Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

Jaccr CASE REPORTS

Cas clinique

Association manifestations psychopathologiques, syndromes de la bouche brûlante et de Sjögren chez une patiente ménopausée : complexité diagnostique et thérapeutique

Psychopathological manifestations, burning mouth syndrome and Sjögren's syndrome in a postmenopausal woman: diagnostic and therapeutic complexity

MK Pouabizan*[1], SM Ndiaye[2], SD Dembélé[2], SS Ba[3], A Gamsoré[4]

Résumé

Contexte : Selon la Classification internationale des douleurs orofaciales, le syndrome de la bouche brûlante est une douleur orofaciale avec ou sans modifications somatosensorielles. Son étiopathogénie, encore incertaine et probablement multifactorielle, a fait l'objet de nombreux travaux sur l'hypothèse psychogène. Le syndrome de Sjögren, maladie auto-immune inflammatoire chronique, associe généralement sécheresse, douleur et fatigue. Leurs ressemblances cliniques et épidémiologiques peuvent compliquer le diagnostic. Cette observation en contexte africain visait à décrire leur coexistence chez une patiente et l'errance diagnostique ainsi que les difficultés de prise en charge qui en résultent.

Méthodologie : Une analyse qualitative rétrospective a porté sur le dossier d'une patiente adressée en psychiatrie par un stomatologue après plusieurs années d'errance diagnostique. L'évaluation reposait sur les classifications internationales et trois instruments standardisés : l'échelle d'anxiété de Hamilton, le Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) et le Short Form Health Survey (SF-36).

Observation : Fatou a bénéficié de plusieurs mois de suivi psychiatrique pour des diagnostics initialement imprécis. Ses antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques étaient sans particularité, à l'exception d'un trait drépanocytaire. L'évolution fluctuante et certaines particularités cliniques ont conduit à approfondir l'anamnèse. Un syndrome de la bouche brûlante a alors été évoqué, puis un syndrome de Sjögren, confirmé par un interniste. La réévaluation diagnostique et l'ajustement des soins ont entraîné une amélioration clinique notable.

Conclusion : L'association des syndromes de la bouche brûlante et de Sjögren pose des difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Cette observation souligne également le rôle possible des facteurs culturels dans l'expression des symptômes et, éventuellement, dans l'étiopathogénie du syndrome de la bouche brûlante.

Mots-clés : syndrome de la bouche brûlante ; syndrome de Sjögren ; diagnostic ; étiopathogénie ; aspects culturels ; prise en charge.

Abstract

Background: According to the International Classification of Orofacial Pain, burning mouth syndrome is a form of orofacial pain that may or may not be accompanied by somatosensory changes. Its etiopathogenesis remains uncertain and is likely multifactorial; the hypothesis that it may be psychogenic has been the subject of extensive research. Sjögren's syndrome, a chronic inflammatory autoimmune disease, typically presents with a combination of dryness, pain, and fatigue. Clinical and epidemiological similarities between these conditions can complicate the diagnostic process. This case report, set in an African context, describes the coexistence of both conditions in a single patient, highlighting the diagnostic

odyssey and the challenges in clinical management that ensued.

Methods: A retrospective qualitative analysis was conducted on the medical record of a patient referred to a psychiatric department by a stomatologist, following several years of diagnostic uncertainty. The assessment was based on international classification systems and three standardized instruments: the Hamilton Anxiety Rating Scale, the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and the Short Form Health Survey (SF-36).

Case presentation: The patient, Fatou, underwent several months of psychiatric follow-up for initially imprecise diagnoses. Her medical, surgical, and psychiatric history was unremarkable, with the exception of sickle cell trait. The fluctuating course of her condition and specific clinical features prompted a more in-depth medical history (anamnesis). Burning mouth syndrome was considered, followed by a diagnosis of Sjögren's syndrome, which was subsequently confirmed by an internist. Re-evaluating the diagnosis and adjusting the treatment plan led to significant clinical improvement.

Conclusion: The coexistence of burning mouth syndrome and Sjögren's syndrome presents both diagnostic and therapeutic challenges. This case also underscores the potential role of cultural factors in the expression of symptoms—and possibly in the etiopathogenesis of burning mouth syndrome itself.

Keywords: burning mouth syndrome; Sjögren's syndrome; diagnosis; etiopathogenesis; cultural aspects; care.

