

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année : 2007

N°: 16

AUTOMUTILATIONS DE LA CAVITE BUCCALE CHEZ L'ADULTE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

*présentée
et soutenue publiquement par*

BRULE Anne-Solène

Née le 12 août 1981

le 28 mars 2007 devant le jury ci-dessous

Président M. Olivier LABOUX
Assesseur M. Bernard GIUMELLI
Assesseur M. Jacques GUIHARD

Directeur de thèse : M. Saïd KIMAKHE

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	2
I. LA CAVITE BUCCALE PORTEUSE DE SENS	3
1.1. SYMBOLISME DE LA CAVITE BUCCALE.....	3
1.1.1. Le nouveau-né	3
1.1.2. La nutrition : du besoin primitif au plaisir.....	3
1.1.3. La bouche organe de défense	3
1.1.4. La communication.....	4
1.1.5. La bouche affective	4
1.1.6. La bouche reflet de l'individu.....	4
1.1.7. La douleur	5
1.2. PSYCHOSOMATIQUE	5
1.2.1. Historique	5
1.2.2. Symbolisme organique.....	6
1.2.3. Le déterminisme psychique	6
1.2.4. La somatisation	7
1.2.5. Les mécanismes psychosomatiques en stomatologie	7
1.2.6. Manifestations psychosomatiques au niveau de la cavité buccale	8
1.2.6.2. Au niveau des articulations temporo-mandibulaires	9
II. LE COMPORTEMENT AUTO-MUTILATOIRE.....	11
2.1. HISTORIQUE ET DEFINITIONS	11
2.1.1. L'automutilation dans l'histoire	11
2.1.2. Terminologie	13
2.2. L'AUTOMUTILATION : DANS QUEL CADRE?.....	14
2.2.1. La comorbidité psychiatrique	14
2.2.2. Les grands syndromes	17
2.2.3. Les pathologies déficitaires	21
2.2.4. Les traumatismes post-anesthésiques.....	22
III. LES LESIONS BUCCO-DENTAIRES	23
3.1. ETIOLOGIE ET EPIDEMIOLOGIE	23
3.1.1. Etiologies.....	23
3.1.2. Epidémiologie.....	26
3.2. TYPES ET FORMES DE LESIONS BUCCO-DENTAIRES.....	27
3.2.1. Mordillement des muqueuses jugales.....	27
3.2.2. Kératoses réactionnelles d'origine traumatique	29
3.2.3. Ulcération traumatique de la muqueuse buccale	33
3.2.4. Les chéilites traumatiques et mécaniques	37
3.2.5. Traumatismes de la langue d'origine dentaire	40
3.2.6. Traumatismes de la muqueuse dus à des habitudes « anormales »	42
3.3. REPERCUSSIONS ET COMPLICATIONS	44
3.3.1. Répercussions fonctionnelles	44
3.3.2. La douleur	44
3.3.3. Perte de substance	44
3.3.4. Infection.....	45
3.3.5. Cicatrices résiduelles	45
3.4. TRAITEMENTS DES LESIONS ET COMPORTEMENTS AUTO-MUTILATOIRES	46
3.4.1. L'approche comportementale et la psychothérapie	46
3.4.2. Les traitements médicamenteux	49
3.4.3. Les appareillages	49

3.4.4. La chirurgie	51
IV. LE ROLE DU CHIRURGIEN DENTISTE	53
4.1. Dépistage et diagnostic	53
4.1.1. Caractéristiques cliniques communes.....	53
4.1.2. Anamnèse	53
4.1.3. Confirmation du diagnostic.....	54
4.2. Conduite à tenir	54
4.2.1. Abord du patient.....	54
4.2.2. Mise en place du traitement.....	55
4.2.3. Orientation du patient vers la consultation psychiatrique.....	55
4.2.4. Suivi	56
4.2.5. Pronostic	56
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIQUES.....	58

INTRODUCTION

Il est établi que la bouche est un organe des plus importants tant fonctionnellement (par son rôle dans la croissance et le développement) que psychologiquement.

Au début de la vie, l'essentiel passe par la bouche qui constitue une frontière entre le sujet et le monde.

Dans quelle mesure peut-on concevoir que cette cavité orale, organe symbolique primaire, puisse être chez certains patients le siège d'automutilations ?

L'automutilation est une forme de trouble du comportement chez des patients qui souffrent souvent d'un trouble psychique. Dans de rares cas, une origine organique peut cependant être mise en cause.

Nous nous intéresserons aux lésions auto-induites de la muqueuse buccale après avoir évoqué les origines et les motivations du comportement automutilatoire.

L'automutilation ou la pathomimie étant des troubles peu rencontrés en omnipratic et par conséquent mal connus, le but est d'établir une conduite à tenir par le chirurgien-dentiste qui se retrouve bien souvent face à des difficultés non seulement diagnostiques mais aussi et surtout thérapeutiques.

I. LA CAVITE BUCCALE PORTEUSE DE SENS

La signification de la cavité buccale est souvent sous-estimée et par conséquent, les facteurs psychologiques intervenant dans les diverses pathologies bucco-dentaires ignorés.

Pourtant, cet organe nous renvoie aux quatre dimensions majeures de l'existence humaine:

- le corporel (par sa fonction de nutrition)
- l'intellectuel (par la communication)
- l'affectif et le sexuel (au travers des lèvres)
- le spirituel (c'est là toute la dimension symbolique de la cavité buccale, qui fait naître le premier cri comme le dernier soupir...)

1.1. SYMBOLISME DE LA CAVITE BUCCALE

1.1.1. *Le nouveau-né*

C'est par la bouche que passent les premiers liens affectifs, elle représente l'espace relationnel primitif où le sujet se confond avec l'autre et définit en même temps ses propres limites. (57)

En effet, de 0 à 6 mois, le stade oral est la période de l'acquisition de la relation au monde via la cavité buccale et de la satisfaction du besoin alimentaire associée au plaisir (suction et gratifications tactiles).

L'oralité est alors réceptivité avant de devenir expression au travers de l'acquisition progressive du langage.

1.1.2. *La nutrition : du besoin primitif au plaisir*

En premier lieu liée à l'instinct, la nutrition devient gourmandise grâce à la discrimination gustative.

Le plaisir peut être procuré par les endorphines libérées lors de l'ingestion de sucre, mais aussi par des «réminiscences gourmandes» ; l'aliment devient alors le support d'une expérience affective oubliée et acquiert une fonction sécurisante. (57)

1.1.3. *La bouche organe de défense*

Autre fonction instinctive de la bouche, au travers des dents, elle permet la survie dans un milieu primitif.

C'est l'un des premiers instrument dont dispose l'enfant pour réaliser des destructions du monde extérieur : la bouche mutile, dévore, émiette...

Bien sur, ce lien entre la bouche et l'agressivité tend à diminuer de nos jours avec l'évolution de l'espèce et le développement de la civilisation, mais cette fonction de défense

symbolique persiste malgré tout. (47)

Pour les psychanalystes la morsure est l'expression de l'impulsion sadique, étant données les forces masticatoires considérables et le fait que les dents sont les seuls organes suffisamment durs pour endommager le monde extérieur.

Ainsi, l'être tourmenté peut utiliser ses propres dents pour se « dévorer » lui-même dans un désir d'autodestruction. (57)

1.1.4. La communication

La bouche nous permet d'exister comme sujet parlant, parole qui permet la relation à l'autre et qui caractérise l'être humain.

Si la parole est nécessaire à l'établissement d'une vie sociale, le langage, par ses vertus cathartiques, recouvre un aspect thérapeutique et curatif.

Ainsi, cette communication par la parole peut-être réduite volontairement après automutilation.

1.1.5. La bouche affective

Les lèvres occupent une place importante dans la vie de relation.

Zone à forte valeur sensorielle et émotive, elle est le territoire où se concentrent les sensations douloureuses ou agréables.

La bouche est une importante zone érogène du fait des terminaisons nerveuses contenues dans la langue et les muqueuses. Ainsi, le baiser satisfait non seulement des valeurs psychologiques, mais aussi d'indéniables stimuli sensoriels.

Le symbolisme sexuel de la cavité orale, enfin, est fort, siège de plaisir comme de douleur. (57) FREUD (25) le rappelle lorsqu'il évoque la satisfaction auto-érotique provoquée par la succion.

1.1.6. La bouche reflet de l'individu

On aborde ici la fonction ornementale des dents. Dans la culture occidentale, société de l'image, la signification esthétique est au premier plan.

Selon HELD, cité par SAINT-PIERRE (57), le narcissisme est souvent lié à la couleur blanche de la dentition ; en effet les dents blanches sont un objet d'estime.

Le modèle imposé de beauté est celui de lèvres pulpeuses et ourlées.

Mais les dents sont aussi symbole de vie et de force vitale, de l'immortalité et de jeunesse de par leur résistance et leur pérennité.

La chute des dents est un signe du temps qui s'écoule et de notre destin.

La manière dont un individu soigne l'hygiène et l'esthétique de sa bouche reflète son degré d'estime de soi. La bouche est le baromètre de l'état sanitaire (alcoolisme, maladie infectieuse...) global de l'individu.

1.1.7. *La douleur*

La douleur, qu'elle soit engendrée consciemment ou non par le patient, est alors pour lui un appui sur lequel se reposer ; elle est gage d'authenticité, elle est identité. Il convient donc de l'aborder avec prudence, surtout lorsqu'elle est auto-induite ; la douleur peut représenter la difficulté d'exister du patient, lui apporter sa reconnaissance sociale, voire, aussi étonnant que cela puisse paraître, être une enveloppe protectrice derrière laquelle il peut se réfugier.

Il en est ainsi pour les tics buccaux, conséquences d'une perturbation de l'équilibre de la cavité buccale, qui peut être due à une pression psychologique. (65, 68)
Les fonctions essentielles passent alors au second plan et tout déplaisir, contrariété, réactive le tic.

1.2. PSYCHOSOMATIQUE

En dépit de l'ouverture générale sur la psychosomatique, la dentisterie reste une discipline qui se sent peu concernée.

La psychosomatique cherche à dépasser le dualisme soma/psyché et vise à rendre compte de l'unité fondamentale de l'être humain.

La maladie est alors abordée comme fait biologique, psychologique et social. Ainsi, pour LACAN (38), « tout est psychosomatique ».

1.2.1. *Historique*

Dans l'Antiquité, l'intrication du biologique et du psychologique est défendue par HIPPOCRATE et l'école de COS.

« Mens sana in corpore sano »: le développement de la maladie est lié à la nature du malade.

MASCRES (43) souligne qu'au XVIII^e siècle, DESCARTES reconnaît les effets des émotions et évoque la complémentarité et l'interaction entre psyché et soma.

En 1818, HEINROTH est le premier à utiliser le terme « psychosomatique ».

FREUD (25) sera le premier à apporter une explication selon laquelle le symptôme physique vient résoudre un conflit intérieur, un refoulement.

1.2.2. Symbolisme organique

La notion de symbolisme organique se réfère à l'inconscient du sujet. Dans la pathologie somatique, l'organe se met à symboliser.

Mais comment l'organe rejoint le symbole? Comment le corps organique peut-il obéir à une causalité symbolique?

L'organe est-ce morceau de réel dont l'ensemble articulé forme l'organisme.

Le symbole est la relation entre « symbolisé » et « symbolisant », et c'est au plan du symptôme que l'organe rencontre le symbole. (46)

La symbolisation désigne la corrélation entre un affect psychique (le dégoût, par exemple) et une manifestation somatique (le vomissement).

Pour FREUD (25), le symbolisme organique c'est l'attribution de sens au symptôme somatique qui a une origine psychique.

Pour MARTY, cité par MORELLE (46), une fonction somatique peut acquérir une valeur de mécanisme de défense en lieu et place des mécanismes de défense psychique insuffisants ou absents ; on aboutit ainsi à un équilibre psychosomatique.

1.2.3. Le déterminisme psychique

La majeure partie du comportement humain fonctionne de manière inconsciente, automatique, et le traitement des informations se fait de façon inconsciente, le conscient n'intervenant qu'en cas de difficultés.

Des schémas cognitifs inconscients acquis gèrent nos réponses aux différents stimuli et ce hors de la volonté ou de la conscience du sujet. Ils sont activés par les émotions et régulent les comportements. (15)

L'individu, dans toute sa vulnérabilité, subit des tensions du milieu, qui, lorsqu'elles sont excessives, peuvent entraîner la maladie.

Ainsi, face à un évènement stressant, des facteurs psycho-sociaux et environnementaux vont entrer en jeu pour entraîner des réponses via les systèmes nerveux, hormonaux, tissulaires et via des stratégies personnelles d'ajustement propres à chacun : d'où l'importance de considérer l'homme au singulier. (21, 43)

Force est de reconnaître que la santé (que l'on pourrait définir comme l'équilibre psychique et somatique) relève autant du bon fonctionnement bio-physiologique que de facteurs sociaux, relationnels, et plus encore psychologiques et psychoaffectifs.

Bien que le déterminisme psychique dans les comportements ne soit plus à démontrer, la façon dont la vie psychique retentit sur l'organisme reste mal définie.

1.2.4. La somatisation

Certains individus ont une propension à se punir pour des raisons non apparentes ; de telles tendances auto-destructrices peuvent être les symptômes d'un désordre émotionnel.

L'évènement traumatisant fait vivre au sujet d'importantes tensions qu'il n'arrive plus à réguler selon ses habituels moyens de défense (en fait, ce ne sont pas les évènements en eux-mêmes mais bien l'interprétation que nous en faisons qui causent des conséquences sur le plan émotionnel et comportemental). Faute de pouvoir gérer psychologiquement cette situation de réalité difficile, il se produit une désorganisation somatique : c'est le corps qui prend la relève. La solution ainsi mise en place par le sujet permet d'éviter la déstabilisation qui serait induite par ses émotions ou son affect, autrement plus redoutée que le trouble somatique. (15, 21) Le conflit est ainsi géré de façon rapide, faute de discerner ce que cette situation récente vient réactiver de l'histoire passée et infantile du sujet, par la réponse somatique (immédiate).

L'agressivité ou la haine éprouvée par le sujet va se retourner contre lui-même et son propre corps, à défaut d'avoir pu être exprimée autrement. Quand l'émotion ne peut être exprimée, le refoulement chronique conduit à la maladie. La zone du corps affectée est généralement le siège d'une fonction corporelle qui joue un rôle dans la relation à l'autre. (21, 28)

Pour C.PY et SM.CONSO, cités par DUMET (21) « la mise en acte sur le corps traduit une impossibilité à élaborer, à mentaliser les conflits ayant une valeur traumatisante ».

Pour LAGACHE, cité par DUMET (21) la topographie de l'inconscient reste un mystère : « l'inconscient est le physiologique, il est donc tout ». Pour d'autres, les stimuli affectent l'organe atteint par une déficience. La focalisation sur tel ou tel organe se fait à partir d'une prédisposition biologique ou héréditaire, ce qui implique la notion de terrain.

La somatisation est considérée comme un processus, plus que comme un diagnostic à proprement parler, résultant de mécanismes inconscients (avec l'importance des expériences vécues dans l'enfance) et maintenu par divers facteurs (tels qu'une prise en charge médicale inappropriée par exemple).

