



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I
U.F.R. D'ODONTOLOGIE**

Année 2016

THESE N° 2016 LYO 1D 86

**T H E S E
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 9 Décembre 2016

par

Thomas CHOMIER

Né le 1^{er} Octobre 1991 à Lyon (69)

**DEMARCHE DIAGNOSTIQUE DES ULCERATIONS UNIQUES DE LA MUQUEUSE
BUCCALE**

JURY

Professeur BOURGEOIS Denis

Président

Docteur DESOUTTER Aline

Assesseur

Docteur VEYRE-GOULET Sophie

Assesseur

Docteur VILLAT Cyril

Assesseur

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

| | |
|--|-------------------------------|
| Président de l'Université | M. le Professeur F. FLEURY |
| Président du Conseil Académique | M. le Professeur H.BEN HADID |
| Vice-Président du Conseil d'Administration | M. le Professeur D. REVEL |
| Vice-Président de la Commission Recherche du Conseil Académique | M. F. VALLEE |
| Vice-Président de la Commission Formation Vie Universitaire du Conseil Académique | M. le Professeur P. CHEVALIER |

SECTEUR SANTE

| | |
|--|---|
| Faculté de Médecine Lyon Est | Directeur : M. le Professeur G. RODE |
| Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux | Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON |
| Faculté d'Odontologie | Directeur : M. le Professeur D. BOURGEOIS |
| Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques | Directrice : Mme la Professeure C. VINCIGUERRA |
| Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation | Directeur : M. X. PERROT, Maître de Conférences |
| Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine | Directrice : Mme la Professeure A.M. SCHOTT |

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

| | |
|--|--|
| Faculté des Sciences et Technologies | Directeur : M. F. DE MARCHI, Maître de Conférences |
| UFR des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives | Directeur : M. Y. VANPOULLE, Professeur Agrégé |
| Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 | Directeur : M. le Professeur C. VITON |
| Ecole Polytechnique Universitaire de l'Université Lyon 1 | Directeur : M. E. PERRIN |
| Institut de Science Financière et d'Assurances | Directeur : M. N. LEBOISNE, Maître de Conférences |
| Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (ESPE) | Directeur : M. le Professeur A. MOUGNIOTTE |
| Observatoire de Lyon | Directrice : Mme la Professeure I. DANIEL |
| Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique | Directeur : M. G. PIGNAULT |

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

Doyen : M. Denis BOURGEOIS, Professeur des Universités

Vice-Doyen : Mme Dominique SEUX, Professeure des Universités

Vice-Doyen : M. Stéphane VIENNOT, Maître de Conférences

Vice-Doyen : Mlle DARNE Juliette

SOUS-SECTION 56-01: PEDODONTIE

Professeur des Universités : M. Jean-Jacques MORRIER

Maître de Conférences : M. Jean-Pierre DUPREZ

SOUS-SECTION 56-02 : ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY, Mme Claire PERNIER,

SOUS-SECTION 56-03 : PREVENTION - EPIDEMIOLOGIE ECONOMIE DE LA SANTE - ODONTOLOGIE LEGALE

Professeur des Universités M. Denis BOURGEOIS

Professeur des Universités Associé : M. Bassel DOUGHAN

Maître de Conférences M. Bruno COMTE

SOUS-SECTION 57-01 : PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : Mme Kerstin GRITSCH, M. Philippe RODIER,

Maître de Conférences Associée Mme Nina ATTIK

SOUS-SECTION 57-02 : CHIRURGIE BUCCALE-PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION

Maîtres de Conférences : Mme Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD, M. Thomas FORTIN,

M. Jean-Pierre FUSARI, M. Arnaud LAFON

Maître de Conférences Associée : Mme Aline DESOUTTER

SOUS-SECTION 57-03 : SCIENCES BIOLOGIQUES

Professeur des Universités : M. J. Christophe FARGES

Maîtres de Conférences : Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE, M. François VIRARD

SOUS-SECTION 58-01 : ODONTOLOGIE CONSERVATRICE - ENDODONTIE

Professeurs des Universités : M. Pierre FARGE, M. Jean-Christophe MAURIN, Mme
Dominique SEUX