Introduction

Le syndrome de la bouche brûlante (SBB) pose des difficultés diagnostiques et thérapeutiques [1]. Il appartient aux douleurs orofaciales idiopathiques, avec ou sans modifications somatosensorielles, selon la Classification internationale de la douleur orofaciale (ICOP 2020) [2]. Son diagnostic, initialement fondé sur l'exclusion des causes intra-orales, repose désormais sur des investigations cliniques et paracliniques intégrant la recherche de comorbidités [3]. Il touche surtout la langue, puis le palais dur, les gencives, la lèvre inférieure et le pharynx [4]. Une dysgueusie, des démangeaisons, une xérostomie ou une sialorrhée peuvent être également rapportées [5]. Sa prévalence moyenne en pratique clinique est de 4 %, et atteint 18 % chez les femmes ménopausées. Son étiopathogénie demeure incertaine, probablement multifactorielle [6]. L'hypothèse psychogène a suscité de nombreux travaux et modèles théoriques. La fréquence élevée des troubles anxieux et dépressifs chez les patients atteints de SBB suggère que ces facteurs psychologiques peuvent accentuer la perception douloureuse et favoriser la chronicité des symptômes [7]. Buljan et al. [8] ont montré une corrélation entre l'intensité des brûlures et les niveaux d'anxiété et de dépression. Yoo et al. [9] ont relevé des scores élevés de somatisation, d'obsession-compulsion, d'hostilité et de paranoïa, évoquant une possible proximité avec les troubles somatoformes, dans lesquels les difficultés émotionnelles s'expriment par des symptômes physiques persistants. Le SBB apparait souvent après des événements de vie stressants, suggérant un rôle déclencheur des facteurs psycho-émotionnels [7]. Certains modèles francophones parlent de psycho-stomatodynie : les tensions émotionnelles non résolues pourraient s'exprimer corporellement et contribuer, dans de nombreux cas, à entretenir la douleur [10]. Ces approches psychosomatiques considèrent la dimension psychologique comme une composante de la pathologie, et non comme une simple conséquence.

Le syndrome de Sjögren (SS) est une maladie auto-immune associant une infiltration lymphocytaire des glandes exocrines, surtout lacrymales et salivaires, et la production d'autoanticorps dirigés contre des antigènes nucléaires solubles [11]. Cette affection inflammatoire chronique se traduit souvent par une triade : sécheresse (oculaire, buccale, cutanée, génitale, ou bronchique), douleurs articulaires ou musculaires et fatigue. Elle concerne 0,1 à 0,4 % des adultes, principalement les femmes ménopausées, avec un pic d'incidence entre 55 et 65 ans [12].

Ces deux affections partagent des caractéristiques cliniques et épidémiologiques. Leur association constitue un tableau complexe où les brulures buccales, la xérostomie et la dysgueusie se combinent aux manifestations auto-immunes systémiques du SS.

À travers une observation clinique en contexte africain, ce travail examine la coexistence de ces deux affections chez une patiente ménopausée, population particulièrement exposée. Il explore leurs répercussions psychopathologiques et la manière dont leur association peut entraîner une errance diagnostique et compliquer la prise en charge. L'objectif était d'en éclairer les enjeux diagnostiques et thérapeutiques.

Méthodologie

Le recueil des données reposait sur le dossier médical de la patiente, complété par des entretiens

semi-structurés menés environ huit mois après le début du suivi psychiatrique, les résultats des examens paracliniques et les comptes rendus des autres spécialités participant à sa prise en charge.

La patiente a été évaluée à l'aide d'échelles standardisées.

L'échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) [13] a mesuré l'anxiété psychique et somatique à travers 14 items cotés de 0 à 4, pour un total de 0 à 56. Selon les seuils usuels, l'anxiété est légère pour un score inférieur ou égal à 17, légère à modérée entre 18 et 24, modérée à sévère entre 25 et 30, et sévère au-delà de 30. Un score d'au moins 18 est considéré comme cliniquement significatif.

Le Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) [14] a mesuré la qualité du sommeil au cours du dernier mois. Cet auto-questionnaire comporte 19 items répartis en 7 composantes cotées de 0 à 3, donnant un score global de 0 à 21. Un score supérieur à 5 indique une altération significative de la qualité du sommeil ; un score inférieur ou égal à 5 est compatible avec un sommeil satisfaisant.

Le questionnaire de qualité de vie SF-36 [15] a mesuré l'impact global des symptômes sur la qualité de vie. Ses huit dimensions explorent notamment le fonctionnement physique, la douleur, la vitalité, la santé mentale et les limitations physiques et émotionnelles. Les scores vont de 0 à 100, les valeurs élevées indiquant une meilleure qualité de vie. En l'absence de seuil pathologique universel strict, un score inférieur à 50 est souvent interprété comme une altération significative.

Tableau I: Instruments d'évaluation standardisés utilisés

Instrument	Objectif	Cotation / Validation
Échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A)	Évaluer le niveau et la sévérité de l'anxiété	- 14 items évalués par le clinicien, chacun coté de 0 (absent) à 4 (sévère) ; - score total 0-56 ; - Validation internationale largement reconnue.
Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	Évaluer la qualité du sommeil sur le dernier mois	- 19 items auto-rapportés regroupés en 7 composantes, chaque composante cotée de 0 à 3, - score global 0-21 ; - score de 0 à 5 points : bonne qualité de sommeil ; - score de 6 à 10 points : mauvaise qualité de sommeil / difficultés significatives ; - score > 10 points : présence possible d'un trouble du sommeil cliniquement important.
Questionnaire de qualité de vie SF-36	Évaluer la qualité de vie globale (physique et psychique)	- 36 items auto-rapportés, cotés selon échelle de Likert (varie selon l'item), regroupés en 8 dimensions ; - score transformé en échelle 0-100, scores élevés = meilleure qualité de vie

Observation

La patiente, désignée par le pseudonyme Fatou, avait 64 ans, était mariée, mère de deux enfants et ménopausée depuis l'âge de 47 ans. Un stomatologue l'avait orientée en psychiatrie pour une persistance de douleur linguale et une insomnie, malgré plusieurs examens médicaux, sans anomalie. Ces symptômes fluctuaient depuis environ cinq ans avant sa première consultation en psychiatrie. Elle avait consulté dans plusieurs services et hôpitaux, notamment en oto-rhino-laryngologie, stomatologie, neurologie et médecine interne. Une interprétation mystique de ses symptômes l'avait également conduite à consulter à plusieurs reprises des tradipraticiens. Son suivi psychiatrique, exclusivement ambulatoire, était ponctué de changements fréquents de psychiatres liés aux rotations des praticiens du centre hospitalier national universitaire (CHNU) de Fann.