Les mécanismes de somatisation sont mis en place suite à un stress. En effet, le stress est une réponse de l'organisme face à l'environnement, organisme dont l'équilibre est menacé et qui n'a pas de réponse immédiate à apporter pour la réduction de cette menace : le stress entraîne donc une réaction défensive du corps aux exigences de l'environnement. La somatisation est par conséquent une forme d'ajustement au stress. (15)

1.2.5. Les mécanismes psychosomatiques en stomatologie

Actuellement, le lien entre le facteur psychique et le développement de symptômes physiques reste difficile à appréhender et il est impossible de tirer des conclusions définitives sur les mécanismes reliant un trouble psychologique particulier à une pathologie muqueuse. (59)

Les facteurs neuro-psychologiques affectant le soma se divisent en diverses catégories selon les auteurs. (9, 14, 47)

Ainsi les lésions peuvent être provoquées:

-Pour attirer l'attention de l'entourage : le patient recherche une dépendance, un statut d'enfant qui va le sécuriser.

-Pour échapper à une situation angoissante, ne pas avoir à faire face à ses responsabilités.

-Pour provoquer une stimulation sensorielle (« je souffre donc je suis ») ; tel est le cas, par exemple, dans le morsicatio buccarum (cf 3.2.1.2) où le patient provoque, par tic, une lésion muqueuse de laquelle il retire une sensation de douleur et de plaisir.

-Pour effacer un sentiment de culpabilité (le symptôme est alors une punition que s'inflige le patient).

-Par une pathologie organique, enfin, telle que le syndrome d'indifférence congénitale à la douleur, le syndrome de Lesch-Nyhan...et autres syndromes qui seront détaillés par la suite.

Si ces facteurs ont un rôle indéniable dans le comportement auto-mutilatoire d'un individu, on peut se demander dans quelle mesure et par quels mécanismes ils peuvent intervenir sur les autres pathologies psychosomatiques affectant la cavité buccale.

1.2.6. Manifestations psychosomatiques au niveau de la cavité buccale

Le praticien doit toujours penser à la possible origine psychique d'un trouble somatique : autant un abord somatique pur peut s'avérer inefficace voire pathogène, autant il ne faut pas tomber dans l'écueil opposé en incriminant trop vite le psychisme du patient, passant ainsi à côté d'un éventuel dysfonctionnement purement organique. (42)

Ainsi, certains éléments peuvent guider le praticien dans l'établissement de son diagnostic, tels que l'attitude du patient, l'inefficacité de traitements antérieurs, une disproportion évidente entre la lésion et les troubles fonctionnels s'y rattachant, ou encore la présence d'autres symptômes plus généraux traduisant des difficultés d'ordre personnel.

Son comportement face au malade doit dans ces cas laisser une place suffisante à l'écoute, le patient ne cherchant parfois qu'à être rassuré.

Ces manifestations psychosomatiques trouvent un écho dans les différents domaines de notre spécialité ; en voici les expressions les plus parlantes. (9, 19)

1.2.6.1. La langue

La glossodynie désigne des douleurs fonctionnelles siégeant au niveau de la langue et dont l'intensité contraste avec l'absence de signes objectifs, en contradiction avec le cortège de signes subjectifs décrits par le malade.

L'étiologie psychique ne fait ici aucun doute et la cancérophobie sous-jacente dans la plupart des cas peut parfois représenter la seule cause d'angoisse responsable de cette glossodynie.

1.2.6.2. Au niveau des articulations temporo-mandibulaires

Les troubles fonctionnels trouvent souvent leur expression au niveau de ce complexe articulaire. Les motifs de consultation sont variés et les symptômes décrits vont de la petite douleur pré-auriculaire accompagnée ou non d'une sensation de ressaut, à des algies de toute l'hémiface. Ces douleurs ont en commun d'être aggravées par la mastication et leur intensité varie au cours de la journée.

Généralement, cette pathologie est rencontrée chez des sujets jeunes (15 à 30 ans, le plus souvent des femmes). En effet, chez les sujets plus agés, du fait de leur meilleure stabilité émotionnelle, ces symptômes peuvent plus facilement être imputables à des troubles de l'articulé dentaire.

L'examen occlusal est d'ailleurs incontournable, car il peut mettre en évidence un tic facial ou un bruxisme (trouble à l'origine duquel le stress est souvent mis en cause) responsable d'une répercussion au niveau articulaire.

Lors de l'établissement du diagnostic, un interrogatoire bien mené peut révéler un problème psychologique déclenchant sans lequel le symptôme n'aurait jamais vu le jour.

1.2.6.3. Le bruxisme et l'abrasion des dents par des habitudes anormales

Ces troubles se caractérisent tous deux par une usure anormale des surfaces dentaires (la face occlusale dans le premier cas, les collets dans l'autre). (53)

Certains auteurs expliquent la création de lacunes cervicales (par une utilisation abusive des moyens d'hygiène ou par une autre habitude anormale) par un sentiment de répulsion inconsciente pour la bouche. (5)

1.2.6.4. Les odontalgies

Bien entendu, il ne s'agit pas de prétendre que toutes les douleurs bucco-dentaires ont une explication psychologique.

Cependant certaines de ces douleurs, aux caractéristiques bien particulières, recouvrent une composante d'origine psychique.

Il s'agit de douleurs permanentes, peu intenses et apparues depuis plusieurs semaines. Elles évoluent peu, sans périodicité ni rythme clairement défini. Elles ne sont jamais responsables d'insomnies mais sont présentes dès le réveil, et sont calmées par la mastication ou lorsque le patient serre les dents de façon intense. (19)

Il s'agit souvent d'un groupe de dents, mais une dent isolée peut être concernée.

Bien entendu, ces douleurs peuvent être compliquées par une denture en mauvais état, mais

leur origine fonctionnelle ne doit pas échapper au praticien.

1.2.6.5. Les maladies parodontales

La pathogénie des maladies parodontales laisse une large place au facteur psychique (notamment le stress) et ce tant de façon directe qu'indirecte (l'anxiété qui entraîne un tabagisme, par exemple).

Dans la gingivite ulcéro-nécrotique, une diminution des défenses de l'hôte associée à une prolifération massive des bactéries est responsable du déclenchement de l'affection, déficit immunitaire qui peut être, dans certains cas, d'origine psychologique.

1.2.6.6. La lésion carieuse

Dans la pathogénie de la carie, l'importance de l'hygiène et de l'alimentation ne fait aucun doute. Mais ces facteurs ne sont-ils pas influencés par le psychisme du patient?

De plus, il est avéré que le système nerveux autonome réagit au stress ; or, ce dernier régule le pH salivaire, celui-là même qui est mis en cause dans la prédisposition à la carie.

1.2.6.7. Les muqueuses buccales

Il existe bon nombre d'affections des muqueuses buccales dont le déclenchement est d'origine psychologique, telles que l'herpès labial, le lichen plan buccal, certaines leucoplasies (à l'exception des leucoplasies dues au tabac, bien que l'origine psychologique indirecte puisse être évoquée), les verrues et papillomes...lésions bien décrites par ailleurs.

L'affection est quiescente et le psyché, à l'origine d'une baisse de l'immunité, va favoriser son expression au niveau d'un territoire bien particulier.

Les muqueuses sont aussi le siège de lésions auto-infligées, que ce soit indirectement (par l'usage de corps étrangers tels que les cure-dents par exemple) ou directement, par morsure ou tics fonctionnels : ce sont ces lésions qui feront l'objet d'un développement.

II. LE COMPORTEMENT AUTO-MUTILATOIRE

L'automutilation peut-être envisagée de deux façons différentes : sous son aspect psychiatrique et sous son aspect culturel et universel.

Les pratiques mutilantes qui jalonnent l'ethnologie sont encore d'actualité dans bon nombre de cultures, que leur objet soit rituel ou purement ornemental. Le but de ces pratiques est clairement défini et s'inscrit dans une démarche consciente et volontaire menée par le sujet, qui entretient une relation ambivalente au corps, à la fois vénéré et mutilé.

CARR, cité par MORELLE (46), écrit au sujet des comportements auto-mutilatoires qu'ils sont « la forme la plus dramatique et la plus extrême de psychopathologie chronique humaine ».

Au contraire, l'automutilation envisagée sous l'angle psychiatrique est caractérisée par son aspect involontaire, guidée par l'inconscient du sujet qui trouve, par la marque inscrite sur le corps, un chemin pour atteindre la conscience, et aboutir à la recherche de sens. (58)

C'est-ce deuxième aspect que nous développerons ici : l'homme qui se blesse, se détruit physiquement dans un comportement qui se donne à voir ou qui reste caché et dont l'intentionnalité est difficile à déceler.

Les rituels et pratiques ornementales ne seront pas évoquées.

2.1. HISTORIQUE ET DEFINITIONS

2.1.1. *L'automutilation dans l'histoire*

2.1.1.1. La mythologie

SOPHOCLE (VIème siècle) dans son ouvrage « Œdipe roi » nous fait part d'un exemple bien connu, le mythe d'Œdipe, qui, prenant conscience qu'il a assassiné son père et épousé sa mère, se punit en se crevant lui-même les yeux. Sa faute est alors absoute et il acquiert, par sa relation privilégiée avec les dieux, une position de sage. (8)

La mythologie indienne relate un code de loi dont l'un des préceptes dicte à l'homme coupable d'inceste de s'arracher les parties génitales. (57)

Dans ces 2 mythes, l'automutilation est punition, c'est la culpabilité qui engendre et justifie l'acte mutilant.

2.1.1.2. L'histoire antique

HERODOTE (IVème siècle avant J-C) relate que l'autocastration était courante en Asie mineure et représentait une certaine soumission du sujet châtré, préférant sa condition d'eunuque à celle d'esclave.

OVIDE, cité par SAINT PIERRE (57) décrit le comportement du deuil chez la femme dans l'antiquité. Lors de la mort d'un être aimé, elle se déchire la peau du visage et des seins et s'arrache les cheveux. Ces pratiques se poursuivront au Moyen Age mais seront interdites par la suite, bien qu'elles persistent toujours dans certaines cultures où le surpassement de soi devient vénération.

2.1.1.3. L'automutilation dans l'histoire de la psychiatrie

Longtemps assimilée à l'hystérie ou à la simulation, ce n'est qu'au début du vingtième siècle qu'apparaissent des études spécifiques ayant pour objet l'automutilation chez l'homme.

GAVIN (médecin, 1843), cité par ASSOUIN (2), distingue deux types de patients présentant des « maladies factices » :

- les « simulateurs » (qui cherchent un bénéfice secondaire à leur état) et
- les « anxieux » qui adoptent l'apparence de malades sans raison explicable (souvent des femmes étiquetées hystériques).

Au début du vingtième siècle certains auteurs, cités par ASSOUIN (2), commencent à individualiser des formes de « simulation désintéressée » pouvant conduire à des automutilations.

BLONDEL (1906) est le premier à décrire le champ vaste des automutilations, et son ouvrage devient référence pour ce sujet.

LORTHIOIS (1909) publie une thèse de médecine où il définit l'automutilation comme « une atteinte portée à l'intégrité du corps ».

Un peu plus tard, FREUD (25) introduit la notion de douleur et de jouissance, reliant l'automutilation aux pulsions de mort, elles-mêmes indissociables du principe de plaisir, éros.

A partir des années 50 des études plus spécifiques apparaissent et concernent essentiellement les enfants autistes, l'automutilation de l'adulte restant un sujet tabou considéré comme touchant uniquement les déficients mentaux.

2.1.2. Terminologie

2.1.2.1. Les pathomimies

Le terme de pathomimie a été créé par le Docteur DIEULAFOY en 1908 pour désigner la tendance de certains patients à jouer le rôle de malade allant de l'automutilation répétée à l'utilisation du médecin comme mutilateur involontaire par des traitements ou investigations non justifiés.

Ainsi, il décrit un « état morbide voisin de la mythomanie, caractérisé par le besoin qu'éprouvent ceux qui en sont atteints de simuler une maladie, parfois même au prix d'une automutilation ». (28)

Cette définition va évoluer tout au long du vingtième siècle pour trouver sa place dans certaines classifications des troubles psychiatriques dans la rubrique des troubles factices (cf 2.2.1.2).

Ce trouble se situe à mi-chemin entre médecine et psychiatrie, et concerne des patients qui semblent avoir adopté la maladie comme mode de vie.

La pathomimie peut d'ailleurs être un facteur d'appel pour le diagnostic de troubles psychiques plus profonds. (67)

Contrairement à la simulation, qui a un but utilitaire ou qui apporte un bénéfice secondaire, les motivations sous-jacentes sont inconscientes, et le comportement est guidé par le seul besoin d'assumer le rôle de malade et ce en l'absence de motifs extérieurs définis.

2.1.2.2. Les comportements auto-mutilatoires (self-injurious behaviour)

Ce terme est le plus largement répandu dans la littérature parmi ceux de comportement auto-punitif, auto-destructeur ou encore masochiste.

Le terme d'automutilation, beaucoup plus général que celui de pathomimie, est défini comme le comportement par lequel l'individu produit des dommages physiques sur son corps.

Il s'agit d'une atteinte à l'intégrité du corps, quelle que soit l'intensité ou la durée de cette automutilation.

D'après GIBOIN (28), « *l'automutilation, par définition, dénote des moyens utilisés par les individus contre eux-mêmes, qui tendent à couper, enlever, mutiler, détruire, rendre imparfaite une partie du corps* ».

Etymologiquement, il se divise ainsi:

-auto : du grec « *autos* », soi-même, opposé à « *heteros* »

-mutilation : du latin « *mutilatio* », qui désigne l'ablation ou la détérioration d'un membre ou d'une partie du corps.

L'importance et la gravité des lésions sont très variées et les manifestations cliniques vont de la plus subtile (simple ulcération) aux pires blessures voire pertes de substance bien plus importante (cas de glossectomies partielles, par exemple). (3, 40, 51)

L'automutilation peut être un évènement isolé ou se produire de façon répétitive sur de longues périodes.

Cela n'implique pas forcément que l'individu a des tendances suicidaires ou un manque total de comportement approprié. (67)

L'automutilation est un comportement auto-agressif de destruction ou dégradation de son propre corps.

Dans la population générale elle est souvent en rapport avec l'angoisse soit sous la forme d'un raptus anxieux (acte soudain, irréfléchi et inattendu en rapport avec un état émotionnel intense tel que la colère ou l'angoisse) (67), soit dans le but de créer une douleur qui entraîne une réassurance sur la réalité de son propre corps, l'automutilation représente alors un moyen de lutte contre l'effacement de ses propres limites, l'anéantissement de son être. (28)

Dans ce cas, la mutilation a un sens moins dramatique et se limite à une « détérioration » qui se retrouve dans toute la population dite normale.

2.2. L' AUTOMUTILATION : DANS QUEL CADRE?

2.2.1. *La comorbidité psychiatrique*

Les automutilations peuvent survenir dans la population générale, chez des individus qui ont un terrain psychique particulier.

Ces troubles peuvent être considérés comme des particularités du caractère, souvent chroniques, qui entraînent une inadaptation à la vie dans ses aspects sociaux avant tout.

Les patients atteints mènent une vie apparemment normale, mais en général ils souffrent de leur difficulté d'adaptation, d'un sentiment d'insatisfaction et de déception ; les conflits sont donc fréquents chez ces patients.