Maîtres de Conférences : Mme Marion LUCCHINI, M. Thierry SELLI, M. Cyril VILLAT

SOUS-SECTION 58-02 :

PROTHESE

Professeurs des Universités :

M. Guillaume MALQUARTI, Mme Catherine MILLET

Maîtres de Conférences :
VIGUIE,

M. Christophe JEANNIN, M. Renaud NOHARET, M. Gilbert

Maîtres de Conférences Associés

M. Stéphane VIENNOT

M. Hazem ABOUELLEIL, M. Maxime DUCRET

SOUS-SECTION 58-03 :

SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES
OCCLUSODONTIQUES, BIOMATERIAUX, BIOPHYSIQUE,
RADIOLOGIE

Professeurs des Universités :

Mme Brigitte GROSGOGEAT, M. Olivier ROBIN

Maîtres de Conférences :

M. Patrick EXBRAYAT, Mme Sophie VEYRE-GOULET

SECTION 87 :

SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET
CLINIQUES

Maître de Conférences

Mme Florence CARROUEL

A notre Président de Jury,

Monsieur le professeur Denis BOURGEOIS

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Lyon I

Docteur en Droit (3ème cycle)

Maître en Biologie Humaine

Odontologiste des Hôpitaux

Habilité à Diriger des Recherches

Doyen de l'UFR d'Odontologie

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury et de nous avoir soutenu et encouragé tout au long de nos études, veuillez recevoir Monsieur, tous mes plus respectueux remerciements.

A nos assesseurs,

Madame le docteur Sophie VEYRE-GOULET
Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon
Praticien-Hospitalier
Docteur en Chirurgie Dentaire
Ancien Interne en Odontologie
Docteur de l'Université Lyon I

Pour m'avoir fait le plaisir et l'immense honneur de faire partie de mon jury de thèse, pour tous les conseils et encouragements que vous avez sus nous prodiguer, veuillez recevoir, Madame, l'expression de mes plus sincères remerciements.

A nos assesseurs,

Monsieur le docteur Cyril VILLAT

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Ancien Interne en Odontologie

Docteur de l'Ecole Centrale Paris

Pour m'avoir fait le plus grand honneur de faire partie de mon jury de thèse, pour votre aide constant et votre soutien dans tous les moments, veuillez recevoir, Monsieur, l'expression de mes plus respectueux et sincères remerciements.

A notre directrice de thèse,

Madame le docteur Aline DESOUTTER

Maître de Conférences Associée à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Assistant hospitalo-universitaire au CSERD de Lyon

Ancien Interne en Odontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Pour votre présence quotidienne, votre disponibilité, vos précieux conseils dans la réalisation de ce travail, pour votre gentillesse, votre écoute et vos enseignements tout au long de nos études, veuillez recevoir ici l'expression de ma plus profonde reconnaissance et de mes plus sincères remerciements.

A mon Papa, ma Maman, mon Frère et toute ma Famille, vous qui m'avez toujours soutenu tout au long de mes études et sans qui je n'aurais pas acquis les valeurs qui me semblent aujourd'hui essentielles dans notre pratique quotidienne. Vous, qui serez toujours là pour moi et moi pour vous. Veuillez trouver ici toute l'expression de mon amour inconditionnel envers vous.

A mes amis, mes amours, vous qui êtes les plus importants au quotidien, je vous remercie du fond du cœur de tout le soutien que vous m'avez apporté et que vous m'apporterez. Sans vous, rien de tout cela n'aurait été possible. Du berceau à aujourd'hui, vous m'avez fait grandir et devenir l'homme que je suis aujourd'hui. A Manu, Maxime, Antoine, Léa, Timothée, Adrien, Axel, Benjamin, Lola, Vassili, Guillaume, Marion, Hadrien, Johan, Julie, Alexis, Typhaine, Clara, Damien, et tous les autres que je ne peux citer, je vous remercie du fond du cœur pour votre amitié qui me donne cette force au quotidien.

A tout le personnel de la faculté d'odontologie de Lyon et du Service de consultations et de traitements dentaires, qui nous avez aidé et soutenu tout au long de nos études, je vous adresse mes plus profonds et chaleureux remerciements. Vous avez été les piliers de notre réussite et vous resterez à jamais dans ma mémoire.