Ses antécédents personnels médicaux, chirurgicaux et psychiatriques étaient sans particularités, hormis un trait drépanocytaire (génotype HbAS).

Anamnèse et suivi psychiatrique

Les hypothèses d'hypocondrie et de dépression masquée ont été initialement envisagées lors du suivi psychiatrique. Un traitement associant de la venlafaxine, antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), prescrite à la dose de 75 mg/j le matin pendant environ un mois, puis augmentée à 150 mg/j le matin, et du bromazépam, anxiolytique de la classe des benzodiazépines, à la dose de 6 mg/j le soir, a été instauré en complément d'un soutien psychologique. Malgré un suivi régulier et plusieurs ajustements thérapeutiques, l'évolution clinique est restée

fluctuante au cours de cette période. Un entretien approfondi sur les symptômes et leur évolution insidieuse a révélé plusieurs particularités. Leur apparition coïncidait avec un conflit entre Fatou et l'un de ses cousins. Elle rapportait : « mon cousin m'a humiliée devant mes enfants, c'est avec tout ceci que mes problèmes de langue ont commencé. J'étais tellement touchée que je ne pouvais plus parler ». Elle décrivait une douleur linguale parfois accompagnée de dysesthésie à la pointe de la langue (rugosité, picotements). Continue dans la journée, la douleur s'intensifiait le soir et en situation de stress. Environ un an après le début des symptômes, une xérostomie avec difficultés de mastication est apparue, indépendamment du stress, ainsi que des douleurs articulaires et musculaires aux membres inférieurs. La patiente signalait également une fatigue chronique limitant ses activités quotidiennes. L'ensemble des symptômes persistait malgré une bonne observance thérapeutique.

L'évaluation du niveau et de l'intensité de l'anxiété par l'échelle HAM-A indiquait un score de 24, témoignant d'une anxiété légère à modérée, présente depuis le début des symptômes décrits. Face à une insomnie persistante, quasi-totale mais bien tolérée, le PSQI a révélé un score de 9, correspondant à une mauvaise qualité du sommeil avec des difficultés significatives. Le SF-36 montrait une altération significative de la qualité de vie sur les plans physique et psychique.

Biographie et dynamique familiale

Les entretiens approfondis révélaient un parcours de vie difficile et une dynamique familiale perturbée. Confiée dès la petite enfance à sa grand-mère maternelle, Fatou avait connu, à 17 ans, une grossesse hors mariage, proscrite dans sa famille, entrainant rejet et stigmatisation. L'enfant était décédé deux semaines après la naissance. Un an plus tard, elle avait un autre compagnon. Ce mariage avait été marqué par de nombreuses épreuves douloureuses qu'elle n'avait jamais évoquées. Durant sa grossesse, son mari avait pris une seconde épouse, dont elle avait découvert l'accouchement à une semaine d'intervalle du sien. Les difficultés conjugales avaient duré plusieurs années. Une séparation, puis une réconciliation après le divorce de sa coépouse, avaient également été une source de souffrance. Elle avait ensuite mal vécu l'annonce, par son entourage, du remariage de son mari en Europe, où elle l'avait aidé à partir grâce à ses économies. Enfin, selon Fatou, les années d'hospitalisation de son fils, son évacuation en Europe, puis son décès et son enterrement sur place, sans qu'elle ait pu voir son corps, avaient constitué des épreuves difficiles à surmonter.

Fatou présentait des traits introvertis avec une difficulté à exprimer ses émotions. Lors de l'entretien, elle déclarait : « c'est la première fois de ma vie que je raconte toutes ces douleurs, et je me sens à présent soulagée ». Une psychothérapie de soutien fondée sur l'écoute active avait été instaurée. La tenue d'un carnet intime lui avait également été proposée, avec des tâches thérapeutiques favorisant l'identification et l'expression des émotions. Le traitement médicamenteux était resté inchangé.

Évolution clinique

Au fil du suivi, l'anxiété, les douleurs linguales et les autres symptômes buccaux chez Fatou diminuaient, tandis que le sommeil se rétablissait sans hypnotiques. Elle avait cessé de sa propre initiative le bromazépam et poursuivait la venlafaxine à la même dose. Elle déclarait : « cela faisait trop longtemps que je n'arrivais plus à dormir, même avec les médicaments. Le fait d'avoir parlé de mes problèmes m'a libérée ».

Le psychiatre a envisagé puis retenu le diagnostic de SBB selon les critères de l'ICOP : brûlure linguale quotidienne depuis plus de trois mois, suivant un rythme circadien, avec un examen clinique et des explorations paracliniques sans cause secondaire identifiée.