2.2.1.1. Les troubles somatoformes (troubles de l'axe I)

2.2.1.1.1. *L'histoire du patient*

Les troubles somatoformes ont en commun, outre leur caractère non-intentionnel, de toucher des patients qui relatent, après interrogatoire approfondi, un évènement précipité après lequel se sont déclenchés les symptômes. (12)

Il est donc important de rechercher des antécédents d'anxiété ou de maladie mentale, bien que le patient soit souvent peu compliant et dans le déni de telles pathologies.

Le praticien doit veiller, tout de même, à ne pas tomber dans l'écueil qui consiste à attribuer trop facilement un trouble à une situation psychologique chez un patient instable sur le plan émotionnel.

Le diagnostic de trouble somatoforme ne sera évoqué qu'après élimination de toute cause organique.

2.2.1.1.2. Les troubles de somatisation et de conversion

Dans ce cas, le symptôme n'est pas produit intentionnellement ou feint (contrairement à la simulation ou au trouble factice). (1)

Après examens médicaux appropriés aucun des symptômes ne peut s'expliquer complètement par une affection médicale ou par les effets d'une substance.

Un pourcentage non négligeable de patients ont été admis antérieurement pour trouble factice, ce qui soulève un manque de fiabilité lié à une difficulté diagnostique. (12)

2.2.1.1.3. Le trouble hypocondriaque

La préoccupation est centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques, et ce malgré un bilan médical approprié et rassurant. (1)

L'hypocondriaque développe un comportement de malade avec une recherche constante de réassurance et des vérifications multiples par des bilans inutiles.

Il se crée alors un cercle vicieux où l'anxiété agit sur des schémas cognitifs et entraîne une perception de maladie qui va elle-même accroître l'anxiété. (15)

Des préoccupations hypocondriaques sont parfois associées aux troubles factices, mais dans ce cas les conduites factices visent à obtenir de nouvelles investigations. (20)

2.2.1.2. Les troubles factices

C'est la production ou la feinte intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychiques, qui peuvent être simplement allégués ou être objectivables à l'examen clinique. (1) La motivation du sujet est de jouer le rôle du malade. (30)

Il n'existe aucun désordre physique ou psychique pouvant expliquer ce symptôme.

Ces troubles sont caractérisés par l'absence de motifs extérieurs à ce comportement, tels qu'obtenir de l'argent, fuir une responsabilité légale ou améliorer sa situation matérielle ou physique (comme c'est le cas dans la simulation). (10, 24)

Ces troubles concernent toutes les spécialités de la médecine, leur diagnostic s'avère difficile, et ils remettent en question la relation soignant/soigné dans la mesure où l'un se retrouve manipulé par l'autre.

2.2.1.3. Les troubles de la personnalité (troubles de l'axe II)

2.2.1.3.1. *La personnalité « borderline »*

Il s'agit d'un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée.

Ce trouble apparaît au début de l'âge adulte et peut s'exprimer à travers diverses manifestations telles que la répétition de comportements, de gestes suicidaires ou d'automutilations. (67)

2.2.1.3.2. *L'impulsion*

C'est une tendance irrésistible à exécuter un acte brutal précis, généralement nocif, dangereux, ou agressif. L'acte n'a aucun caractère d'utilité, est souvent répété, échappe au contrôle volontaire et n'est pas toujours conscient. (67)

Le sujet se sent sous l'influence d'une anxiété croissante quant à la réalisation d'un acte précis.

Elle se distingue de la compulsion qui est une force mentale interne, irrésistible et contraignante poussant le sujet à accomplir un acte précis dont la non exécution majore l'angoisse du sujet. (1)

2.2.1.3.3. *Les autres troubles de la personnalité*

D'autres troubles peuvent être à l'origine de comportements auto-mutilatoires sans que ceux-ci représentent un critère diagnostique.

2.2.1.4. *Les troubles de l'humeur*

Chez les mélancoliques sujets à des troubles dépressifs majeurs, l'automutilation représente un équivalent suicidaire.

La dépression associée à l'automutilation est de bon pronostic puisque le traitement de la première s'accompagne d'une régression de la seconde. On note cependant une forte tendance à la rechute. (26)

Les troubles dépressifs majeurs touchent souvent des sujets atteints de maladies chroniques et on constate une augmentation de la prévalence de ces troubles avec l'âge. (67) Les plaintes somatiques sans base physiologique sont souvent retrouvées chez ces patients.

2.2.1.5. Les troubles du comportement et de conduite

Le comportement désigne les actions extérieures de l'individu, sa manière d'être et d'agir accessible à l'observation.

La conduite introduit la notion d'intentionnalité et désigne les actions par lesquelles l'individu cherche à s'adapter à une situation. (67)

Un trouble répandu dans la population générale est la stéréotypie gestuelle et d'attitude qui consistent en des faits mineurs plus ou moins agressifs qui, par leur répétition, deviennent auto-mutilants (exemple des morsures auto-infligées). (18, 37)

2.2.2. *Les grands syndromes*

2.2.2.1. Le syndrome de MUNCHAUSEN

2.2.2.1.1. Généralités

Beaucoup de médecins désignent les troubles factices par ce syndrome qui n'en représente en réalité que 10% environ.

C'est en effet une grande source de confusion étant donné que le syndrome de Munchausen est un sous-type de troubles factices.

ASHER, en 1951, cité par BIOLSI (8), donne les caractéristiques de ce syndrome via une triade :
-les troubles sont sévères et chroniques.

-le patient apporte, à l'anamnèse, des données fausses mais dont il est convaincu. Ce récit mythomaniaque est appelé « *pseudologica fantastica* ».

-une pérégrination médicale (encore appelée nomadisme médical) : le patient consulte maints spécialistes et a souvent de multiples admissions dans différents hôpitaux à son actif.

Le patient dit avoir subi de lourdes investigations ou des opérations qui peuvent laisser suspecter une pathologie grave et rare.

Il a souvent de bonnes connaissances médicales qui lui permettent d'orienter un diagnostic ou d'obtenir tel ou tel examen complémentaire.

D'un médecin ou d'une hospitalisation à l'autre le patient est amené à modifier son discours, son histoire et ses symptômes.

Sa vie est jalonnée d'évènements dramatiques (deuils, accidents...) et il revendique souvent une profession valorisante.

Le choix de la pathologie feinte met en balance le désir de tromper l'équipe médicale et celui de commander leur inquiétude, leur attention. (64)

Le refus d'examens complémentaires ou de traitements souhaités ou l'orientation vers un

psychiatre sont des situations qui peuvent faire fuir le patient. En effet, rares sont les patients qui admettent avoir intentionnellement engagé un comportement qui induit ou prolonge la maladie.

ASHER baptisa ce syndrome en référence au baron de Munchausen, héros de RASP rapportant des récits invraisemblables de mutilations et de voyages, en référence au discours des patients.

2.2.2.1.2. Facteurs de survenue

Il s'agit, dans les deux tiers des cas, de femmes jeunes (de 20 à 40 ans), population largement représentée dans les troubles factices en général.

Les sujets vivent généralement seuls et exercent souvent un travail à responsabilités.

On retrouve dans l'enfance de nombreux patients des carences affectives, des abus physiques ou la perte précoce d'un parent.

Des maladies infantiles sont également souvent rapportées par ces patients.

Ces traumatismes contribueraient au développement de ce syndrome ou d'autres troubles factices. (24)

Enfin, des troubles du comportement ou de la personnalité évoqués plus haut (cf 2.2.1.3) sont des facteurs prédisposants.

2.2.2.1.3. Les cas de syndrome de Munchausen en odontostomatologie

MICHALOWSKI (45) décrit un cas de « cheilorrhagie » chez une jeune femme de 20 ans qui dit souffrir de thrombocytopénie.

Le bilan hématologique s'avère normal et après maintes investigations, le caractère auto-induit de la lésion ne fait aucun doute.

Aucun trouble psychologique n'a été mis en évidence et les motivations de la patiente n'ont pas été découvertes.

SOLOMON (64) fait état du cas d'une patiente âgée qui s'est présentée chez plusieurs praticiens avec une ulcération de la muqueuse buccale qu'elle dit être d'origine inconnue. Prise sur le fait entre deux consultations, la patiente s'inflige en réalité des brûlures de cigarette, qu'elle nie malgré tout.

SCULLY et EVESON (61) décrivent deux cas de syndrome de Munchausen pour lesquels la symptomatologie siège uniquement dans la cavité buccale:

-Le premier est un homme de 31 ans qui se plaint de douleurs au niveau du maxillaire gauche. Il a consulté plusieurs spécialistes qui ont tour à tour procédé à l'extraction de 27, puis à la pulpectomie des dents vitales de ce secteur.

Puis le patient s'est plaint de douleurs mandibulaires droites qui ont entraînées une série d'extractions et de pulpectomies.

A la proposition d'un suivi psychologique, le patient a opposé un refus catégorique et il continue d'aller librement de cabinets en cabinets.

-Le second concerne une femme de 35 ans qui se plaint de douleurs chroniques de la glande submandibulaire droite.

Ses plaintes aboutissent à l'ablation de cette glande qui s'avère inefficace.

La patiente revient après consultation d'un spécialiste qui étiquette son mal comme étant une « névralgie glossopharyngienne » qui amène la patiente à demander une neurochirurgie avant que cette douleur passe en controlatéral.

Cette patiente refusera tout suivi psychiatrique.

Bien que ces deux cas ne présentent pas de lésions auto-induites ne peut-on pas considérer la recherche de traitements inappropriés et iatrogènes comme un comportement auto-mutilatoire indirect , faisant intervenir un tiers : le praticien?

De plus , il est important de noter que, dans la mesure où la plupart de ces patients ne se représentent pas dès lors que le praticien évoque le caractère factice du trouble, le diagnostic est difficile à établir et les cas avérés sont rares.

Il est donc vraisemblable que les vrais cas dentaires de syndrome de Munchausen soient bien plus nombreux qu'on ne le croit.

Les quatre cas exposés ici sont des cas de syndrome de Munchausen pur dans la mesure où il n'y a aucun bénéfice secondaire recherché à part celui, si il peut être considéré comme tel, de tenir le rôle du malade.

2.2.2.2. Le syndrome de LESCH-NYHAN

2.2.2.2.1. Généralités

Il s'agit d'une affection grave qui se manifeste très tôt par :

-des troubles métaboliques dus au déficit d'une enzyme (la HGPRT) qui intervient dans le métabolisme des purines. Ce déficit se traduit par une hyperuricémie.
-une encéphalopathie précoce (retard mental)
-un comportement auto-mutilatoire centré sur les structures oro-faciales et les extrémités. (35)
Ces automutilations sont expliquées par un déséquilibre entre le système de récompense (dopaminergique) et le système de punition (sérotoninergique).

Cette affection héréditaire (mode récessif) se diagnostique à la naissance jusque dans les six premiers mois de la vie.

L'espérance de vie ne dépasse pas 30 ans en raison des lésions neurologiques progressives.

2.2.2.2.2. Automutilations de la cavité buccale

Dans cette pathologie, ce comportement paraît paradoxal puisque le patient a la conscience de s'automutiler, il le redoute, mais ne peut s'en empêcher, ce qui génère une profonde angoisse.

Le début des automutilations coïncide avec l'apparition des premières dents et les

lésions sont souvent largement étendues et peuvent atteindre une destruction partielle, voire totale, des tissus péri-oraux (la lèvre inférieure par exemple) ou une amputation de la langue. (22, 63)

Malgré tout, la sensibilité douloureuse est intacte et le traitement du comportement auto-mutilatoire se fait par chimiothérapie grâce à des précurseurs de la sérotonine.

2.2.2.3. Autres comportements auto-mutilatoires d'origine mixte

Comme le précédent, d'autres syndromes incluent un comportement auto-mutilatoire dont l'origine est non seulement organique, mais aussi psychique.

2.2.2.3.1. *Le syndrome de Cornelia LANGE*

Maladie congénitale rare reconnue comme entité clinique dès 1933, elle touche aussi bien les hommes que les femmes, et se caractérise par :

- une apparence crâno-faciale particulière due à une hypertrophie des muscles qui donne un aspect en « bouche de poisson »
- des défauts dentaires de type microdontie, diastèmes et retards dentaires.
- une arriération mentale associée à un hirsutisme
- un comportement irritable et agressif qui conduit le patient à l'automutilation et ce dès son plus jeune âge, dans un mouvement stéréotypé à type de morsures ou d'excoriations. (60)

L'hypothèse avancée est un trouble du système nerveux central qui ne permettrait pas le contrôle de l'automutilation. (35)

2.2.2.3.2. *Le syndrome de LA TOURETTE*

Cette maladie rare, de cause inconnue, se déclare par ses premières manifestations qui ont lieu entre 2 et 15 ans.

Elle est caractérisée par des mouvements récurrents, involontaires, rapides et répétitifs sans but précis.

Ces mouvements sont souvent associés à des tics vocaux.

Les troubles du comportement sont fréquents, à type de compulsions ou obsessions variables pouvant aller parfois jusqu'à des automutilations d'intensité moyenne, telles que des morsures de la langue, des joues, et des lèvres.

Les compulsions consistent en un besoin subjectif de répéter des rituels dénués de sens et irrationnels tels que des automutilations.

JANKOVIC (36) fait état du cas d'un homme de 39 ans qui, par laceration de la lèvre inférieure a été jusqu'à la perte d'une partie de l'orbiculaire.

De telles lésions auto-infligées restent extrêmement rares.

2.2.3. *Les pathologies déficitaires*

Dans un souci d'exhaustivité, il est intéressant d'évoquer tous les troubles pouvant aboutir à des automutilations de la cavité buccale.

Dans ces cas, l'automutilation est un comportement pathologique du à divers désordres neurologiques et psychiatriques, désordres de plusieurs ordres :

2.2.3.1. Le retard mental et comportements compulsifs

Chez ces patients l'automutilation est avant tout un moyen d'expression et représente :
-un puissant moyen d'attirer l'attention.

-une mise en œuvre d'un mécanisme de récompense intrinsèque (par les béta-endorphines)

-un moyen d'échapper à un stress, qu'il soit interne ou externe.

Malheureusement chez ces patients l'examen intra-oral est difficile, ce qui, associé au manque de coopération du patient, rend le traitement plus compliqué. (17, 70)

2.2.3.2. Les comas

Chez ces patients il n'y a aucun contrôle cérébral qui laisse libre cours à un puissant réflexe de « mastication ruminatoire » qui est à l'origine de mouvements incoordonnés, incontrôlés et répétitifs qui entraînent des traumatismes de la langue, des lèvres, et des muqueuses buccales.

Les dommages, dans ce cas, sont bien sûr non intentionnels. (55)

CROGLIO (17) rapporte le cas d'une femme de 37 ans, dans le coma, qui ne répond qu'à la douleur : dans un tel contexte, on peut se demander si l'automutilation n'acquiert pas une fonction expressive.

2.2.3.3. L'insensibilité congénitale à la douleur et neuropathies sensitives

Il s'agit d'une neuropathie progressive avec perte des fibres myélinisées et des neurones, dont le diagnostic se fait dans l'enfance.

Les patients décèdent le plus souvent avant d'avoir atteint l'âge adulte à cause d'affections pulmonaires sévères.

