual (à répéter): serum salé ou glucosé

La bouche douloureuse (stomatodynie):

- Traiter selon la cause, éviter tout agent abrasif ou irritant, le peroxyde en rince bouche est déconseillé
- Faire rincer la bouche fréquemment avec un rince-bouche : bicarbonate 5 ml + eau saline ou pas 500 ml
- Recette de pharmacien : différentes recettes avec notamment : Eau stérile + Hydrocortisone + Nystatine + Maalox® + Bénédryl®

Rince-bouche de Bétadine (dilué $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$) en gargarisme trois fois par jour, (attention aux allergies à l'iode)

Anesthésiques locaux Lidocaïne gel 2%, ne pas utiliser avant les repas, ne pas avaler

Agents anti-acides en gargarisme (Maalox ®, lait de magnésie, Orabase ®...)

La xérostomie (sécheresse de la bouche)

Prévenir et traiter est essentiel pour éviter les complications (bouche douloureuse, lésions, infections.)

- **Hygiène bucco-dentaire fréquente, soins de bouche**
- **Hydratation fréquente : liquide au goût du patient, breuvages pétillants (Schweppes)**
- **Glace concassée, ou « popsicle » de jus d'agrumes, d'ananas, etc**
- **Gomme à mâcher, bonbons acidulés (contenant de l'acide sialique) sans sucre.**
- **Certains aliments : ananas, citron, cornichon si aucune lésion dans la bouche,**
- **Éviter les bâtonnets à lèvres Glycérine-citron (irritants et asséchants)**
- **Vaporisation d'eau ++++ ou de salive artificielle.**

La xérostomie (sécheresse de la bouche): suite

Faire rincer la bouche fréquemment avec un rince-bouche du commerce (ss alcool mais dilué +++)

- **rince-bouche ss alcool 1/3 +eau minérale 1/3 + eau 1/3**

Rince-bouche: plusieurs recettes (pharmacien)

- 1. Club soda ou tonic water en rince-bouche
- 2. Eau saline ou pas 500ml + bicarbonate de soude 5ml
-

La dysgueusie

(goût bizarre ou perte de goût):

- Assurer toujours une bonne hygiène buccale +

Conseils diététiques :

- Vérifier avec le patient si des aliments particuliers sont la cause et les remplacer temporairement par d'autres .
- Réduire l'urée dans la diète
- Rehausser le goût de certains aliments (**vinaigre, citron, assaisonnements**)
- Vérifier si déficit en Zinc (souvent présent): **traitement possible: 50 à 150 mg /jour de Zinc**
- Dexaméthasone 2 mg trois fois par jour x 1 semaine, puis en dose décroissante

Les lèvres gercées, sèches, croûtées

- Assurer toujours une bonne hygiène +
- Traitements locaux hydratant à lèvres en application plusieurs fois par jour, après les soins de bouche
- Une préparation de base glaxal + vitamine E.

Réduction de l'intensité de l'innervation

[Clin J Pain](#). 2010 Jul-Aug;26(6):528-32.

"Burning tongue" and "burning tip": the diagnostic challenge of the burning mouth syndrome.

[Penza P](#), [Majorana A](#), [Lombardi R](#), [Camozzi F](#), [Bonadeo S](#), [Sapelli P](#), [Lauria G](#).

Neuromuscular Diseases Unit, IRCCS Foundation Carlo Besta National Neurological Institute, Milan, Italy.

Abstract

OBJECTIVE: To investigate the clinical features of burning mouth syndrome (BMS) in a large cohort of patients and to correlate them with the results of tongue biopsy.

METHODS: We screened **98 patients complaining of oral burning pain for at least 6 months**. Forty-two patients were excluded after screening for contact sensitivity to dental materials, food allergies, tongue injuries, malignancies, connective tissue and metabolic disorders, oral infectious diseases, vitamin deficiencies, and other systemic diseases known to cause neuropathy. **Fifty-six patients underwent neurologic examination and assessment of pain intensity, depression, anxiety, quality of sleep, and quality of life. Tongue biopsy with the quantification of epithelial nerve fibers (ENF) was performed in 51 patients.**

RESULTS: **Compared with 9 healthy participants (4.13+/-1.85 SD), epithelial innervation density was significantly reduced in 38 patients (1.35+/-1.46 SD; P<0.0001) and normal in 13 patients (6.1+/-2.19 SD).** The clinical features differed in the two groups: **patients with reduced ENF density complained of pain in the whole tongue, lips, hard palate, and alveolar ridges, reported dysgeusia and xerostomia in 29% of cases (P<0.001), and 24% of them were depressed.** Patients with normal innervation complained of pain on the tip of the tongue, reported dysgeusia and xerostomia in 7.7% of cases, and 54% of them were depressed (P<0.017).

DISCUSSION: The diagnostic criteria for BMS are not defined yet and **the relationship with depression and anxiety is debated.** We proposed a biopsy-supported approach for the diagnosis. Our study shows that BMS can present with two distinct clinical pictures and that tongue biopsy can contribute to the assessment of the diagnosis. **Mood disorders occur frequently and should be considered when approaching patients and treatment options.** These observations could help physicians in identifying patients with BMS and addressing them with the appropriate diagnostic work-up and treatment.