Fatou éprouvait d'abord des difficultés à tenir un carnet intime : « Je n'arrive pas à exprimer mes émotions même dans un carnet, car dans notre culture, l'expression des émotions est considérée comme une faiblesse féminine ». Elle a refusé la thérapie cognitivo-comportementale proposée, préférant poursuivre le suivi avec notre équipe. D'autres exercices favorisant l'expression émotionnelle ont été prescrits, accompagnés d'une psychoéducation et d'une écoute active. La venlafaxine a été progressivement réduite.

La xérostomie et les douleurs articulaires persistaient toutefois. Le psychiatre a encouragé la poursuite des consultations en ophtalmologie et en médecine interne. Les comptes rendus confirmaient une sécheresse oculaire, objectivée par un test de Schirmer inférieur à 5 mm, ainsi qu'une sécheresse buccale, mise en évidence par le test au sucre. La biopsie des glandes salivaires accessoires révélait une sialadénite lymphocytaire focale de grade III selon la classification de Chisholm-Mason, avec un focus score de 1 foyer/4 mm². Le bilan immunologique révélait la présence d'anticorps antinucléaires et une forte positivité des anticorps anti-SSA/Ro avec un taux supérieur à 15 U/mL. Les

recherches de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (Ag HBs), des anticorps anti-VHC et du VIH étaient négatives. Au terme de cette évaluation, l'interniste a retenu le diagnostic de syndrome de Sjögren primitif. Compte tenu des arthralgies associées au syndrome de Sjögren primitif, une corticothérapie par prednisone, à la dose de 10 mg/j par voie orale le matin, a été instaurée et poursuivie pendant plusieurs mois. Un substitut salivaire sous forme de spray buccal a également été prescrit pendant plusieurs mois, à raison d'une pulvérisation à l'intérieur de chaque joue trois fois par jour, afin de soulager la xérostomie.

Lors d'un entretien, Fatou déclarait : « c'est vrai que j'ai beaucoup dépensé durant toutes ces années, mais je me sens soulagée de savoir de quoi je souffre ». Les exercices réalisés l'ont aidée à relier les émotions intenses à l'aggravation de certains symptômes : « j'ai constaté que mes douleurs linguales survenaient lorsque j'étais surtout en colère ». L'écoute active et les exercices de gestion des émotions ont été poursuivis, tandis que la venlafaxine était progressivement arrêtée (Tableau II). Au rendez-vous suivant, une amélioration clinique globale était observée. Fatou expliquait : « j'apprends progressivement à mieux me connaître et à gérer mes émotions en écrivant parfois dans le carnet mes difficultés vécues. Cela m'aide énormément, d'autant plus que j'ai du mal à me confier aux gens ». L'arrêt du suivi psychiatrique a été proposé d'un commun accord, avec maintien du suivi en médecine interne.

Tableau II : Frise chronologique du tableau clinique et de la prise en charge

Étape	Avant le suivi psychiatrique (environ 5 ans)	Suivi psychiatrique initial (8 mois)	Réévaluation et explorations	Fin du suivi psychiatrique
Intervenants	Stomatologie, ORL, neurologie, médecine interne, tradipraticiens	Psychiatrie	Psychiatrie, ophtalmologie, médecine interne	Médecine interne
Symptômes	Douleur linguale, insomnie	Douleur linguale, insomnie	Xérostomie, douleurs articulaires, sécheresse oculaire et buccale	—
HAM-A	Non réalisé	24	—	10
PSQI	Non réalisé	9	—	4
SF-36	Non réalisé	Altération significative de la qualité de vie	—	Amélioration des scores des différentes dimensions
Examens	Examens médicaux normaux	—	Test de Schirmer, test au sucre, biopsie des glandes salivaires accessoires, anticorps antinucléaires et anti-SSA	—
Diagnostic	—	Hypocondrie, dépression masquée	SBB, syndrome de Sjögren	SBB, syndrome de Sjögren
Traitement	—	Venlafaxine, bromazépam, psychothérapie de soutien	Arrêt du bromazépam, corticothérapie, substitut salivaire	Réduction progressive puis arrêt de la venlafaxine
Évolution	—	Évolution fluctuante	Rétablissement du sommeil, régression de l'anxiété et des douleurs linguales ; persistance de la xérostomie et des douleurs articulaires	Amélioration clinique globale

HAM-A : échelle d'anxiété de Hamilton ; PSQI : Pittsburgh Sleep Quality Index ; SF-36 : Short Form Health Survey ; SBB : syndrome de la bouche brûlante.

Discussion

Ce cas unique ne permet pas de généraliser les résultats, mais illustre la complexité de la prise en charge de ces affections. La diversité des traitements rend également difficile l'attribution de l'amélioration à une intervention particulière.

Chronologie du parcours de soins

Avant son orientation en psychiatrie, Fatou avait été suivie pendant environ cinq ans dans plusieurs services pour des symptômes linguaux persistants. Huit mois après le début du suivi psychiatrique, une analyse rétrospective menée avec elle a précisé certaines particularités cliniques. Il s'agit de l'apparition progressive de douleurs articulaires, surtout aux membres inférieurs, et d'une sécheresse buccale persistante, sans facteur déclenchant ou aggravant clairement identifié. Le psychiatre a alors encouragé la poursuite des explorations ophtalmologiques et internistes déjà engagées. La biopsie des glandes salivaires accessoires a finalement orienté le diagnostic de l'interniste et permis d'adapter la prise en charge.