Dans ce cas, la combinaison du retard mental et du comportement compulsif fait de l'automutilation un mécanisme pour compenser la perte de sensibilité. (44)

Les automutilations oro-dentaires sont fréquentes chez les individus atteints de ce trouble.

2.2.3.4. Désordres neurologiques

Plusieurs troubles neurologiques peuvent entraîner des automutilations, parfois

involontaires :

2.2.3.4.1. L'épilepsie

Lors des crises de grand mal, les mouvements incontrôlés peuvent être à l'origine de traumatismes buccaux.

2.2.3.4.2. Certaines formes de sclérose latérale amyotrophique

Lorsqu'elles touchent les nerfs crâniens XII, X, IX et VII, elles entraînent une faiblesse puis la destruction des muscles des joues, de la langue ou du larynx.
D'origine familiale, la maladie se déclare vers 50-60 ans.
D'évolution progressive, la parole est touchée, puis c'est la mastication, de plus en plus difficile et de moins en moins contrôlée, qui est à l'origine d'automutilations.

2.2.3.4.3. La sclérose multiple

C'est un désordre chronique du système nerveux central qui associe une faiblesse musculaire, des paresthésies et douleurs.

La paralysie labioglossopharyngée est une forme de sclérose d'origine familiale, caractérisée par une faiblesse suivie de la destruction des muscles des joues, de la face, de la langue, du pharynx et du larynx.
De début graduel, les premiers symptômes apparaissent vers 50-60 ans et touchent d'abord la parole ; le traitement est spécifique et palliatif.
La démyélinisation des fibres nerveuses peut causer des tremblements incontrôlés de la tête et de la mandibule qui sont à l'origine de traumatismes non intentionnels, concernant la langue et les muqueuses buccales.

2.2.4. Les traumatismes post-anesthésiques

Après administration d'un anesthésique local, des traumatismes des tissus mous des lèvres ou de la langue sont possibles.

Ces automutilations concernent essentiellement la lèvre inférieure et la langue après bloc du nerf alvéolaire inférieur et /ou du nerf lingual.

Plusieurs méthodes préventives ont été évoquées pour empêcher ces séquelles, telles que :
-l'utilisation d'un anesthésique de courte durée
-une restriction alimentaire jusqu'à levée du bloc
-de bonnes explications et recommandations pré-opératoires et post-opératoires. (16)

Certains ont été jusqu'à préconiser l'usage d'un protège-dent thermoformé, réalisé à partir d'une simple empreinte à l'alginate, chez les patients « instables » plus exposés au risque de traumatisme.

Les indications de tels dispositifs restent très restreintes.

III. LES LESIONS BUCCO-DENTAIRES

Le sujet peut-être amené à s'infliger des blessures externes qui peuvent être comparées aux blessures internes entraînées, à long terme, par l'utilisation de toxiques tels que l'alcool ou le tabac.

La sphère bucco-pharyngée est le lieu d'élection des syndromes douloureux d'ordre fonctionnel, en rapport avec des habitudes « anormales » voire de véritables tics. Il s'agit d'un phénomène fréquent et auto-entretenu.

3.1. ETIOLOGIE ET EPIDEMIOLOGIE

3.1.1. *Etiologies*

3.1.1.1. Le contexte

Les troubles à l'origine de comportements auto-mutilatoires ont été largement exposés précédemment.

Il convient cependant de rappeler les quatre grands axes étiologiques de l'automutilation (2, 43) :

-l'axe organique : qu'il s'agisse d'un trouble du métabolisme ou d'un dysfonctionnement cérébral.

-l'axe environnemental : qui permet de mettre en évidence le manque de stimulations que peut connaître celui qui s'adonne à l'automutilation, utilisée comme moyen de ressentir son propre corps.

-l'axe psycho-dynamique : selon lequel les actes automutilants sont la poursuite de comportements de la petite enfance tels que la constitution du Moi (on aborde alors la question des frontières du corps propre), les privations précoces ou encore le sentiment de culpabilité (dimension relationnelle de l'automutilation envisagée comme langage).

-l'axe comportementaliste : selon lequel l'automutilation est un phénomène acquis relié à la présentation et au retrait de renforts sociaux tels que l'affection ou l'attention.

Ces deux derniers axes expliquent l'origine psychogène qui est la plus souvent retrouvée dans la population générale.

3.1.1.2. L'étiologie psychogène

3.1.1.2.1. Classification

Chez l'individu dit « normal », STEWART & KERNOHAN, cités par GAILLARD (27), comptent trois catégories d'automutilations :

- les blessures sur lésions pré-existantes.
- les blessures secondaires à une autre habitude (tel que le suçage de pouce par exemple).
- les lésions d'étiologie inconnue, souvent dues à un trouble émotionnel. Il est fréquent, dans ce cas, que les patients démentent toute implication dans la création de la lésion.

L'automutilation peut alors s'inscrire dans deux démarches différentes :

- elle a pour but d'éviter un devoir
- elle est l'expression d'un stress émotionnel et traduit alors un désir d'attention ou d'affection.

3.1.1.2.2. Lésions buccodentaires psychogènes directes

Les lésions bucco-dentaires d'origine psychogène ont deux origines principales:

- indirecte : avec l'implication du système nerveux végétatif par le biais des émotions
- directe : l'émotion guide le comportement destructeur. C'est ce mécanisme qui est en cause dans le cas d'automutilations qui peuvent être de deux ordres :

3.1.1.2.2.1. Les tics et habitudes « anormales »

Les causes et les lésions sont très variables et l'on y retrouve certaines dyskinésies à l'origine de mouvements linguaux qui entraînent une dénudation du collet (le plus souvent l'incisive centrale supérieure).

La langue est aussi mise en cause dans l'établissement de ce que BALTERS appelle « dent du destin », lorsque l'individu coince sa langue entre deux incisives, entraînant ainsi une rotation de l'incisive latérale.

Certaines lésions des tissus péri-oraux sont causées par une humidification constante et auto-entretenue de la zone. (28)

Enfin, de nombreuses lésions sont causées par l'utilisation mauvaise ou abusive de cure-dent ou autre moyen d'hygiène. (50)

3.1.1.2.2.2. Les autodestructions

Elles consistent en grande partie en un « grignotage » des lèvres et des joues, reflet d'une maladaptation au stress quotidien.

Les tics de morsure se rencontrent le plus souvent chez l'adulte jeune, sans incidence sexuelle préférentielle. Pour certains ils sont plus fréquents chez les intellectuels. (4, 37)

On ne peut pas imputer directement ces lésions à un véritable trouble nerveux ou psychologique.

3.1.1.2.2.3. Autres

- désordres de la nutrition : déminéralisation de l'émail chez les boulimiques
- prise de médicaments
- désordres purement psychologiques.

3.1.1.3. Facteurs locaux favorisants l'établissement des « tics »

Ces facteurs doivent constituer un élément d'appel lors de l'établissement du diagnostic :

- défectuosités du système gingivo-dentaire telles que les malpositions
- port de prothèse dentaire fixe ou amovible
- édentation
- raréfaction salivaire
- infection chronique des voies aéro-digestives supérieures
- parfois, il s'agit juste d'une disposition anatomique naturelle jugée pathologique par le patient.

3.1.1.4. Motivations du comportement auto-agressif

Selon CARR, cité par ASSOUIN (2), ces motivations peuvent être classées en cinq catégories :

- un comportement acquis accompagné d'un renforcement positif (marques d'intérêt, démonstrations affectueuses...)
- un comportement acquis accompagné d'un renforcement négatif (suppression d'un stimulus désagréable, moyen d'échapper à une situation désagréable...)
- un moyen de se procurer une stimulation sensorielle
- une résultante d'une pathologie organique (dans le cas, par exemple, d'anesthésie par lésion du nerf dentaire inférieur), mais cette catégorie ne correspond pas aux pathomimies

-une tentative d'établir une « frontière de l'égo » face au monde extérieur, ou de faire face à un sentiment de culpabilité.

3.1.2. Epidémiologie

3.1.2.1. Données

Les données concernant la fréquence des automutilations de la cavité buccale dans la population dite normale sont limitées du fait :

- de la non-identification de nombreux cas par absence de diagnostic
- de la difficulté d'établir des caractéristiques épidémiologiques précises, les publications ne représentant pas une source d'information suffisamment fiable
- de la dissimulation du comportement automutilatoire dans certains cas de troubles factices, afin de protéger les malades contre d'éventuelles procédures civiles voire criminelles dans les cas d'escoqueries par exemple
- de la difficulté diagnostique.

3.1.2.2. Sexe

On retrouve souvent une plus forte proportion de femmes touchées même si certains troubles ne sont pas marqués par une différence significative de la prévalence entre les deux sexes.

3.1.2.3. Age

Il s'agit principalement de patients jeunes (19-25 ans) qui ont une activité intellectuelle importante (étudiants par exemple).

3.1.2.4. Localisation

La morsure de la joue touche, selon les différentes sources (8, 33, 48, 50, 62, 69), de 0,5 à 4,7% de la population.

La mutilation combinée des joues et des lèvres est plus fréquente que les mutilations isolées. La morsure des joues est le plus souvent bilatérale et la lèvre inférieure est plus souvent touchée que la lèvre supérieure.

3.2. TYPES ET FORMES DE LESIONS BUCCO-DENTAIRES

3.2.1. *Mordillement des muqueuses jugales*

3.2.1.1. A l'état physiologique : la linea alba

Il s'agit de la ligne d'occlusion qui peut être marquée, chez certains patients, par une ligne blanche, hyper kératinisée, sur la face interne des joues. Celle-ci se crée par légère aspiration de la muqueuse jugale entre les deux arcades. Une linea alba très marquée peut être à l'origine d'un tic de mordillement. (29)

3.2.1.2. Morsicatio buccarum et labiorum

3.2.1.2.1. *Description*

C'est une forme d'automutilation qui a pour cible la muqueuse orale. Le patient développe un tic compulsif envers les joues et / ou les lèvres qui est à l'origine d'une lésion qui est plus qu'une linea alba marquée... Le patient saisit un morceau de muqueuse entre ses dents et l'arrache.

Le morsicatio buccarum peut se présenter sous différents aspects cliniques:
-érosions superficielles multiples de la muqueuse
-érosions et desquamations chroniques de la muqueuse qui se traduit à l'examen par de petites plaques blanches irrégulières. Les squames, adhérents, s'ôtent facilement.
-la muqueuse prend un aspect irrégulier, un peu épaisse. (29)



morsicatio buccarum, forme kératinisée.
(courtoisie du Pr Samson)



morsicatio buccarum, forme érosive.
(courtoisie du Dr Kimakhe)

3.2.1.2.2. Diagnostic

Les chirurgiens-dentistes connaissent ce trouble et jugent rarement nécessaire d'avoir recours à une biopsie, bien que l'apparence histopathologique soit pathognomonique.

Ce trouble trouve son expression dans toutes les tranches d'âge et est souvent lié à un sentiment d'agressivité non contrôlé ou à de l'autopunition.
Il n'est d'ailleurs pas rare qu'il soit combiné à un bruxisme.

Ces lésions sont observées le plus souvent chez les adultes jeunes au tempérament nerveux et au sommeil agité.
L'activité de mordillement est intermittente et semble procurer au patient une sensation

douloureuse et voluptueuse à la fois.

De découverte fortuite, la plupart des patients n'a pas conscience de s'infliger ces lésions mais le reconnaît facilement une fois le diagnostic posé. (37)

De plus, le sujet, grâce à sa langue, perçoit la rugosité de sa muqueuse et tente d'y remédier en raclant avec les dents et en tentant d'arracher les lambeaux flottants, favorisant ainsi l'auto-entretien de la lésion.

3.2.1.2.3. Aspect histologique

La biopsie met en évidence une inflammation chronique non spécifique et une acanthose de l'épithélium.

Elle permet surtout de faire le diagnostic différentiel. (29)

3.2.1.2.4. Diagnostic différentiel

Ces lésions peuvent être confondues avec d'autres pathologies des muqueuses buccales, selon le stade d'évolution de chacun telles que :

- le lichen plan érosif (qui peut être douloureux)
- le pemphigus
- une infection à candida au stade érythémateux
- diverses leucoplasies. (66)

3.2.2. Kératoses réactionnelles d'origine traumatique

3.2.2.1. Mécanismes d'apparition

Les traumatismes mécaniques chroniques peuvent engendrer la formation de kératoses. Parmi ces irritations mécaniques, on retrouve (50):

- celles résultant de tics de morsure (elles seront dans ce cas semblables aux lésions du morsicatio buccarum décrit plus haut)
- les kératoses liées à des prothèses dentaires mal adaptées ou usées
- celles liées au frottement muqueux en regard d'une dent cassée, fracturée ou cariée.

3.2.2.2. Description

Les kératoses d'origine mécanique sont des lésions blanches entourées ou non d'un halo érythémateux signant une inflammation témoin de l'aspect plus aigu du traumatisme. (6)

3.2.2.3. Diagnostic clinique

En cas de lésions irritatives la muqueuse est épaissie et blanc nacré.
En cas de lésions par auto morsure, elle est blanche, épaissie, parfois semée d'érosions aux contours déchiquetés.
La suppression de la cause (irritation) doit s'accompagner de la guérison de la lésion. (10)

3.2.2.4. Diagnostic histologique

On note une hyperplasie épithéliale avec une surface irrégulière hyperkératosique.
Le tissu conjonctif est le siège d'une acanthose et d'un infiltrat lymphocyttaire.
Des amas bactériens peuvent y être retrouvés. (50)

3.2.2.5. Diagnostics différentiels

Le diagnostic de kératose d'origine traumatique ne peut se faire qu'après avoir envisagé les autres pathologies responsables de telles lésions dans la mesure où bon nombre de kératoses se révèlent être de véritables lésions pré-cancéreuses. (66)

En cas de non guérison après suppression de l'agent causal au bout de 15 jours, les investigations doivent être poussées plus avant, le diagnostic de lésion d'origine traumatique étant alors écarté.

3.2.2.5.1. Autres kératoses de type réactionnel

-Les kératoses d'origine actinique : celles-ci concernant essentiellement le bord rouge de la lèvre inférieure et non son versant muqueux.

-Les kératoses tabagiques : la consommation de tabac est à l'origine d'une mise en contact direct de la muqueuse avec les dérivés nicotiniques, la chaleur et autres toxiques.

-Les kératoses d'origine toxique ou réactions lichénoïdes : elles sont induites par l'effet local ou général d'une substance chimique (sauf le tabac, classé à part) telle que l'alcool ou des médicaments.

3.2.2.5.2. Kératoses congénitales et héréditaires

Plusieurs syndromes connus se caractérisent, entre autres, par des phénomènes de dyskératoses buccales.

Le diagnostic est dans la plupart des cas établi de façon précoce.

3.2.2.5.3. Kératoses liées à des affections dermatologiques et immunologiques

-Le lichen plan : c'est une affection cutanéo-muqueuse relativement connue mais d'étiologie mal connue

-La glossite exfoliatrice en aires

-Le psoriasis buccal : son diagnostic est rare au niveau de la muqueuse buccale

-Le lupus érythémateux : c'est un syndrome clinique multi systémique caractérisé par des lésions inflammatoires de nombreux tissus et organes.