Importance de l'examen clinique et de la biopsie

J [Med Case Reports](#). 2010 Jun 30;4(1):200.

Oral involvement in a case of AA amyloidosis: a case report.

[Cengiz MI](#), [Wang HL](#), [Yıldız L](#).

Zonguldak Karaelmas University, Faculty of Dentistry, Department of Periodontology, Kozlu, Zonguldak 67600, Turkey. dtinanc@mynet.com.

Abstract

INTRODUCTION: Deposition of amyloid fibrils derived from circulating acute-phase reactant serum amyloid A protein causes systemic amyloidosis, a serious inflammatory disorder. We document a male patient who developed reactive amyloidosis (AA type), most likely secondary to his long standing periodontitis.

CASE PRESENTATION: **A 67-year-old Turkish man complained of pain in his oral cavity (burning mouth) especially on the tongue, and had difficulty chewing and swallowing foods.** A careful dental/periodontal examination was performed, including assessment of plaque, gingival condition and periodontal probing depths on all his remaining teeth. Prosthetic rehabilitation was provided three months after the completion of his periodontal and surgical therapy. **The concentration of serum inflammatory markers including erythrocyte sedimentation rate, white blood cell count, fibrinogen and high sensitive C-reactive protein were measured at baseline, at the second and sixth weeks, and at three and six months after the periodontal and surgical therapy.**

CONCLUSIONS: Oral examination revealed a few papules on the dorsum of the tongue with two slightly painful, small ulcers, localized on the vestibule of the mouth. The mean probing depth was 9.10 +/- 0.84 mm. Biopsies of the tongue, buccal mucosa and retromolar trigone were performed and **amyloid deposits were found.** The serum inflammatory markers improved more dramatically at the second week of periodontal therapy than any other time intervals. **Amyloidosis may manifest as periodontal destruction that leads to severe chronic periodontitis.** Proper periodontal treatment may alleviate systemic inflammatory mediators caused by the amyloidosis.

A signaler

[Headache.](#) 2010 Sep;50(8):1383-5. Epub 2010 Jun 18.

Topiramate-induced burning mouth syndrome.

[Friedman DI.](#)

Department of Ophthalmology, University of Rochester, Rochester, NY 14642, USA.

Abstract

Burning mouth syndrome is a chronic pain condition characterized by burning, painful sensations within the oral cavity. A patient developed symptoms of burning mouth syndrome **after initiating topiramate treatment for headache prevention**. The symptoms resolved when the medication was discontinued, and the association was replicated upon re-challenge of the drug.

Diagnostics différentiels

[Otolaryngol Clin North Am.](#) 2011 Feb;44(1):205-19.

Burning mouth syndrome and secondary oral burning.

[Minor JS](#), [Epstein JB](#).

Department of Otolaryngology, University of Colorado at Denver, 12631 East 17th Avenue, B-205, Denver, CO 80045, USA.

Abstract

Burning mouth syndrome is a complex disorder of unclear etiology that is most prevalent in perimenopausal women. It is often accompanied by dysguesia and subjective xerostomia. Recent evidence implicates both central and peripheral neuropathies, possibly representing **a phantom pain syndrome** in some patients. Ensuring that the patient's oral burning is not secondary to some other local or systemic factor is central to appropriate management. Current standard therapies include clonazepam, paroxetine, and cognitive behavioral therapy, and several promising new alternatives are described.

Copyright © 2011 Elsevier Inc. All rights reserved.

[Pain Med.](#) 2010 Jun;11(6):856-60.

Glossodynia from Candida-associated lesions, burning mouth syndrome, or mixed causes.

[Terai H](#), [Shimahara M](#).

Department of Oral Surgery, Osaka Medical College, Osaka, Japan. ora007@poh.osaka-med.ac.jp

Abstract

OBJECTIVE: **Candida-associated lesions** (CALs) and burning mouth syndrome (BMS) may induce glossodynia without objective manifestations. We investigated patients with glossodynia to examine the relationship between CAL and BMS.

PATIENTS AND METHODS: A visual analog scale was used to divide 95 patients with glossodynia into three groups according to intensity of pain at rest and when eating. Group A was the functional pain group; group B was the nonfunctional pain group; and group C was a mixed pain group. Antifungal treatment was scheduled for patients with suspected Candida infection by clinical, mycological, or cytological criteria.

RESULTS: Culture tests and direct examination results indicated that group A had high Candida positivity (73.0% by culture and 59.5% by direct examination), and showed a good response to antifungal treatment (75.7%). Antifungal treatment was not useful in group B. This was supported by a low Candida infection rate, as determined by direct examination (3.1%). For group C, Candida positivity and antifungal treatment effectiveness were between groups A and B. Furthermore, six patients in group C showed complete remission of functional pain by antifungal treatment only. Favorable outcomes were obtained for 23 patients (10 in group B and 13 in group C), who received antidepressant treatment.

CONCLUSION: These results suggested that glossodynia was Candida-associated in group A, and BMS-induced in group B, while group C contained patients with both CAL and BMS.