Hypothèses diagnostiques initiales

Le dossier de Fatou mentionnait plusieurs diagnostics successifs, souvent imprécis. Durant les premiers mois de suivi psychiatrique, l'hypocondrie et la « dépression masquée » dominaient. La Classification internationale des maladies CIM-10 [16] définit l'hypocondrie comme la préoccupation persistante d'une maladie grave malgré des examens normaux et des explications médicales adaptées. La CIM-11 [17] la conceptualise comme un trouble anxieux lié à la santé. La persistance des plaintes somatiques, l'absence d'anomalie clinique et les consultations répétées ont probablement suggéré l'hypothèse d'une somatisation, sur un fond de méconnaissance du SBB. Pourtant Fatou ne se croyait pas atteinte d'une maladie grave et ne présentait pas de pensées catastrophiques persistantes : elle cherchait surtout à comprendre une douleur chronique invalidante. Une dépression a également été envisagée. La « dépression masquée », sans statut nosographique formel dans les classifications actuelles, désigne une présentation principalement somatique. Selon la CIM-10 [16], l'épisode dépressif caractérisé associe notamment humeur dépressive persistante, perte d'intérêt, fatigabilité accrue, troubles du sommeil et de l'appétit et difficultés de concentration. Le dossier ne permettait toutefois pas d'établir l'ensemble de ces critères. La tristesse semblait plutôt liée à la douleur persistante et à l'absence d'explication médicale satisfaisante qu'à un trouble thymique primaire.

Réorientation diagnostique

Huit mois après le début du suivi psychiatrique, la persistance des symptômes en situation de stress a motivé une réévaluation. Celle-ci a établi la coïncidence entre le début des douleurs linguales et un événement stressant. Les symptômes décrits répondaient aux critères du SBB. Les comorbidités anxieuses et dépressives, fréquentes dans ce syndrome, peuvent compliquer son diagnostic, notamment chez les femmes ménopausées [18]. Les troubles émotionnels sont toutefois souvent secondaires à la douleur chronique [19]. L'absence d'amélioration notable sous antidépresseur et psychothérapie de soutien remettait en question l'hypothèse d'un trouble dépressif caractérisé. Le parcours de vie difficile et les traits de personnalité de type « défendu émotionnellement » suggéraient une origine psychogène.

Distinction clinique et psychopathologique entre SBB et syndrome de Sjögren

Ce cas illustre les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de certaines affections orofaciales et auto-immunes au Sénégal. La coexistence du SBB et du SS complique leur identification et leur traitement. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) souligne le sous-diagnostic de certaines maladies bucco-dentaires en Afrique, lié à l'accès limité aux soins spécialisés [20]. Adamo et al. [21] rapportent également une méconnaissance de ces affections chez les spécialistes et de fréquentes erreurs ou de fréquents retards diagnostiques. Chez Fatou, les erreurs diagnostiques ont entraîné une prise en charge inadaptée et accru l'anxiété, comme dans l'observation de Galli et al. [7]. Les rotations fréquentes des psychiatres à l'hôpital ont aussi pu prolonger cette errance.

Chez Fatou, le diagnostic a été établi cinq ans après le début des troubles pour le SBB et six ans pour le SS, malgré de multiples consultations spécialisées et examens paracliniques. Cette errance rejoint celle décrite par Adamo et al. [3], mais les délais étaient ici plus longs. Les particularités locales du parcours de soins, dont le recours fréquent aux tradipraticiens, pourraient expliquer cet écart. Asuzu et al. [22] identifient ce recours comme un facteur de retard diagnostique, associé à la méconnaissance clinique des prestataires de soins formels et aux croyances attribuant la maladie à des malédictions, qui retardent l'accès aux soins appropriés.

Plusieurs études décrivent la coexistence de ces affections [23,24], le SBB précédant souvent le SS, comme chez Fatou. Leurs similitudes cliniques et épidémiologiques, notamment la xérostomie et la dysesthésie communes aux deux syndromes [25], peuvent retarder le diagnostic et conduire à un traitement inadapté. Il faut toutefois distinguer un SBB idiopathique associé au syndrome de Sjögren de brûlures buccales secondaires au SS ou aux médicaments. Le diagnostic a été retenu selon les critères ICOP, aucune autre cause locale

n'expliquant mieux les brûlures, malgré une contribution médicamenteuse possible. Ces affections touchent surtout les femmes ménopausées, comme Fatou [25]. La baisse des hormones sexuelles (œstrogènes, progestérone, déhydroépiandrostérone) entraine une atrophie de l'épithélium lingual, exposant davantage les nerfs périphériques et augmentant la vulnérabilité à la douleur [26]. Elle perturbe aussi les axes hypothalamo-hypophyso-surrénalien et hypothalamo-hypophyso-gonadique, affectant la régulation émotionnelle, le seuil douloureux et sa modulation centrale [27]. En péri- et postménopause, la réduction de l'effet immunomodulateur protecteur de ces hormones s'accompagne d'une dysrégulation de l'immunité adaptative [28]. La réponse pro-inflammatoire accrue peut alors activer des réactions auto-immunes latentes ou favoriser l'apparition de nouveaux autoanticorps [27].