3.2.2.5.4. Kératoses d'origine infectieuse

D'origine bactérienne (la syphilis au stade tertiaire par exemple), mycosique (telle la candidose chronique) ou virale (la leucoplasie orale chevelue est une expression buccale du HIV).

*3.2.2.5.5. Kératoses dysplasiques et carcinomes *in situ**

La plupart des kératoses pré-épithéliomateuses ont été évoquées ci-dessus, et évoluent de façon constante ou non vers la transformation maligne.

La papillomatose orale floride, d'origine virale (HPV), à un fort potentiel de dégénérescence.

Cliniquement, les touffes de fines villosités blanchâtres sont groupées en placards bien limités, légèrement en relief.

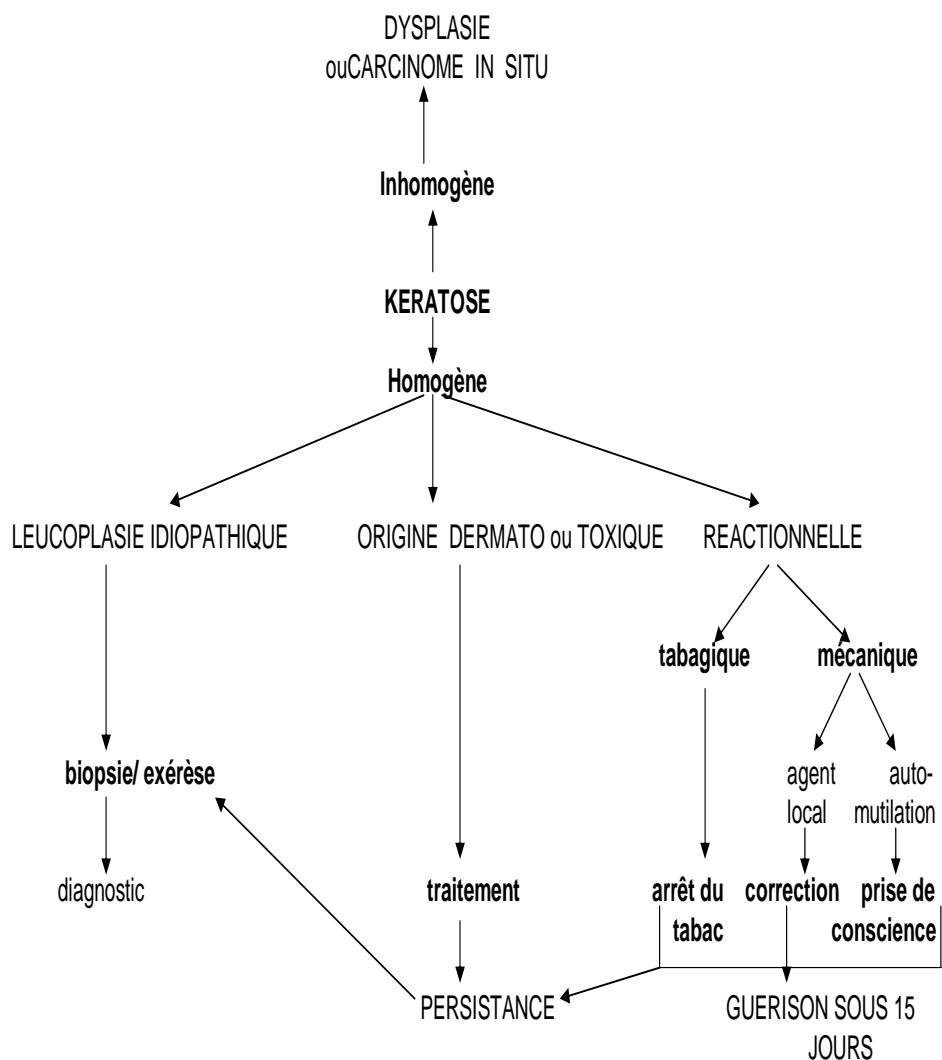
Plus grave est le carcinome intra épithéial *in situ*, qui représente 3% des tumeurs de la cavité buccale.

Plus fréquent chez l'homme presque toujours alcoololo-tabagique, la lésion a le plus souvent un aspect de leucoplasie et est douloureuse à la palpation.

Le diagnostic sera là aussi établi par biopsie/exérèse.

3.2.2.6. Démarche diagnostique devant une lésion blanche de la muqueuse buccale

Démarche diagnostic devant une lésion blanche de la muqueuse buccale



3.2.3. *Ulcération traumatique de la muqueuse buccale*

3.2.3.1. Description

Il s'agit d'une ulcération unique, pouvant toucher un ou plusieurs sites.

Souvent douloureuse, elle est provoquée par une épine irritative (prothèse mal adaptée ou usée, dent cassée ou cariée) ou provoquée volontairement par morsure chez le pathomime.

Ainsi, la topographie et l'anamnèse permettent d'envisager le caractère traumatique d'une ulcération.

Son aspect est caractéristique, sa configuration différant d'autres processus pathologiques :

- le site est directement accessible au patient et l'environnement est normal
- de forme variable, souvent allongée, aux contours géographiques
- les bords sont réguliers avec ou sans œdème périphérique sous-jacent, sans halo érythmateux
- le fond est fibrineux
- la base est souple. (7)

De telles lésions peuvent être à l'origine de problèmes fonctionnels au niveau de la phonation ou de l'alimentation qui peuvent s'avérer douloureuse.

3.2.3.2. Diagnostic

Les ulcérations traumatiques doivent guérir en 8 à 15 jours après suppression de la cause.

En l'absence de guérison, le passage à la chronicité doit alerter le praticien et l'amener à suspecter :

- un phénomène d'entretien par morsure : par exemple chez le pathomime ou le patient sujet à des tics de morsure et qui n'en prend pas conscience ou qui ne peut s'en empêcher. (6)
- un phénomène d'entretien par complication infectieuse.
- un carcinome.

LAMEY (39) relate le cas d'un homme de 22 ans, marié, deux enfants et sans emploi, souffrant d'une ulcération de la muqueuse labiale supérieure persistante depuis 4 ans.

Plusieurs traitements locaux ont été mis en œuvre, sans amélioration, et la biopsie révèle une ulcération non spécifique.

Toute cause infectieuse est écartée grâce à des prélèvements microbiologiques.

Le diagnostic d'automutilation est envisagé après exclusion de toutes causes organiques.

Dans ce cas, le patient accepte la consultation psychologique (malheureusement, le plus souvent, les patients fuient l'aspect psychologique et refusent toute consultation de ce type), qui amène le patient à exprimer son mal-être. Il s'avère que les plaies qu'il s'inflige sont pour lui un moyen, par les difficultés de phonation qu'elles entraînent, d'éviter de dialoguer avec sa femme.

Les causes profondes qui conduisent le patient à l'automutilation restent dans la plupart des cas inconscientes, le patient refusant de se soumettre à un traitement psychologique, mettant ainsi un frein à l'évolution de sa pathologie. (23)

3.2.3.3. Diagnostics différentiels

3.2.3.3.1. *L'aphte*

Qu'il s'agisse de la forme commune, de l'aphte géant ou creusant, la principale différence clinique remarquable est la présence d'un halo rouge. L'ulcération est arrondie ou ovale et l'évolution s'étend de 8 jours à un mois selon la forme. (66)

3.2.3.3.2. *Le carcinome épidermoïde ulcéré*

Dans ce cas l'ulcération est chronique et douloureuse.

- la forme et la taille sont variables et irrégulières
- les bords sont surélevés et indurés
- le fond est granité ou végétant, plus ou moins nécrotique, et la lésion saigne au contact.
- la base est indurée, bien plus large que l'ulcération. (66)

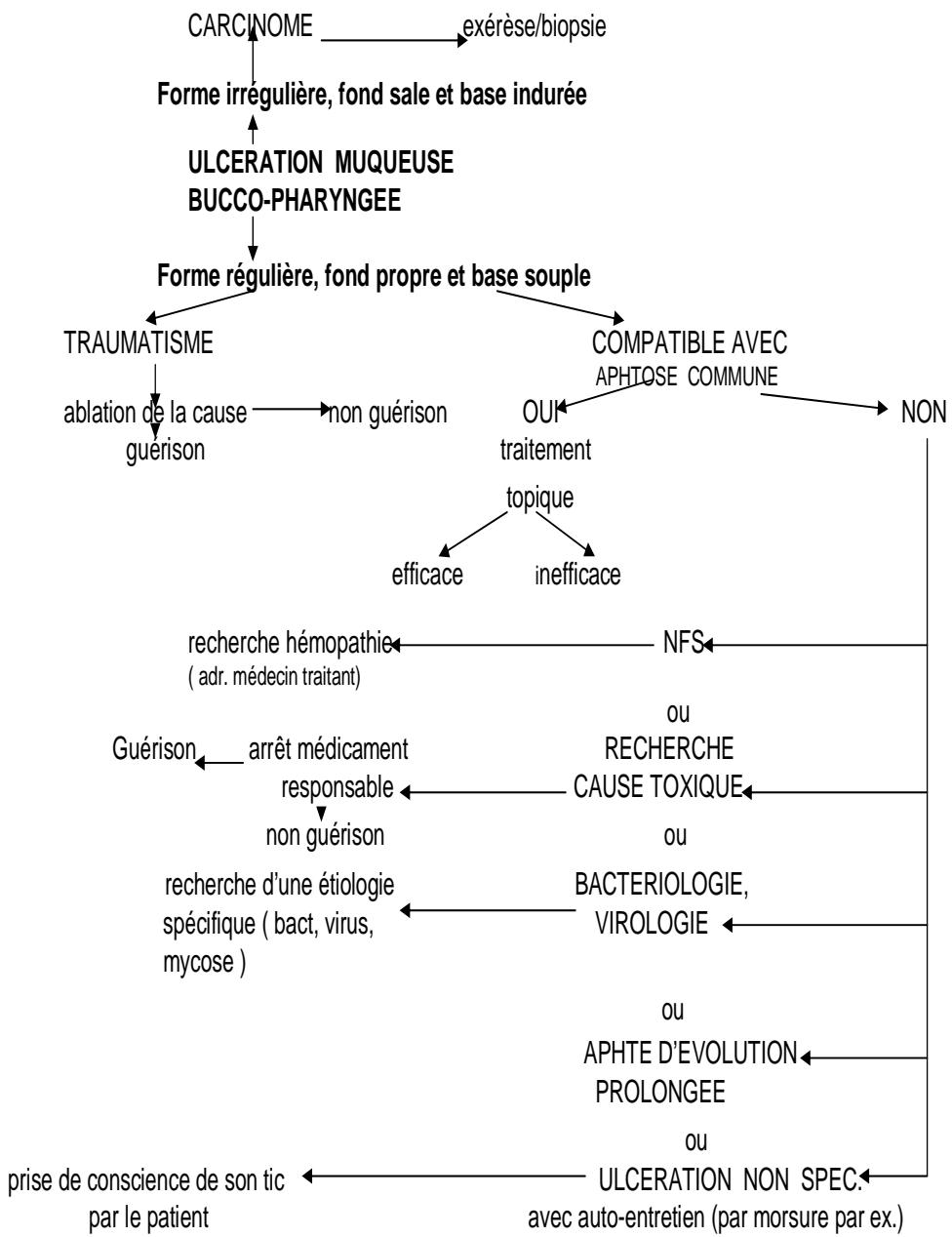
3.2.3.3.3. *Autres ulcération uniques exceptionnelles*

Le chancre syphilitique d'inoculation et l'ulcération tuberculeuse se traduisent par une légère induration, beaucoup plus restreinte que celle retrouvée dans le cas de carcinomes.

3.2.3.3.4. *Ulcération due au contact de toxiques ou certains médicaments*

3.2.3.3.5. *Ulcération des hémopathies*

3.2.3.4. Démarche diagnostique devant une ulcération de la muqueuse oro-pharyngée



3.2.4. *Les chéilites traumatiques et mécaniques*

3.2.4.1. La chéilophagie

La chéilophagie est une manie ou un tic des lèvres qui affecte surtout la lèvre inférieure. Ces mordillements et grattages compulsifs sont à distinguer des morsures accidentelles (auto morsures). Ce tic est largement retrouvé dans la population féminine, jeune, chez des sujets nerveux, souvent onychophages. (54)

L'origine de ce phénomène est une instabilité nerveuse, les conditions de vie stressantes, les troubles émotionnels ou psychologiques sous-jacents étant des facteurs favorisants.

Les caractéristiques obsessionnelles de ce trouble sont mises en évidence par deux constatations :

- l'anxiété augmente le processus de desquamation
- l'administration de tranquillisants légers entraîne une diminution de la production de squames. (18, 37)

Bien que l'examen psychiatrique soit rarement accepté, il s'agit de sujets timides, effacés, fuyant les contacts sociaux et souvent dépendants de leurs parents ou dominés par leur mère.

Cette habitude est bien sur favorisée par certaines dysmorphoses dans lesquelles les rapports normaux entre les lèvres sont perturbés (rétrognathie mandibulaire, proalvéolie maxillaire), la lèvre inférieure perdant tout contact avec son homologue supérieure. Il s'ensuit une interposition labiale exposant la lèvre inférieure aux bords libres des incisives supérieures responsables de chéilite par irritation et autres traumatismes. (70)

Bien sur, les prothèses défectueuses sont aussi un facteur favorisant, dans la mesure où elles peuvent affecter la projection de la lèvre.

3.2.4.2. Les lésions dues à la chéilophagie

3.2.4.2.1. *La chéilite érytho-squameuse*

3.2.4.2.1.1. Description

Souvent accompagnée d'une chéilorrhagie, l'irritation chronique créée par le patient lui-même entraîne des desquamations avec érosions du bord vermillon, des ulcérations pouvant aller jusqu'à la perte de substance.

Les crevasses et fissures des lèvres s'accompagnent le plus souvent d'une sécheresse mais dans certains cas, le tic de mordillement s'accompagne d'un tic de léchage qui entraîne une macération des lésions dont la cicatrisation s'avère alors compliquée.

Des lésions plus ou moins avancées coexistent ; on retrouve ainsi des croûtes hémorragiques et des croûtes kératosiques jaunâtres. (49, 50)

Certains auteurs (tels que READE, cité par PIETTE (49) parlent de chéilité exfoliative dont il donne la définition suivante : « trouble superficiel chronique du bord vermillon de la lèvre caractérisé par un changement croûteux, parfois inflammatoire et parfois fissuraire ».

Dans la plupart des cas exposés, une fois le diagnostic d'automutilation posé, le patient reste dans le déni et disparaît dans la nature (vers une énième consultation?).

3.2.4.2.1.2. Cas de syndrome de Munchausen

MICHALOWSKI (45) décrit ce cas de chéilarragie auto-induite :
Une jeune femme de 20 ans se présente après, selon ses dires, 12 hospitalisations qui ont fait état d'une thrombocytopénie.
Elle se plaint de chéilarragies chroniques et de règles anormalement longues.
A l'examen, le bord vermillon de la lèvre est occupé par une large croûte de sang séché ainsi que de nombreuses fissures.
Après maints examens complémentaires, il s'avère que le bilan hématologique est normal et que la patiente est seule responsable de ses lésions sans motivation apparente, et ce depuis des années, entraînant des difficultés de diagnostic considérables.