Plan

| | |
|---|----|
| I. Anatomie, histologie de la cavité buccale et définition de l'ulcération | 1 |
| 1. Rappels histologiques de la muqueuse buccale | 2 |
| a. L'épithélium | 2 |
| b. Membrane basale..... | 3 |
| c. Le chorion..... | 3 |
| 2. Définition de l'ulcération | 4 |
| II. Etude de la lésion | 5 |
| A. Examen clinique | 5 |
| 1. Anamnèse médicale | 5 |
| 2. Examen extra-oral (anatomie et chemin d'observation) | 5 |
| a. Phase d'inspection..... | 5 |
| b. Phase de palpation | 6 |
| 3. Examen Intra-oral (anatomie et chemin d'observation) | 6 |
| a. Les lèvres..... | 7 |
| b. Les joues..... | 7 |
| c. Le parodonte..... | 8 |
| d. Le palais | 8 |
| e. Le plancher buccal..... | 9 |
| f. La langue | 9 |
| g. Chemin d'observation | 9 |
| B. Examens complémentaires | 10 |
| 1. La biopsie | 10 |
| 2. Le cytodiagnostics | 12 |
| 3. Le sérodiagnostic..... | 12 |
| 4. L'autofluorescence | 12 |
| 5. Immunofluorescence | 13 |
| 6. Examens biologiques..... | 13 |
| 7. La photographie..... | 13 |
| III. Les ulcérations uniques | 14 |

| | | |
|-----|---|----|
| 1. | Aphte isolé commun..... | 14 |
| 2. | Aphte géant..... | 16 |
| 3. | Lésion traumatique..... | 18 |
| 4. | Ulcère éosinophilique..... | 19 |
| 5. | Sialométaplasie nécrosante..... | 21 |
| 6. | Carcinome épidermoïde..... | 22 |
| 7. | Autres tumeurs ulcérées..... | 23 |
| a. | Lymphome non hodgkinien..... | 23 |
| b. | Tumeurs salivaires..... | 25 |
| 8. | Autres ulcérations uniques exceptionnelles liées à des infections bactériennes..... | 26 |
| a. | Syphilis primaire..... | 26 |
| b. | Syphilis..... | 28 |
| c. | Tuberculose..... | 29 |
| d. | Lymphoréticulose bénigne d'inoculation (maladie des griffes de chat)..... | 30 |
| 9. | Autres ulcérations uniques liées à des infections virales et mycosiques..... | 31 |
| a. | Cytomégalovirus..... | 31 |
| b. | VIH..... | 32 |
| c. | Histoplasmose..... | 34 |
| IV. | Tableau récapitulatif | 35 |

Introduction

Les ulcérations de la muqueuse buccale sont des lésions souvent rencontrées par le chirurgien-dentiste au cours de son exercice. Elles se distinguent des autres lésions de type rouge ou blanche par leur caractère ulcéré qui correspond à une atteinte histologique profonde allant jusqu'au chorion de la muqueuse buccale.

Les ulcérations peuvent être uniques ou multiples et sont souvent très difficilement reconnaissables. La démarche diagnostique que va effectuer le praticien doit être rigoureuse et standardisée afin de déterminer avec précision le type et les caractéristiques de la lésion. Notre analyse dépendra en partie de notre examen clinique qui reste un élément important du diagnostic.

Nous nous attacherons ici à déterminer tous les aspects de la démarche afin d'obtenir un chemin d'observation clinique reproductible pour le diagnostic exact de la lésion. Nous détaillerons en première partie les méthodes d'examens disponibles pour le chirurgien-dentiste, puis nous analyserons les lésions ulcéreuses uniques de la muqueuse buccale grâce à leur description clinique, ainsi que leurs particularités nous conduisant au diagnostic positif.

I. Anatomie, histologie de la cavité buccale et définition de l'ulcération

La cavité buccale est une structure complexe, mosaïque, regroupant plusieurs types de tissus en un groupe hétérogène. Elle est recouverte par la muqueuse buccale.

On retrouvera comme structures : les lèvres, les joues, les gencives, le palais dur, le palais mou, la langue, les amygdales, les glandes salivaires, les dents, etc.

Nous détaillerons ici toutes ces structures afin de mieux comprendre quels seront nos objectifs lors de l'examen.