Chez Fatou, les traits évoquant une alexithymie soutiennent un modèle étiopathogénique multifactoriel du SBB. Le Toronto Alexithymia Scale 20 items aurait permis d'explorer cette hypothèse. Marino et al. [29] rapportent une prévalence accrue de l'alexithymie dans le SBB, suggérant un rôle possible dans la perception et la chronicisation de la douleur. La survenue de symptômes après des événements stressants, comme chez Fatou, est compatible avec un modèle étiopathogénique multifactoriel, sans établir pour autant une origine psychogène de la douleur. Des troubles de la personnalité sont également décrits dans des affections de cause organique identifiable, dont le SBB [30]. Le névrosisme et la réactivité émotionnelle pourraient moduler l'intensité douloureuse et sa dimension affective [7]. Les interactions entre facteurs psychologiques, modulation centrale de la douleur et marqueurs biologiques du stress, tels que le cortisol ou le brain-derived neurotrophic factor (BDNF), constituent également des pistes explicatives [31]. À l'inverse, le SS a une étiologie organique établie : cette maladie auto-immune épithéliale associe activation immunitaire des glandes exocrines, dysrégulation des lymphocytes T et B, production d'autoanticorps et inflammation chronique, favorisées par des facteurs génétiques, viraux et épigénétiques [32].

Conséquences psychosociales

Les deux affections entraînaient des conséquences psychosociales et économiques importantes chez Fatou : qualité de vie altérée, anxiété, troubles du sommeil et fatigue persistante. Ces observations concordent avec les études associant les symptômes de sécheresse à une forte dégradation de la qualité de vie, à l'anxiété et aux troubles du sommeil, indépendamment des résultats des tests ou du diagnostic établi [33]. Segal et al. [34] décrivent la fatigue chronique comme souvent le symptôme le plus invalidant du SS, affectant fortement la qualité de vie et limitant les activités professionnelles. Galli et al. [7] soulignent aussi les coûts médicaux et personnels élevés des consultations et examens répétés durant l'errance diagnostique. Fatou en témoignait en déclarant avoir « beaucoup dépensé » avant d'obtenir un diagnostic.

Approches thérapeutiques et psychologiques

La prise en charge de Fatou a associé la psychiatrie et la médecine interne, conformément à l'approche multidisciplinaire préconisée par Aljanobi [25] pour la coexistence du SBB et du SS, en tenant compte de l'auto-immunité sous-jacente. Un antidépresseur de type IRSN a été prescrit chez Fatou. Tan et al. [35] rapportent des résultats variables avec les antidépresseurs et les gabapentinoïdes dans le SBB. Toutefois, la venlafaxine pourrait avoir aggravé la sécheresse buccale en modulant la régulation neurovégétative de la salivation, notamment par une possible inhibition noradrénergique des neurones salivaires du tronc cérébral. D'autres traitements sont décrits : clonazépam topique sublingual, gels d'amitriptyline, substituts salivaires et agents hydratants oraux. Sous clonazépam, 50 à 80 % des patients rapportaient une réduction d'au moins 50 % du score douloureux après plusieurs semaines à quelques mois, témoignant d'une efficacité significative [36].

En complément de l'antidépresseur, une psychothérapie axée sur l'expression émotionnelle, notamment par un carnet intime, semble avoir favorisé une amélioration subjective chez Fatou. Cette intervention reste peu documentée dans le SBB. L'évolution suggère une influence de facteurs culturels et de croyances personnelles, dont l'idée qu'exprimer ses émotions constitue une faiblesse féminine. Leur rétention prolongée pourrait avoir contribué à l'apparition et à l'intensité des symptômes buccaux, conformément aux modèles biopsychosociaux de la douleur chronique et aux hypothèses psychogènes du SBB [18]. Des facteurs culturels pourraient également influencer l'expression de la détresse psychique et la perception des symptômes, mais cette interprétation demeure hypothétique en l'absence d'évaluation dédiée. Kirmayer et al. [37] soulignent que la somatisation s'observe dans différents groupes ethnoculturels et que l'expression des symptômes corporels peut être influencée par les contextes sociaux et culturels. Chez Fatou, l'expression orale et écrite des émotions

semble avoir favorisé un soulagement psychologique, avec une possible modulation du vécu douloureux, sans permettre de conclure à un mécanisme de somatisation culturelle. La plupart des études privilégient la thérapie cognitivo-comportementale, ciblant le catastrophisme douloureux, l'anxiété liée à la douleur et les stratégies d'adaptation. Certaines thérapies de groupe rapportent jusqu'à 70 % d'amélioration des symptômes, maintenue six mois après l'intervention [38].

L'interniste a instauré une corticothérapie conformément aux recommandations de la Ligue européenne contre le rhumatisme (EULAR). En complément de l'immunomodulation, l'EULAR recommande, pour les syndromes secs du SS, des substituts salivaires et lacrymaux ainsi qu'une stimulation pharmacologique de la sécrétion salivaire [39]. La fatigue, fréquente et invalidante dans le SS, requiert également une prise en charge ciblée. Les stratégies recommandées associent activité physique progressive (pacing) et accompagnement psychologique individualisé, en accord avec les principes internationaux de prise en charge du syndrome de fatigue chronique [40].