Ce cas de syndrome de Munchausen montre à quel point il peut être difficile d'établir un diagnostic d'automutilation, d'autant plus que le patient ne veut pas entendre ce diagnostic et se montre alors peu coopérant.

3.2.4.2.1.3. Diagnostic

L'attention doit être attirée par :

- l'aspect bizarre de ces lésions
- leur apparition soudaine et inexplicable
- leur résistance aux traitements habituels
- la chéilité est indolore et ne semble guère gêner le malade
- l'attitude revendicatrice du sujet qui ne cherche pas forcément à égarer le praticien, mais ne fait aucun effort pour l'éclairer.

3.2.4.2.1.4. Diagnostics différentiels

-la chéilité actinique (ou physique): les irradiations ultraviolette et infrarouge du soleil peuvent entraîner une chéilité aigüe avec œdème, érythème, et même vésicules.
Le froid peut lui aussi affecter le versant cutané et la zone rouge des lèvres : les gerçures se manifestent sur une lèvre desséchée par des crevasses transversales qui saignent facilement.
La crevasse médiane profonde de la lèvre inférieure est typique et peut être longue à disparaître puisqu'elle s'ouvre à la moindre tension labiale.

-les chéilites chimiques ou médicamenteuses : un grand nombre d'acides, de bases ou de sels peuvent altérer les muqueuses, ainsi que certains médicaments (antibiotiques anti-tumoraux par exemple).

-les chéilites allergiques : d'origine alimentaire ou cosmétique.
(à noter que l'hypervitaminose A est responsable de lèvres sèches et écailleuses).

-les chéilites d'origine infectieuse (bactériennes, virales, mycosiques ou parasitaires).
(50)

3.2.4.2.2. Mordillement des glandes salivaires accessoires (versant muqueux de la lèvre inférieure)

3.2.4.2.2.1. Description

Les traumatismes répétés de la lèvre inférieure par mordillement par exemple, peuvent être à l'origine d'une hypertrophie des glandes salivaires accessoires situées dans le versant muqueux.

A l'examen, cela se traduit par la formation de moult petites élevures muqueuses, la muqueuse environnante ne subissant aucune modification.

Ces élevures sont fermes, indolores, et donnent une sensation granitée au toucher.

Il n'est pas rare qu'un des grains soit de taille plus importante : il s'individualise jusqu'à former un petit kyste mucoïde dont l'exérèse s'impose.

3.2.4.2.2.2. Diagnostic

D'observation banale, l'hypertrophie d'origine traumatique des glandes salivaires accessoires touche essentiellement les jeunes filles lors des périodes de stress, d'inquiétude, ou d'intense application.

3.2.4.2.2.3. Le kyste mucoïde

Encore appelé mucocèle, c'est un kyste formé par extravasation salivaire, souvent situé sur le tiers latéral du versant muqueux de la lèvre inférieure, qui s'auto-entretient.

Lorsque cette poche liquidienne a atteint un volume trop important, elle prend alors un aspect bleuté avant de crever : il s'en échappe un concentré salivaire.

Sans douleur, son cycle est de trois semaines.

3.2.4.2.3. La diapneusie

3.2.4.2.3.1. Description

Il s'agit d'une hyperplasie fibreuse inflammatoire qui se développe progressivement,

entretenue par des tics d'aspiration ou mordillements répétés.

C'est une excroissance muqueuse molle, non douloureuse, située généralement sur le versant muqueux de la lèvre inférieure, moins souvent au niveau des joues.

Plus l'excroissance grossit, plus le pied rétrécit pour former une petite boule qui s'individualise et qui gêne le patient et l'amène à demander l'exérèse.

3.2.4.2.3.2. Diagnostic

Le diagnostic est établi grâce à la localisation de cette hyperplasie : en effet elle siège en regard d'une brèche qui peut être un diastème important ou un trou créé par la perte d'une dent. Lors de la déglutition, une dépression se crée et la muqueuse est aspirée dans l'espace laissé vide.

La diapneusie peut se compliquer de morsures involontaires.

3.2.4.2.3.3. Diagnostic différentiel

Le botryomycome, ou granulome pyogénique, se présente comme un bourgeon exophytique polypoïde très vascularisé, tapissé par un enduit grisâtre ou par une croûte. Il est souvent consécutif à une morsure.

Ce granulome est rare au niveau labial.

3.2.4.2.4. Les perlèches

3.2.4.2.4.1. Mode de survenue

Le responsable est ici le tic de léchage : le fait d'humecter constamment les lèvres entraîne la formation de perlèches voire d'un eczéma péribuccal.

La lèvre prend alors un aspect micacé.

L'humidité stagnante est responsable d'une infection candidosique de la commissure : on parle de chéilité angulaire.

3.2.4.2.4.2. Diagnostic

Le pli commissural à un fond rouge et l'érythème déborde plus ou moins. La lésion, inflammatoire, est douloureuse.

Le patient se plaint de douleurs de type brûlures et un tic de déglutition peut être associé. (49, 50)

3.2.5. Traumatismes de la langue d'origine dentaire

La langue est un organe complexe par son anatomie, qui joue un rôle majeur dans la gustation, la phonation et la déglutition.

Ainsi, tout traumatisme de la langue aura une répercussion fonctionnelle.

3.2.5.1. Lésion par morsure

3.2.5.1.1. Diagnostic

Les traumatismes d'origine dentaire sont les plus fréquents.

La lésion est caractéristique :

- ulcération unique et douloureuse
- plaie creusante mais souple
- pas de saignement au contact
- bords plus ou moins végétants
- sa forme dessine les contours du facteur causal
- elle siège sur un bord de langue.

Une adénopathie inflammatoire satellite peut exister (elle est alors non adhérente au plan sous-jacent).

Si le traumatisme est ancien, un liseré périphérique hyperkératosique entoure le lésion. (52)

3.2.5.1.2. Diagnostics différentiels

Une ulcération de la langue doit toujours poser ce problème : s'agit-il d'un cancer?

Après suppression du facteur étiologique, la cicatrisation doit se faire sous 15 jours, sans quoi il convient de pratiquer une biopsie pour éliminer un carcinome épidermoïde.

Le carcinome épidermoïde se traduit par une lésion chronique, reposant sur une base indurée, accompagnée d'adénopathies satellites.

Des traumatismes peuvent aussi être provoqués par brûlure électrique ou chimique ; un bon interrogatoire permet de retrouver la cause.

D'autres causes d'ulcération unique de la langue sont connues mais beaucoup plus rares : telles que le chancre syphilitique, l'ulcération tuberculeuse ou l'ulcération du granulome éosinophile.

3.2.5.1.3. Formes cliniques

- la morsure de l'épileptique lors de crises de grand mal : le traumatisme peut être sévère.
- les tics de mordillement
- les empreintes dentaires provoquant une langue festonnée
- un élément traumatisant tel qu'une prothèse ou une dent délabrée située en regard de la lésion peut conduire à de tels traumatismes.

3.2.5.2. Diapneusie

Il s'agit d'une hernie muqueuse en regard d'une édentation, créée par un phénomène d'aspiration.

Elle est décrite plus précisément au niveau de la lèvre dans le chapitre 32423.

3.2.6. *Traumatismes de la muqueuse dus à des habitudes « anormales »*

Bon nombre d'habitudes néfastes sont responsables d'irritations auxquelles la muqueuse buccale réagit le plus souvent par une hyperplasie épithéliale réversible. Ces blessures auto-infligées causées par une habitude inconsciente peuvent être classées en trois groupes :

3.2.6.1. Les tics « nerveux »

Dans cette catégorie on regroupe aussi bien les onychophages que les sujets qui « grignotent » constamment un objet tel qu'un crayon par exemple. (27)

BLANTON (10) relate le cas d'une patiente de 35 ans qui se plaint de lésions récurrentes de la muqueuse au niveau d'une crête édentée à la mandibule.

Après examen et interrogatoire approfondis, il s'avère que la patiente, très nerveuse et en situation affective instable (en cours de divorce) se blesse, avec ses ongles, de façon totalement inconsciente.

3.2.6.2. Les habitudes occupationnelles

Concerne les sujets qui, de par leur activité, tiennent souvent quelque chose dans la bouche : ainsi les instrumentistes, couturière... (50)

Chez les instrumentistes, les lésions créées par irritation mécanique varient selon l'instrument employé.

Le joueur d'instrument à anche battante (clarinette ou saxophone) est le plus sujet à ces traumatismes, par l'interposition de la lèvre inférieure entre le bec (portant la anche) et ses dents.

3.2.6.3. Les habitudes variées

Ces habitudes vont du mésusage des moyens d'hygiène bucco-dentaire aux lésions retrouvées chez le fumeur de pipe.

PATTISON (48) fait état d'un patient de 25 ans souffrant d'importantes récessions et de

fortes mobilités au niveau des incisives mandibulaires.

Le patient décrit un premier épisode à l'âge de 8 ans, lors duquel son père, atteint de parodontite agressive porte toute son attention sur lui.

Après plusieurs consultations le patient finit par reconnaître qu'il se brosse les dents trois fois par jour pendant 30 minutes.

3.3. REPERCUSSIONS ET COMPLICATIONS

3.3.1. Répercussions fonctionnelles

Toute plaie des muqueuses orales entraîne des difficultés fonctionnelles au niveau de :

-la phonation : une lésion de la pointe de la langue qui vient au contact de la face palatine des incisives maxillaires supérieures peut représenter un obstacle à une phonation correcte.

Dans le cas de surinfection grave ou de perte de substance au niveau de la langue, la mobilité linguale peut être entravée.

-la respiration : des cas d'œdème linguaux suite à d'importantes morsures ont été décrits, entraînant des difficultés respiratoires pouvant conduire à l'étouffement (il s'agit bien sur de cas extrêmes observés chez des sujets épileptiques ou handicapés).

-la mastication et la déglutition peuvent être rendues douloureuses ou gênantes par une ulcération ou une diapneusie.

Une telle gêne peut être à l'origine d'une perte de poids dans le cas de lésions étendues et par conséquent d'une altération de l'état général. (70)

3.3.2. La douleur

Les tics linguaux par frottement ou aspiration sont responsables de douleurs de la pointe et des bords de la langue.

Les tics d'humidification des lèvres entraînent des sensations de brûlure.

Les tics de déglutition, par la constriction répétée des mâchoires qu'ils impliquent, sont eux responsables de douleurs musculaires. (27)

3.3.3. Perte de substance

Cette complication concerne les cas d'automutilations graves avec amputation partielle de la langue (11) ou de la lèvre inférieure. (35)

3.3.4. Infection

Certaines lésions sont le résultat de la combinaison d'un traumatisme et d'une infection locale.

La concentration bactérienne importante dans la cavité buccale fait que la lésion peut être le siège d'une surinfection à germes aérobies ou anaérobies présents physiologiquement et qui deviennent alors opportunistes.

3.3.5. Cicatrices résiduelles

Les morsures entraînent la formation de plaies avec parfois perte de substance. Lorsque le processus de cicatrisation se fait dans de bonnes conditions, avec une hygiène bucco-dentaire adéquate, la cicatrice est fine voire invisible. Elle dépend bien sûr de la profondeur de la lésion initiale. (35)

Cependant, l'automutilation étant dans la plupart des cas un phénomène chronique, la plaie reste sujette à de nouvelles morsures qui viennent compliquer le processus de cicatrisation.



stomatite d'automutilation
(courtoisie du Dr Kimakhe
Photothèque Pr Favé)

3.4. TRAITEMENTS DES LESIONS ET COMPORTEMENTS AUTO-MUTILATOIRES

Il s'agit d'une pathologie très déstabilisante pour le monde médical puisque la coopération du pathomime, tant à l'établissement du diagnostic qu'à la mise en place d'un traitement est minimale, voire inexistante.

Une double prise en charge somatique et psychiatrique dans un travail de collaboration étroite entre intervenants semble être la meilleure solution thérapeutique, le traitement approprié dépendant bien entendu de l'évaluation adéquate de la personne malade.

Les traitements par appareillages de protection ou par extractions concernent principalement les patients s'infligeant des traumatismes sévères tels que ceux sujets à des crises convulsives ou dans le coma.

Dans les cas avérés de syndrome de Munchausen, il semble qu'aucun traitement ne puisse être mis en place dans la mesure où le patient fuit lorsque l'automutilation est révélée. Le diagnostic précoce est donc le seul « traitement » en ce qu'il va éviter d'avoir recours à des examens complémentaires et des traitements inefficaces et parfois invasifs.

3.4.1. L'approche comportementale et la psychothérapie

Le comportement du praticien est prépondérant car il doit être lui-même convaincu, pour convaincre son patient, du bien-fondé d'une telle prise en charge.

3.4.1.1. La consultation psychosomatique

Le but est de définir quels peuvent-être les facteurs psycho-émotionnels qui conduisent le patient à l'automutilation.

Les modalités de l'investigation psychosomatique se basent sur une anamnèse destinée à déceler les éventuelles influences psychologiques ; cette consultation a pour but de :

- préciser les symptômes et traitements antérieurs
- mettre l'accent sur les conditions d'apparition et le vécu du patient
- dresser un historique des antécédents médicaux et chirurgicaux du patient mais aussi de son entourage
- évaluer les interférences des symptômes avec la vie actuelle.

Le regard somatique conforte le patient qui est appréhendé globalement et permet, s'il y a lieu, d'établir le lien avec le psychisme. (56)

3.4.1.2. La psychothérapie de soutien

Elle amène le sujet à prendre conscience de son tic et de ses conséquences douloureuses et doit donc, dans un premier temps, rester au plus près du symptôme. Elle est nécessaire en préalable à toute autre tentative thérapeutique mais n'est pas forcément suffisante pour aboutir à la disparition des tics qui sont des réflexes conditionnés parfois très anciens. (27)

Le traitement psychiatrique va se concentrer sur une reconstruction de l'estime de soi et un allègement des tensions auxquelles est soumis le patient. (13)

Cependant, certains auteurs dénoncent la recherche d'aveux d'automutilation à tout prix : en effet, cela pourrait déstabiliser les mécanismes de défenses fondamentaux du patient, et cette recherche ne répondrait qu'à un besoin de valorisation narcissique de la part du médecin. Le patient peut alors répondre par une récidive de la conduite pathomimique en un autre lieu. (39)

Malheureusement, l'assistance psychologique est souvent rejetée par le patient ou par son entourage.

3.4.1.3. L'approche analytique

Une telle approche est difficile à envisager par le patient dans la mesure où le trouble pathomimique est pour eux le moyen de régler un conflit inconscient.

Ainsi, le traitement serait souvent interrompu par le pathomime lorsqu'il commence à établir des liens entre ses symptômes, son histoire, et ses conflits psychiques.

Le recours à l'analyse doit avant tout être une démarche volontaire pour aboutir à un résultat satisfaisant.

L'instauration d'une psychothérapie de soutien est une bonne alternative (cf 3.4.1.1).

L'efficacité d'un traitement analytique est illustrée par le cas de cette jeune patiente de 29 ans, décrit par SLAWSON et DAVIDSON et relaté par GIBOIN (28):

La patiente se mord les lèvres, les joues et la langue soumise à d'importants dommages ; elle accepte de se soumettre à une analyse qui montre que son comportement automutilatoire est basé sur une équation inconsciente qui substitue la langue au pénis et la bouche au vagin : le symptôme démontre une attaque sadique orale sur l'incorporation d'un organe à la fois désiré et redouté et permet de libérer une intense anxiété venue d'un conflit entre la génitalité adulte et uninceste irrésolu et refoulé.