PERSPECTIVES

- Les travaux de Dallel sur le dysfonctionnement autonome

-**Farbman and Mbiene** identified three stages of innervation distinguished by different responses of geniculate and trigeminal neurites to neurotrophic factors and tongue explants:

Stage 1, pathfinding from the ganglion to the pre-tongue;

Stage 2, intralingual pathfinding prior to target penetration; and

Stage 3, target penetration.

Misexpression of Brain-derived Neurotrophic Factor (BDNF) and Neurotrophic Factor 4 (NT4) in vivo affects the guidance of lingual taste axons during Stage 2 and possibly Stage 3, consistent with roles for BDNF and NT4 in guiding afferents during intralingual pathfinding.

We are using a tissue culture approach to determine if these neurotrophic factors act directly on neurites or indirectly, e.g., by conferring upon the axons responsiveness to other factors that act directly as guidance cues or stimulating non-neuronal cells to produce attractants. In addition, we are exploring the influence of neurotrophic factors on the direction, amount, and length of neurite outgrowth at Stage 1 and after birth, throughout the life of the animal. This is especially important to determine in the taste system because taste cells undergo continuous turnover and axon endings must routinely establish new connections or associations.

Perspectives

[Photomed Laser Surg.](#) 2010 Oct 22. [Epub ahead of print]

Treatment of Burning Mouth Syndrome with a Low-Level Energy Diode Laser.

[Yang HW](#), [Huang YF](#).

1 Oral Medicine Center, Chung Shan Medical University Hospital , Taichung City, Taiwan .

Abstract

Objective: To test the therapeutic efficacy of **low-level energy diode laser** on burning mouth syndrome.

Background: Burning mouth syndrome is characterized by burning and painful sensations in the mouth, especially the tongue, in the absence of significant mucosal abnormalities.

Although burning mouth syndrome is relatively common, little is known regarding its etiology and pathophysiology. As a result, no treatment is effective in all patients. **Low-level energy diode laser therapy has been used in a variety of chronic and acute pain conditions, including neck, back and myofascial pain, degenerative osteoarthritis, and headache.**

Methods: A total of 17 patients who had been diagnosed with burning mouth syndrome were treated with an 800-nm wavelength diode laser. A straight handpiece was used with an end of 1-cm diameter with the fiber end standing 4 cm away from the end of handpiece. When the laser was applied, the handpiece directly contacted or was immediately above the symptomatic lingual surface. The output used was 3 W, 50 msec intermittent pulsing, and a frequency of 10 Hz, which was equivalent to an average power of 1.5 W/cm² (3 W 0.05 msec 10 Hz = 1.5 W/cm²). Depending on the involved area, laser was applied to a 1-cm² area for 70 sec until all involved area was covered. Overall pain and discomfort were analyzed with a 10-cm visual analogue scale.

Results: All patients received diode laser therapy between one and seven times. The average pain score before the treatment was 6.7 (ranging from 2.9 to 9.8). **The results showed an average reduction in pain of 47.6% (ranging from 9.3% to 91.8%).** The burning sensation remained unchanged for up to 12 months.

Conclusion: Low-level energy diode laser may be an effective treatment for burning mouth syndrome.

Dramatisation, anxiété, dépression

[Odontology](#). 2010 Jul;98(2):160-4. Epub 2010 Jul 23.

Cognitive profile of patients with burning mouth syndrome in the Japanese population.

[Matsuoka H](#), [Himachi M](#), [Furukawa H](#), [Kobayashi S](#), [Shoki H](#), [Motoya R](#), [Saito M](#), [Abiko Y](#), [Sakano Y](#).

Health Sciences University of Hokkaido Hospital, Sapporo, Hokkaido, Japan.

Abstract

The present study investigated which cognitive characteristics, including cancer phobia, self-efficacy, pain-related catastrophizing, and anxiety sensitivity, affect burning mouth syndrome (BMS) symptoms in the Japanese population.

A total of 46 BMS patients (44 women and 2 men; mean age, 59.98 +/- 9.57 years; range, 30-79 years) completed a battery of questionnaires, including measures of pain severity, oral-related quality of life (QOL), stress-response, pain-related catastrophizing, self-efficacy, anxiety sensitivity, and tongue cancer phobia.

The Pain Catastrophizing Scale (PCS), General Self-Efficacy Scale (GSES), and Anxiety Sensitivity Index (ASI) scores in the BMS patients were compared with the scores of Japanese healthy participants (PCS, n = 449; GSES, n = 278; ASI, n = 9603) reported in previous studies. Catastrophizing and anxiety sensitivity were significantly higher in the BMS patients than in the healthy subjects ($P < 0.001$).

In BMS patients, catastrophizing was significantly correlated with pain severity, stress-response, psychological disability, social disability, and handicap. Cancer phobia was significantly correlated with psychological disability and handicap. Since catastrophizing showed a higher correlation with BMS symptoms than cancer phobia, catastrophizing might be a more significant cognitive factor affecting symptoms than cancer phobia in BMS patients in the Japanese population.

BLOG

<http://douleurchronique.canalblog.com>