Éditorial

J.-P. Goulet

© Springer-Verlag 2009

La région orofaciale est unique de par la diversité, la complexité et la proximité des structures spécialisées qu'elle regroupe, dont plusieurs assurent d'ailleurs d'importantes fonctions associées aux plaisirs de la vie. À l'égal d'un trouble de l'odorat, de l'audition, de la phonation, du goût, de la mastication ou de la déglutition, une douleur au visage et à l'extrémité céphalique aura manifestement des répercussions sur l'apparence, le comportement et la communication interpersonnelle. C'est aussi une région où il importe de tirer profit de l'expertise des intervenants des domaines dentaire et médical lors de l'investigation des états douloureux qui s'accompagnent d'un cortège de symptômes et de manifestations allant bien au-delà des limites topographiques des structures d'où peut provenir la douleur. Les maux de tête, les cervicalgies, les otalgies et acouphènes dont se plaignent souvent ceux souffrant de désordres temporomandibulaires en sont un bel exemple [1,7]. Et que dire des douleurs orofaciales hétérotopiques, comme celles d'origine cardiaque, susceptibles de mettre la vie du patient en danger [5] ?

De l'enfance à la vieillesse, personne ne sera épargné de l'expérience d'une douleur orofaciale ou oropharyngée. Le plus souvent, la douleur aura une cause somatique et un décours plutôt défini dans le temps. Néanmoins, pour le patient, le traitement qu'on lui offrira plus que le diagnostic sera l'élément qui lui permettra d'être rassuré et de voir poindre à l'horizon des jours meilleurs. Cependant, le nombre important de conditions orofaciales et pharyngées dominées par un tableau algique incitant à la consultation ouvre invariablement la voie au diagnostic erroné [4]. Même un bon diagnostic peut mener à une mauvaise décision clinique sur le plan thérapeutique ; ce qui aura de fâcheuses conséquences pour le patient lorsque les inférences, quant à l'étiologie attribuée au diagnostic retenu, ne reposent sur aucune évidence scientifique [2,3,6].

Il était impossible de traiter des différents aspects se rapportant aux douleurs orofaciales et oropharyngées à l'intérieur d'un seul numéro. Les options étant si nombreuses,

les choix éditoriaux ne pouvaient que couvrir quelques facettes de ce vaste domaine, et ils se sont arrêtés sur des thèmes relevant tantôt des sciences cliniques et tantôt des sciences fondamentales.

Dans leur article, les Drs Navez et Prades abordent les douleurs orofaciales et pharyngées ayant comme point de départ des pathologies de la sphère otorhinolaryngologique. Le lecteur pourra apprécier l'importance pour le dentiste d'être au fait de ces conditions face à une douleur intéressant la dentition et les muqueuses de la cavité buccale. L'article du Dr Pérusse souligne la complexité de l'innervation des structures du pharynx et de l'œsophage avant de cerner à fond la problématique des reflux gastro-œsophagiens comme source possible de douleurs orofaciales et oropharyngées. Les Drs Bodéré et Woda abordent les douleurs orofaciales idiopathiques sous l'angle de la douleur dite « fonctionnelle » et discutent des mécanismes pouvant donner lieu à des douleurs à topographie variable tout en proposant une série de critères dont la validation reste à venir. Les Drs Kolta et Lund font le point sur la théorie du « cercle vicieux », souvent retenue à tort, pour expliquer la chronicité des douleurs musculosquelettiques de la mâchoire et nous font apprécier l'apport du modèle « d'adaptation à la douleur » pour mieux comprendre l'impact de la douleur orofaciale sur les dysfonctions motrices de la mandibule. Dans leur article, le Dr Blanchet et al. nous font découvrir jusque dans quelle mesure les désordres du mouvement contribuent à l'émergence d'une douleur orofaciale dans les populations vieillissantes et abordent les principaux facteurs de risques qui y sont associés. Le Dr Langlais et al discutent de l'utilité de la tomographie volumétrique à faisceau conique comme aide lors de l'investigation des douleurs orofaciales chroniques tout en rappelant que l'établissement d'un lien de causalité ne peut uniquement reposer sur la coexistence de deux phénomènes. Enfin, il est indéniable que l'amélioration des traitements va de pair avec une meilleure compréhension des mécanismes associés aux différents types de douleurs orofaciales. Les Drs Baad-Hansen et Svensson présentent une revue des principaux modèles expérimentaux de douleurs orofaciales développés chez l'humain pour éventuellement

J.-P. Goulet (✉)

Faculté de médecine dentaire, université Laval, 2420,
rue de la Terrasse, G1V 0A6 Québec, Canada
e-mail : jean-paul.goulet@fmd.ulaval.ca

contribuer au développement de nouvelles approches diagnostique et thérapeutique.

J'ose croire, enfin, que l'apport de ce numéro à l'enrichissement du lecteur, sur l'un ou l'autre des thèmes abordés, saura pleinement récompenser le travail des auteurs que je tiens personnellement à remercier pour leur diligence et leur précieuse collaboration.

Références

1. Ballegaard V, Thede-Schmidt-Hansen P, Svensson P, Jensen R (2008) Are headache and temporomandibular disorders related? A blinded study. *Cephalalgia* 28(8):832–841
2. Greene CS, Obrez A (2003) Mandibular repositioning in the treatment of temporomandibular disorder: critical analysis. *Alpha Omegan* 96(2):40–46
3. Greene CS (2001) The etiology of temporomandibular disorders: implications for treatment. *J Orofac Pain* 15(2):93–105
4. Israel HA, Ward JD, Horrell B, Scrivani SJ (2003) Oral and maxillofacial surgery in patients with chronic orofacial pain. *J Oral Maxillofac Surg* 61(6):662–667
5. Kreiner M, Okeson JP, Michelis V, et al (2007) Craniofacial pain as the sole symptom of cardiac ischemia: a prospective multicenter study. *J Am Dent Assoc* 138(1):74–79
6. Türp JC, Greene CS, Strub JR (2008) Dental occlusion: a critical reflection on past, present and future concepts. *J Oral Rehabil* 35(6):446–453
7. Tuz HH, Onder EM, Kisnisci RS (2003) Prevalence of otologic complaints in patients with temporomandibular disorder. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 123(6):620–623