La prise de conscience de l'origine du symptôme permet de faire cesser les automutilations.

3.4.1.4. Les approches comportementales

Il s'agit de reconditionner les patients pour les amener à abandonner son comportement automutilatoire : tous les autres comportements de l'individu sont mis en avant pour faire en

sorte qu'il n'ait plus recours spontanément à ses pratiques automutilatoires.

L'hypnose ainsi que certaines méthodes de relaxation peuvent s'avérer être une bonne aide complémentaire au traitement.

3.4.1.4.1. L'auto-stimulation ou renforcement positif

L'automutilation peut être entretenue par les conséquences positives qui s'ensuivent (qu'il s'agisse d'une sensation à la fois douloureuse et agréable ou d'une réaction de l'entourage).

Le traitement consiste ici en l'enrichissement de l'environnement par divers mécanismes, pour éliminer chez le sujet le besoin de s'automutiler.

Le renforcement des comportements dirigés vers l'extérieur est aussi un moyen de distraire l'individu de ses comportements automutilatoires. (15)

3.4.1.4.2. La punition

Utilisée chez les handicapés, les réprimandes sévères face aux automutilations sont sujettes à controverse et sont réservées aux cas extrêmes.

Ainsi, certains patients sujets à des automutilations graves sont traités par électrochocs afin d'éviter toute adaptation à la douleur.

Cette méthode, associée au renforcement positif d'autres réponses, a prouvé son efficacité. (4)

3.4.1.4.3. Le conditionnement émotionnel

Le traitement repose ici sur le principe que la disposition de l'individu à l'automutilation résulte d'un apprentissage : le comportement est influencé par la réponse émotionnelle individuelle.

Ici, l'émotion dicte un comportement destructeur, témoin d'une mal adaptation au stress quotidien : il faut donc aboutir au déconditionnement de réflexes conditionnés nocifs. (15)

3.4.1.4.4. La relaxation médicale

Basée sur le schéma corporel, le symptôme est mis au centre et doit être dépassé sur le plan corporel puis il est exprimé par la parole.

Par exemple, JACOBSON, cité par COTTRAUX (15) a mis au point une technique de relaxation musculaire progressive qui permet à l'individu de prendre conscience des niveaux de tension dans différents groupes de muscles de son corps.

Une fois la tension perçue, on utilise la relaxation pour diminuer les tensions dans la région affectée.

3.4.2. Les traitements médicamenteux

3.4.2.1. Traitement de la lésion proprement dite

Toutes les thérapeutiques locales sont à proscrire quand l'hygiène buccale est correcte. En effet l'utilisation abusive d'antiseptiques locaux peut entraîner une irritation des muqueuses saines et favoriser la prolifération de certaines bactéries par modification de la flore locale. Seule l'utilisation de vaseline salicylée et autres corps gras est justifiée pour soigner une chéilité par irritation mécanique. (37)

Une intervention locale sera bien sur envisagée uniquement si elle a pour but de supprimer un facteur d'irritation manifeste, mais cela s'avère rarement suffisant.

3.4.2.2. Les psychotropes

La prise de psychotropes est un facteur défavorable à la guérison puisqu'ils affaiblissent le psychisme. (28)

Quoiqu'il en soit, si une telle prescription est jugée nécessaire, elle est du ressort du psychiatre et doit couvrir une courte période. Elle ne doit pas représenter une échappatoire pour le praticien ou un transfert de responsabilités.

Un traitement psychotrope peut être indiqué pour traiter des symptômes associés, d'ordre dépressif par exemple. (68)

3.4.3. Les appareillages

Il s'agit d'un traitement symptomatique, qui ne prend pas en compte la cause des comportements automutilatoires, mais permet un contrôle de ceux-ci.

3.4.3.1. Les gouttières de protection

La forme la plus simple est un protège dents en plastique mou, adapté au modèle du patient et débarrassé de toutes zones pointues ou blessantes. (32)

Un plan occlusal, en résine thermo polymérisable, est simple à fabriquer : ne nécessitant qu'une simple empreinte à l'alginate, il empêche les contacts cuspides/fosse tout en prévenant l'interposition des structures orales. (23)

L'accommodation du patient à ce système d'orthèse est rapide, et aucun symptôme au niveau des ATM n'a été relevé (en l'absence bien sûr d'antécédents de dysfonction de l'appareil manducateur).

SINGH et HJORTING-HANSEN, cités par WALKER et ROGERS (69) ont mis au point un appareil visant à contrôler la morsure de la joue, selon la procédure suivante :

Il recouvre les faces occlusales et s'étend dans le vestibule afin de repousser la joue, ce qui rend la morsure impossible.

Le port se fait uniquement la nuit : systématiquement dans un premier temps, puis lorsque la muqueuse a repris un aspect normal, le port devient occasionnel, en période de stress.

Cette solution thérapeutique permet un contrôle de l'automutilation.

Chez le patient handicapé, cette solution peut s'avérer dangereuse compte tenu des risques d'inhalation. (55)

3.4.3.2. Autres dispositifs

PIGNO (51) décrit ce dispositif mis en place chez une patiente épileptique sujette à d'importantes morsure de la langue : la langue doit être maintenue dans son espace normal tout en étant protégée de tout contact avec les dents.

Il met au point un appareil en résine dont la rétention est assurée par des crochets placés sur les molaires mandibulaires et qui vient recouvrir la pointe de la langue ainsi que les bords antérieurs.

Des lip-bumpers (31) ont été utilisés dans le cas de traumatismes répétés de la lèvre inférieure, mais les résultats ne sont pas concluants, car si l'automutilation est empêchée, on constate des lésions parodontales avec une forte récession gingivale au niveau des canines essentiellement. (70)

Sont aussi décrits des écrans oraux dont l'utilisation reste marginale avec peu de succès. (41)

3.4.3.3. Règles de conception et de fabrication

Les variétés d'appareils sont multiples en fonction de l'automutilation bien sur et du patient (ses capacités de compréhension, son état général...) : en effet, ces dispositifs peuvent être délogés par une langue très tonique, voire fracturés, ce qui contribuerait à lésier les tissus mous. (34)

La conception d'un appareil de prévention de l'automutilation doit donc être précédée d'une évaluation minutieuse de l'état psychopathologique du patient, chaque cas étant particulier.

Si chaque appareil est personnalisé, il doit répondre à un certain nombre de critères communs à tous les cas (17, 23) :

-assurer la déflection des tissus susceptibles d'être lésés loin des tables occlusales : pour cela,

les dimensions doivent être déterminées au cas par cas.

-ne pas être une source de blessure pour le patient

-permettre tous les mouvements mandibulaires tout en restant stable, pour maintenir la fonction et si possible l'esthétique

-permettre une hygiène quotidienne

-résister à des forces importantes (forces de mastication ou efforts de désinsertion par poussée linguale)

-permettre la guérison des tissus endommagés

-mise en place facile sans inconfort ni risques pour le patient, tout en assurant une rétention correcte

-de fabrication aisée.

Enfin, chez le patient handicapé, la personne responsable doit être sensibilisée.

La fabrication de ces dispositifs nécessite une simple empreinte à l'alginate des deux arcades, facilement réalisable même chez les patients peu coopérants.

Leur utilisation suppose la coopération du patient (et de l'équipe soignante dans le cas d'un handicapé) et une hygiène bucco-dentaire correcte.

3.4.4. La chirurgie

3.4.4.1. Les extractions dentaires

Le chirurgien-dentiste à qui l'ont demande de pratiquer des extractions pour faire cesser des automutilations doit avant tout s'assurer que toutes les méthodes de dissuasion ont été tentées préalablement.

L'extraction, dans les cas les plus graves, des incisives permanentes n'a pas apporté d'amélioration dans la mesure où l'individu peut utiliser ses canines et prémolaires, voire ses molaires pour se mordre la joue. (40)

Il est bien sûr aberrant d'envisager une édentation totale pour aboutir à l'arrêt des automutilations : cette solution ne peut donc être envisagée même si elle concerne une ou deux dents, une mutilation ne pouvant décentement pas « soigner » l'automutilation.

3.4.4.2. La chirurgie orthognathique

MAC PHERSON (41) décrit une ostéotomie d'avancée maxillaire chez une patient de 38 ans atteinte d'un retard mental sévère.

La béance antérieure obtenue permet aux incisives supérieures de jouer le rôle de « lip bumper », en veillant à maintenir l'esthétique.

Une bonne occlusion postérieure est conservée même si la stabilité en OIM est plus difficile, engendrant un bruxisme chez certains patients.

L'inconvénient de cette solution thérapeutique, outre l'aspect esthétique, est la perte de fonction qui peut être à l'origine d'égressions.

3.4.4.3. La neurochirurgie

Réservee aux grands épileptiques et aux déficients mentaux, son utilisation reste marginale et les résultats obtenus ne sont guère encourageants.

IV. LE ROLE DU CHIRURGIEN DENTISTE

Les problèmes posés par l'automutilation sont nombreux, tant sur le plan du diagnostic que de la prise en charge.

Le rôle du chirurgien-dentiste est primordial non seulement dans l'établissement du diagnostic mais aussi dans l'orientation du patient vers une consultation psychiatrique dès lors que la possibilité de cause non organique au symptôme est soulevée.

Si les symptômes sont particulièrement bizarres, cette possibilité peut apparaître très tôt dans le traitement.

4.1. DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC

Le succès du traitement dépend de l'identification précoce du comportement automutilatoire et des facteurs émotionnels mis en cause : il faut donc toujours penser à l'intervention possible d'un élément psychologique dans la genèse du trouble, sans pour autant en abuser.

Le chirurgien dentiste se retrouve en première ligne dans ce dépistage.

4.1.1. Caractéristiques cliniques communes

Devant une lésion suspecte, le chirurgien dentiste rassemble les indices traduisant une automutilation (19) :

- la lésion ne correspond à aucune autre pathologie ; le praticien ayant préalablement exclu toute cause dentaire ou médicale organique
- la configuration des lésions est particulière avec des bords nets et une muqueuse environnante normale
- la distribution des lésions est inhabituelle et le site est aisément accessible pour le patient
- la lésion peut être unique, mais le plus souvent plusieurs lésions coexistent.

4.1.2. Anamnèse

Le praticien conduit un interrogatoire complet permettant de définir de façon exhaustive (10, 48) :

- les pratiques d'hygiène orale : il convient de se renseigner non seulement sur les moyens d'hygiène et la méthode de brossage, mais aussi sur la fréquence et la durée du brossage

- les éventuelles pathologies bucco-dentaires antérieures
- les consultations ou examens effectués en lien avec le symptôme : quand les symptômes sont chroniques, le patient a souvent consulté d'autres praticiens avec chacun sa solution au problème
- les antécédents d'anxiété ou de maladies affectant le psychisme
- les éventuelles habitudes et tics anormaux
- le mode de survenue des premiers symptômes : ceux-ci coïncident souvent avec un évènement déclenchant qui peut être un traitement dentaire tel qu'une restauration ou une extraction...

Ce recueil de renseignements vise à dresser un historique précis permettant de définir la cause de l'automutilation.

4.1.3. Confirmation du diagnostic

Si le diagnostic d'automutilation ne peut être posé initialement, le praticien peut avoir recours à deux moyens permettant de confirmer le diagnostic (48):

- l'échec de la thérapeutique initialement préconisée
- la biopsie met en évidence une ulcération non spécifique sur le plan histopathologique.

4.2. CONDUITE A TENIR

L'attitude du chirurgien dentiste doit se placer à mi-chemin entre la conception organique et psychologique.

La relation praticien-malade tient ici une place très importante et repose sur le respect (le patient doit se sentir pris au sérieux comme il doit faire preuve d'honnêteté) et l'écoute.

4.2.1. Abord du patient

Souvent, le patient a déjà vu plusieurs praticiens et tente d'énoncer un diagnostic ; le praticien doit alors abandonner l'idée que le symptôme peut être résolu par un traitement plus approprié que les précédents et avancer prudemment dans sa démarche thérapeutique.

Il doit comprendre la manifestation psychosomatique pour apporter au patient l'aide dont il a besoin. (12)

L'abord des patients sous antidépresseurs doit se faire prudemment, et les diagnostics différentiels soigneusement écartés un à un, pour éviter d'attribuer trop vite un symptôme au trouble psychologique. (43)

Le praticien doit prendre contact avec le médecin traitant s'il y a lieu pour s'enquérir des

antécédents et traitements en cours, le patient niant parfois tout suivi psychologique.

L'annonce du diagnostic d'automutilation , si celle-ci est inconsciente ou totalement niée , doit se faire avec tact et passe par l'explication au patient qu'aucune cause organique n'a été retrouvée mais que le stress peut jouer un rôle.

Ainsi, la diplomatie est de mise, car l'acceptation de l'étiologie psychologique est difficile ; il faut laisser le temps au patient de l'admettre.

4.2.2. Mise en place du traitement

La prise en charge de ces patients passe par une mise en état de la denture afin d'éliminer tout facteur favorisant l'automutilation.

Des conseils d'hygiène bucco-dentaire bien sûr mais aussi d'hygiène de vie concernant le sommeil, l'activité, voire la relaxation doivent être recommandés, prescrits et dispensés. (40)

Pour préparer le plan de traitement chaque possibilité thérapeutique doit être attentivement considérée pour assurer une diminution du stress, un gain de temps et la réussite du traitement mis en place.

Il convient d'essayer de déterminer quelle méthode est la plus appropriée en prenant en compte l'environnement du patient et ses activités quotidiennes. (43)

Lorsque le diagnostic d'automutilation est confirmé, le chirurgien dentiste doit respecter cette conduite à tenir (12, 27):

- limiter les thérapies locales
- échanger avec le ou les praticiens précédents
- proposer un traitement alternatif moins agressif, afin d'éviter que le patient se sente négligé
- laisser du temps au patient pour assimiler le diagnostic sans le brusquer (l'idée de la psychiatrie réservée aux « fous » étant largement répandue dans la population).

4.2.3. Orientation du patient vers la consultation psychiatrique

Dans les cas de symptôme isolé ne présentant pas de gêne particulière pour le patient, cette consultation peut être évitée si le praticien prend le temps d'apporter au patient des explications adaptées.

Il devra alors faire preuve de vigilance dans son suivi afin d'éviter de tomber dans deux écueils :

- la non guérison
- la substitution de l'automutilation par un autre symptôme psychosomatique.

Chaque praticien doit disposer d'une liste de psychothérapeutes de façon à pouvoir orienter le patient et rester au fait des avancées du patient dans son traitement. En effet, l'acceptation et l'adhésion à un traitement psychiatrique étant souvent difficile, une bonne prise en charge à la fois psychique et somatique passe par une bonne communication entre intervenants. (19)

Cependant, l'orientation du patient vers un psychiatre par le chirurgien-dentiste peut être mal perçue, et dans ce cas le médecin traitant joue un rôle crucial, lui seul ayant une vue complète du patient.