L'amélioration de Fatou ne peut être attribuée à un traitement particulier : psychothérapie, antidépresseur, anxiolytique et corticothérapie se sont succédé sans évaluation isolée ou spécifique de leurs effets.

Conclusion

Les similitudes cliniques entre le syndrome de Sjögren (SS) et le syndrome de la bouche brûlante (SBB) peuvent compliquer leur distinction. Une anamnèse complète et un examen buccal approfondi sont essentiels chez tout patient présentant une xérostomie ou une douleur buccale. L'analyse des manifestations subjectives (douleur, anxiété, ressenti) et des données objectives (biomarqueurs, tests salivaires, biopsies glandulaires) permet de préciser le diagnostic différentiel et d'améliorer les soins.

Ces affections soulèvent des enjeux diagnostiques, thérapeutiques et psychosociaux qui nécessitent une prise en charge multidisciplinaire associant stomatologues, internistes, neurologues, rhumatologues et spécialistes de la santé mentale. Un accompagnement psychologique adapté, intégré au traitement étiologique ou centré sur la gestion des émotions et de l'anxiété, peut être bénéfique, notamment en cas de douleur chronique sans lésion organique détectable. Malgré ses limites, cette étude éclaire les liens et les particularités de deux entités souvent confondues ou présentes chez une même patiente.

Perspectives de recherche

Des études de plus grande ampleur permettraient de confirmer et d'élargir ces résultats, de préciser les mécanismes du SBB et du SS, de caractériser les profils symptomatiques et leurs variations individuelles, et de concevoir des traitements ciblés et personnalisés. Cette observation enrichit une littérature encore lacunaire en soulignant le rôle possible des facteurs culturels dans l'étiopathogénie du SBB, dans un contexte d'intérêt croissant pour la somatisation culturelle. Il conviendrait aussi d'étudier systématiquement les causes de l'errance diagnostique, notamment la confusion entre le SBB et d'autres pathologies psychiatriques. Ces travaux pourraient améliorer la détection précoce et les protocoles thérapeutiques, en particulier chez les personnes âgées susceptibles de mal tolérer plusieurs médicaments.

Considérations éthiques

Cette étude a été conduite dans le respect des principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki. Le consentement libre et éclairé de la patiente a été recueilli.

Conflits d'intérêts : aucun conflit d'intérêts à déclarer pour l'ensemble des auteurs.

***Auteur correspondant :** Madiyiri Karim POUABIZAN

pouabizankarim@yahoo.com

Disponible en ligne : 9 novembre 2026

[1] Service de psychiatrie, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal

[2] Service de psychiatrie, Hôpital Principal de Dakar, Sénégal

[3] Service de psychiatrie, Établissement Public de Santé Mentale de la Marne, Châlons-en-Champagne, France

[4] Service de médecine interne, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2026

Références

1. Klasser GD, Epstein JB, Villines D. Management of burning mouth syndrome. *J Mich Dent Assoc.* 2012;94(6):43–46.

2. International Headache Society. International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP). *Cephalalgia.* 2020;40(2):129–221.

3. Adamo D, Calabria E, Canfora F, Coppola N, Pecoraro G, D'Aniello L, et al. Burning mouth syndrome: analysis of diagnostic delay in 500 patients. *Oral Dis.* 2024;30(3):1543–1554.

4. Alsabbagh R, Ouanounou A. Burning mouth syndrome: etiology, clinical presentations, and treatment alternatives. *Dentistry Review.* 2022;2(1):100036.

5. Lamey PJ, Freeman R, Eddie SA, Pankhurst C, Rees T. Vulnerability and presenting symptoms in burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;99(1):48–54.

6. Wu S, Zhang W, Yan J, Noma N, Young A, Yan Z. Worldwide prevalence estimates of burning mouth syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Oral Dis.* 2022;28(6):1431–1440.

7. Galli F, Lodi G, Sardella A, Vegni E. Role of psychological factors in burning mouth syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia.* 2017;37(3):265–277.

8. Buljan D, Savić I, Karlović D. Correlation between anxiety, depression and burning mouth syndrome. *Acta Clin Croat.* 2008;47(4):211–216.

9. Yoo HS, Jin SH, Lee YJ, Song CM, Ji YB, Tae K. The role of psychological factors in the development of burning mouth syndrome. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2018;47(3):374–378.

10. Boucher Y. Psycho-stomatodynia. *J Oral Med Oral Surg.* 2019;25(1):2.

11. Hakkou F, Chbicheb S, Wady WE. Syndrome de Gougerot-Sjögren: manifestations buccales et prise en charge. *Med Buccale Chir Buccale.* 2011;17(4):323–330.

12. Laigle L, Le Dantec C, Soret P, Desvaux E, Hubert S, Foulquier N, et al. Sjögren's syndrome: towards precision medicine. *Med Sci (Paris).* 2022;38(2):148–151.

13. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50–55.

14. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193–213.

15. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473–483.

16. Gaebel W, Stricker J, Kerst A. Changes from ICD10 to ICD11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues Clin Neurosci.* 2020;22(1):7–15.