Dans tous les cas, il est important d'expliquer au patient que toute origine organique est exclue sans pour autant nier le symptôme : le patient doit se sentir pris au sérieux, et être rassuré en lui expliquant qu'il n'est pas du tout inhabituel que les émotions aient des répercussions physiques.

Le traitement dentaire associé au traitement psychologique, par une évaluation multidimensionnelle, a fait ses preuves. (14)

4.2.4. Suivi

Il est primordial d'établir un suivi régulier qui permettra d'éviter au patient de fabriquer son symptôme pour attirer l'attention du corps médical.

Le patient doit être informé des autres soins à faire mais ceux-ci doivent être reportés jusqu'à disparition du symptôme, pour éviter qu'ils soient utilisés par le patient pour renforcer son symptôme.

Enfin, le praticien doit garder à l'esprit que la correction de tels troubles n'est pas aisée car il s'agit d'actes volontaires, parfois réalisés en conscience, mais relevant d'une compulsion profondément ancrée. (10, 12)

4.2.5. Pronostic

Le pronostic est fonction de :

- l'ancienneté du « tic »
- l'âge
- la faculté de décentration du patient (faculté à penser à autre chose qu'à sa bouche)

Cependant, la disparition complète et définitive est rare compte tenu de la pathogénie. (27)

CONCLUSION

Si l'éventail des pathologies de la cavité buccale d'origine psychique est grand, et en majorité reconnu comme tel par la médecine actuelle, l'automutilation reste un sujet peu abordé. Si la symbolique de la cavité buccale nous apporte un début de réponse en ce qui concerne le siège de cette mutilation, les raisons et les motivations qui poussent un individu à s'infliger une blessure sont multiples.

Le comportement auto-mutilatoire trouve son origine dans bon nombre de troubles, qu'ils soient psychologiques ou organiques. Le point commun de ces automutilations dans la population générale est leur caractère non-intentionnel (de façon consciente, puisque l'intervention de l'inconscient dans la création du traumatisme ne fait aucun doute), c'est d'ailleurs ce qui les distingue des automutilations de type rituelles ou ornementales (piercings par exemple).

Ces comportements se présentent sous des formes variables tant en ce qui concerne le type de lésions que la gravité de celles-ci.

Le traitement préconisé dans la plupart des cas reste une prise en charge bucco-dentaire, associée ou non, en fonction de la coopération du patient, à une prise en charge psychologique ; les traitements plus lourds sont réservés aux cas sévères généralement observés chez les personnes handicapées.

Une bonne prise en charge repose avant tout sur une bonne anamnèse.

Le comportement du chirurgien dentiste influence la coopération du patient et par conséquent la réussite du traitement.

Le praticien se doit de :

- faire preuve d'humilité face aux précédents échecs thérapeutiques
- éviter la polarisation du malade sur son symptôme
- apporter un regard somatique qui rassure le patient éviter le déni et les clichés péjoratifs tels que : «c'est nerveux»
- éviter de tomber dans la psychologie à tous crins, et adresser le patient au moment opportun à un spécialiste

L'existence de tels troubles mène le chirurgien dentiste à une réflexion permanente sur le symptôme et sur son origine. On peut alors se poser la question de la pertinence d'une formation plus ciblée sur le dépistage des certains troubles psychiques, qui pourrait lui permettre de faire face plus efficacement aux difficultés posées par l'automutilation.

BIBLIOGRAPHIQUES

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.

Mini DSM IV: critères diagnostiques.

Paris : Masson, 1996.

2. ASSOUIN PL.

Symbolisme organique.

Rev Fr Psychosomat 2002;21:63-70.

3. AYER W et LEVIN M.

Self-mutilating behavior involving the oral cavity.

J Oral Med 1974;29(4):4-7.

4. BACHMAN J.

Self-injurious behaviour.

J Abnorm Psychol 1972;80(3):211-224.

5. BAKDASH B.

Anormalous destruction caused by the use of tooth picks.
Oral Surg 1978;**46**:167.

6. BARRETT A et BUCKLEY D.

Covert self-mutilation of oral tissues and skin by mechanical and chemical means.
Oral Surg 1988;**65**:685-688.

7. BEN SLAMA L.

Ulcération des muqueuses orales. Pose du diagnostic.
Actual Odontostomatol (Paris) 2004;**226**:105-120.

8. BIOLSI D.

Jouer le malade : de la simulation à la somatisation.
Thèse : médecine, Bordeaux, 2002.

9. BLANK R.

Psychosomatic factors in oral disease.
J Oral Med 1968;**23**:43-50.

10. BLANTON PL, HURT WC et LARGENT MD.

Oral factitious injuries
J Periodontol 1977;**48**(1):33-37.

11. BRESSMAN T.

Self-inflicted cosmetic tongue Split : a case report
J Can Dent Assoc 2004;**70**(3):156-157.

12. BRODINE A et HARTSHORN M.

Recognition and management of somatoform disorders.
J Prosthet Dent 2004;**91**(3):268-273.

13. CELERIER MC.

Psychothérapie des troubles somatiques.
Paris : Dunod, 1997.

14. COULTHARD P, MORRIS S et HAMILTON AJ.

Unexplained physical symptoms in dental patients.
Br Dent J 1998;**184**(8): 378-382.

15. COTTRAUX J.

Les thérapies comportementales et cognitives. Collection Médecine et Psychothérapie.
Paris : Masson, 1990.

16. CRESPI P et FRIEDMAN R.

Prevention of postanesthetic oral self-mutilation.
Spec Care Dent 1986;**6**:68-69.

17. CROGLIO DP et THINES TJ.

Self-inflicted oral trauma : report of a case.
Spec Care Dent 1990;**10**(2):58-61.

18. CROTTY CP et DICKEN CH.

Factitious lip crusting.

Arch Dermatol 1981;117:338-340.

19. DAIEFF C et ALLIOT B.

Les manifestations psychosomatiques au niveau de la face.

Rev Stomatol 1973;74:453-464.

20. DITTMAN V et ALBUS M.

Disorders of adult personality and behaviour.

Psychopathology 1996;29:301-305.

21. DUMET N et BROUER G.

Cliniques du corps.

Lyon : Presses Universitaires de Lyon, 2002.

22. EVANS J, SIRIKUMARA M et GREGORY M.

Lesch-Nyhan syndrome and the lower lip-guard.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993;76:437-440.

23. FABIANO JA et THINES TJ.

Management of self-inflicted oral trauma : report of a case.

Spec Care Dent 1984;4(5):214-215.

24. FELDMAN MD, HAMILTON JC et DEEMER HN.

Factitious disorders : somatoform and factitious disorders.

Am Psychiatr Publish 2001;5:129-166.

25. FREUD S.

Cinq leçons sur la psychanalyse.

Paris : Payot, 1966.

26. FRIEDLANDER A et MALHER M.

Major depressive disorder ; psychopathology, medical management and dental implications.

J Am Dent Assoc 2001;132(5):629-638.

27. GAILLARD A et GAILLARD H.

Les douleurs obsédantes de la sphère bucco-pharyngée par tics et habitudes « anormales ».

Rev Stomatol Chir Maxillofac 1990;91:9-13.

28. GIBOIN C et MANTELET S.

Les pathomimies.

Ann Médico-psychol 2000;158(2):118-133.

29. GLASS LF et MAIZE JC.

Morsicatio buccarum and labiorum (excessive cheek and lip biting).

Am J Dermatopathol 1991;13(3):271-274.

30. HAMILTON JC et JANATA JW.

Dying to be ill : the role of self-enhancement motives in the spectrum of factitious disorders.

J Soc Clin Psychol 1997;16:178-199.

31. HATJIGIORGIS C et MARTIN J.

An interim prosthesis to prevent lip and cheek biting.
J Prosthet Dent 1988;59:250-252.

32. HAYWARD JR, TREFZ B, ROBERT R et coll.

Soft plastic mouthguards for use in prevention of self-inflicted oral trauma.
J Hosp Dent Pract 1979;13:36-37.

33. HJORTING-HANSEN E et HOLST E.

Morsicatio mucosae oris and suctio mucosae oris. An analysis of oral mucosal changes due to biting and sucking habits.
Scand J Dent Res 1970;78(6):492-499.

34. JACKSON MJ.

The use of tongue-depressing stents for neuropathologic chewing.
J Prosthet Dent 1978;40:309-311.

35. JAFFRES H.

Maladie de LESCH-NYHAN et automutilations : aspects cliniques et thérapeutiques.
Thèse : médecine, Strasbourg 1, 1998.

36. JANKOVIC J et SEKULA S.

Dermatological manifestation of Tourette syndrome and obsessive compulsive disorder.
Arch Dermatol 1998;134(1):113-114.

37. KUFFER R.

Cheilitis and lip lesions artificially induced.
Ann Dermatol Venereol 1990;117(6/7):477-486.

38. LACAN J

Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse.
Paris : Seuil, 1973.

39. LAMEY PJ, Mc NAB L, LEWIS MA et coll.

Oro-facial artefactual disease.
Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol 1994;77(2):131-134.

40. LINDEMANN R et HENSON JL.

Self-injurious behaviour : management for dental treatment.
Spec Care Dent 1983;3(2):72-76.

41. MAC PHERSON DW et WOLFORD LM.

Orthognathic surgery for the treatment of chronic self-mutilation of the lips.
Int J Oral Maxillofac Surg 1992;21(3):133-136.

42. MANHOLD JH.

Stress, oral disease and general illness.
Psychosomatics 1979;20:83-87.

43. MASCRES C.

Concepts récents et dynamique de la maladie psychosomatique;applications en odontostomatologie.

Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 23-449-A-10, 1995, **9**.

44. MASS E et GADOTH N.

Oro-dental self mutilation in familial dysautonomia.

J Oral Pathol Med 1994;23(6):273-276.

45. MICHALOWSKI R.

Munchausen's syndrome : a new variety of blessing type self-inflicted cheilorrhagia and cheilitis glandularis.

Dermatologica 1985;170(2):93-97.

46. MORELLE C.

Le corps blessé : automutilation, psychiatrie et psychanalyse. Bibliothèque de clinique psychanalytique.

Paris : Masson, 1995.

47. PASINI W et HYNAL A.

Manuel de psychologie odontologique.

Paris : Masson, 1992.

48. PATTISON GL.

Self-inflicted gingival injuries : litterature review and case report.

J Periodontol 1983;54(5):299-304.

49. PIETTE E.

Affection des lèvres.

Encycl Med Chir (Paris), Stomatologie, 22-054-A-10, 2005, **6**.

50. PIETTE E et REYCHLER H.

Lésions blanches de la muqueuse buccale et des lèvres.

Encycl Med Chir (Paris), Stomatologie, 22-045-K-10, 2006, **12**.

51. PIGNO M et FUNK JJ.

Prevention of tongue biting with a removable oral device : a clinical report.

J Prosthet Dent 2000;83(5):508-510.

52. PIOT B, VINCENT C et BILLET J.

Pathologie de la langue et des joues.

Encycl Med Chir (Paris), Stomatologie, 22-055-A-10, 2003, **7**.

53. RAWAL SY, CLAMAN LJ, KALMAR JR et coll.

Traumatic lesions of the gingiva : a case series.

J Periodontol 2004;75(5):762-769.

54. READE PC et SIM R.

Exfoliative cheilitis : a factitious disorder?

Int J Oral Maxillofac Surg 1986;15(3):313-317.

55. ROVER BC et MORGANO SM.

Prevention of self-inflicted trauma : dental intervention to prevent chronic lip chewing by a patient with a diagnosis of progressive bulbar palsy.

Spec Care Dent 1988;8(1):37-39.

56. RUEL-KELLERMANN M et GUICHARD R.

Le patient ne guérit pas ; intérêt d'une consultation psychosomatique.

Chir Dent Fr 1988;58(415):43-44.

57. SAINT PIERRE F.

La bouche : entre plaisir et souffrance.

Paris : ESKA,2000.

58. SAITO T et KOGA T.

Oral self-mutilation.

Psychiatric Serv 2000;51(8):1052.

59. SCOTT J et HUMPHEYS M.

Psychiatric aspects of dentistry I & II.

Br Dent J 1987;163:81-87.

60. SCULLY C.

The de LANGE syndrome : report of two cases.

J Oral Med 1980;35(2):32-34.

61. SCULLY C, EVESON JW et PORTER SR.

Munchausen's syndrome : oral presentations.

Br Dent J 1995;178(2):65-67.

62. SEWERIN I.

A clinical and epidemiologic study morsicatio buccarum-labiorum.

Scand J Dent Res 1971;79(2):73-80.

63. SMITH BM, CUTILLI BJ et FEDELE M.

Lesch-Nyhan syndrome : a case report.

Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol 1994;78(3):317-318.

64. SOLOMON CS.

Munchausen syndrome.

J Am Dent Assoc 1996;127(8):1152-1154.

65. SPIEGELFORD MB.

Psychosomatic disturbances and dental health.

J Am Soc Psychosom Dent Med 1979;26:13-18.

66. SZPIRGLAS H et BEN SLAMA L.

Pathologies de la muqueuse buccale.

Encycl Med Chir (Paris), stomatologie, 1999.

67. TRIBOLET S et SHAHIDI M.

Précis de sémiologie des troubles psychiques.
Paris : Heures de France, 2000.

68. VAN AMERONGEN MP.

Manifestation psychosomatique de la sphère orale.
Rev Odontostomat 1981;**10**:259-263.

69. WALKER RS. et ROGERS WA.

Modified maxillary occlusal splint for prevention of cheek biting : a clinical report.
J Prosthet Dent 1992;**67**(5):581-582.

70. WILLETT JC.

Lip chewing : another treatment option.
Spec Care Dent 1992;**12**(4):174-176.

BRULE Anne-Solène – Automutilations de la cavité buccale chez l'adulte	
Résumé de la thèse :	
<p>Les automutilations de la cavité buccale, lésions auto-induites non-intentionnelles peu rencontrées en omnipratique, sont mal connues et placent bien souvent le chirurgien dentiste devant des difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Le comportement automutilatoire trouve son origine dans bon nombre de troubles, tels que le syndrome de Munchausen, qu'ils soient psychologiques ou organiques. Cet organe essentiel et symbolique qu'est la cavité buccale devient alors le réceptacle de l'agressivité et de tensions que le patient ne peut pas gérer. Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique demandent une forte coopération du patient, condition sine qua non à la réussite du traitement et influencée par le comportement du praticien. En effet, son rôle est d'apporter un regard somatique qui rassure le patient et qui permet d'écartier les diagnostics différentiels, mais aussi de prendre en compte l'aspect psychosomatique d'une telle pathologie en sachant adresser le patient lorsque cela est nécessaire, sans pour autant tomber dans l'écueil de la psychologie à tous crins.</p>	
Rubrique de classement : PATHOLOGIE	
Mots-clés : Mutilation / Adulte / Morsure	
<p>Me Sh : Self Mutilation / Automutilation Adult / Adulte - Munchausen, syndrome / Syndrome de Munchausen Bites, human / Morsure humaine</p>	
Jury :	
Président : Monsieur le professeur O. LABOUX Assesseur : Monsieur le professeur B. GIUMELLI Assesseur : Monsieur J. GUIHARD Directeur de thèse : <u>Monsieur le Docteur S.KIMAKHE</u>	
Adresse de l'auteur : Anne-Solène BRULE 16, place de la terrasse - 44210 PORNIC	