17. Chessa A, Sentissi O. CIM11 (OMS): nouvelle révision et impact de la classification onusienne en psychiatrie. *L'Encéphale.* 2024;50(3):329–338.

18. Grushka M, Epstein JB, Gorsky M. Burning mouth syndrome. *Am Fam Physician.* 2002;65(4):615–620.

19. Scala A, Checchi L, Montevecchi M, Marini I, Giamberardino MA. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2003;14(4):275–291.

20. Mutave R, Muange P, Carrasco-Labra A, Urquhart O, Bhosale AS, Makino Y, et al. Executive summary of a regional meeting to accelerate oral health policies in the WHO African Region. *JDR Clin Transl Res.* 2025;10(3):204–208.

21. Adamo D, Canfora F, Calabria E, Coppola N, Sansone M, Spagnuolo G, et al. Burning mouth syndrome and hypertension: prevalence, gender differences and association with pain and psycho-social characteristics—a case control study. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(3):2040.

22. Asuzu CC, Akin-Odanye EO, Asuzu MC, Holland J. A socio-cultural study of traditional healers role in African health care. *Infect Agent Cancer.* 2019;14:15.

23. Silva ACCC, da Rocha Medeiros BC, de Almeida Araújo LM, Lopes LC, Souza MS, Grossmann SdMC. Burning mouth syndrome and Sjögren's syndrome: case series. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2024;137(6):e222–e223.

24. Lee YC, Song R, Yang YJ, Eun YG. Prevalence and predictors of Sjögren's syndrome in patients with burning mouth symptoms. *J Oral Facial Pain Headache.* 2018;32(1):91–96.

25. Aljanobi H, Sabharwal A, Krishnakumar B, Kramer JM. Is it Sjögren's syndrome or burning mouth syndrome? Distinct pathoses with similar oral symptoms. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2017;123(4):482–495.

26. Khawaja SN, Alaswaiti OF, Scrivani SJ. Burning mouth syndrome. *Dent Clin North Am.* 2023;67(1):49–60.

27. Imamura Y, Shinozaki T, Okada-Ogawa A, Noma N, Shinoda M, Iwata K, et al. An updated review on pathophysiology and management of burning mouth syndrome with endocrinological, psychological and neuropathic perspectives. *J Oral Rehabil.* 2019;46(6):574–587.

28. Patil PM, Patil SP. Burning mouth syndrome: a state of the art review for the oral healthcare provider. *Biomed Pharmacother J.* 2021;14(1):215–223.

29. Marino R, Picci RL, Ferro G, Carezana C, Gandolfo S, Pentenero M. Peculiar alexithymic traits in burning mouth syndrome: case-control study. *Clin Oral Investig.* 2015;19(8):1799–1805.

30. Jeronimus BF, Kotov R, Riese H, Ormel J. Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline symptoms and psychiatric history, but the adjusted association hardly decays with time: a meta-analysis on 59 longitudinal/prospective studies with 443 313 participants. *Psychol Med.* 2016;46(14):2883–2906.

31. de Souza FTA, Kummer A, Silva MLV, Amaral TMP, Abdo EN, Abreu MHNG, et al. The association of

openness personality trait with stress-related salivary biomarkers in burning mouth syndrome. *Neuroimmunomodulation.* 2015;22(4):250–255.

32. Bordron A, Charras A, Le Dantec C, Renaudineau Y. Épigénome et syndrome de Gougerot-Sjögren. *Rev Med Interne.* 2018;39(5):346–351.
33. Milin M, Cornec D, Chastaing M, Griner V, Berrouiguet S, Nowak E, et al. Sicca symptoms are associated with similar fatigue, anxiety, depression, and quality-of-life impairments in patients with and without primary Sjögren's syndrome. *Joint Bone Spine.* 2016;83(6):681–685.
34. Segal B, Thomas W, Rogers T, Leon JM, Hughes P, Patel D, et al. Prevalence, severity and predictors of fatigue in primary Sjogren's syndrome. *Arthritis Rheum.* 2008;59(12):1780–1787.
35. Tan HL, Smith JG, Hoffmann J, Renton T. A systematic review of treatment for patients with burning mouth syndrome. *Cephalalgia.* 2022;42(2):128–161.
36. Heckmann SM, Kirchner E, Grushka M, Wichmann MG, Hummel T. A double-blind study on clonazepam in patients with burning mouth syndrome. *Laryngoscope.* 2012;122(4):813–816.
37. Kirmayer LJ, Robbins JM, Paris J. Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *J Abnorm Psychol.* 1994;103(1):125–136.
38. Nasri-Heir C, Zagury JG, Thomas D, Ananthan S. Burning mouth syndrome: current concepts. *J Indian Prosthodont Soc.* 2015;15(4):300–307.
39. Nocturne G, Gosset M, Rousseau A. Traitements présents et futurs du syndrome sec au cours du syndrome de Gougerot-Sjögren primitif. *Rev Rhum Monogr.* 2021;88(4):279–286.
40. Chou R, McDonagh M, Griffin JC, Grusing S. Management of Myalgic Encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS): an updated systematic evidence review. *Pacific Northwest Evidence-Based Practice Center for CDC.* 2022.