1. Rappels histologiques de la muqueuse buccale

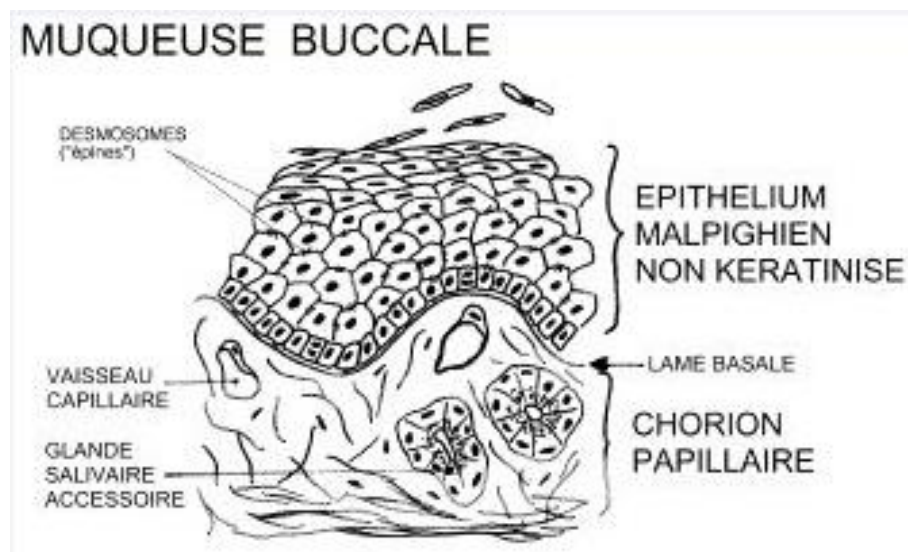


Fig 1. Schéma explicatif d'une coupe histologique de la muqueuse buccale. (1)

La muqueuse buccale est une structure composée d'un épithélium malpighien pavimenteux stratifié non kératinisé qui repose sur un tissu conjonctif, le chorion ou Lamina Propria, par l'intermédiaire d'une lame basale qui mesure entre 1 à 2 micromètres d'épaisseur. (Fig.1)

La muqueuse buccale s'étend de l'oro-pharynx jusqu'à la face postérieure des lèvres. A cet endroit se réalise la jonction avec la peau qui est un épithélium pavimenteux pluristratifié kératinisé.

a. L'épithélium

C'est un tissu composé d'une ou plusieurs formes de couches de cellules jointives reposant sur une lame basale. Il en existe 2 types : les épithéliums de revêtement (peau ou muqueuse), et les épithéliums glandulaires. Dans le cadre de notre étude nous ne détaillerons pas les épithéliums glandulaires (2).

L'épithélium de la muqueuse buccale est un épithélium pavimenteux pluristratifié, que l'on appelle épithélium malpighien peu ou non kératinisé. Il recouvre toute la surface interne de la bouche jusqu'à l'oro-pharynx hormis la langue et la gencive.

L'épithélium de la muqueuse linguale est un épithélium malpighien non kératinisé qui repose à la différence de la muqueuse buccale, sur un chorion très riche en glandes salivaires accessoires. La langue présente à sa surface des papilles linguales filiformes, fungiformes et caliciformes.

L'épithélium gingival quant à lui regroupe 3 structures, on retrouve : l'épithélium oral (épithélium pavimenteux pluristratifié), l'épithélium de jonction (non kératinisé) et l'épithélium sulculaire. (Épithélium squameux stratifié non kératinisé). Ils permettent la formation d'une attache épithéliale au contact de la dent.

b. Membrane basale

La membrane basale sert d'ancrage aux cellules épithéliales et les sépare du chorion. De plus, elle représente une barrière physiologique et une plateforme d'échange de nutriments par la formation de ses deux feuillets : la lame basale et la lame réticulaire. C'est donc une structure de maintien et de protection. (2)

c. Le Chorion

Le chorion est la couche profonde d'une muqueuse. On l'appelle aussi lamina propria. Il possède 3 rôles :

- Mécanique par sa fonction de soutien,
- Nutritif par sa fonction d'échange
- Défensif par sa fonction inflammatoire.

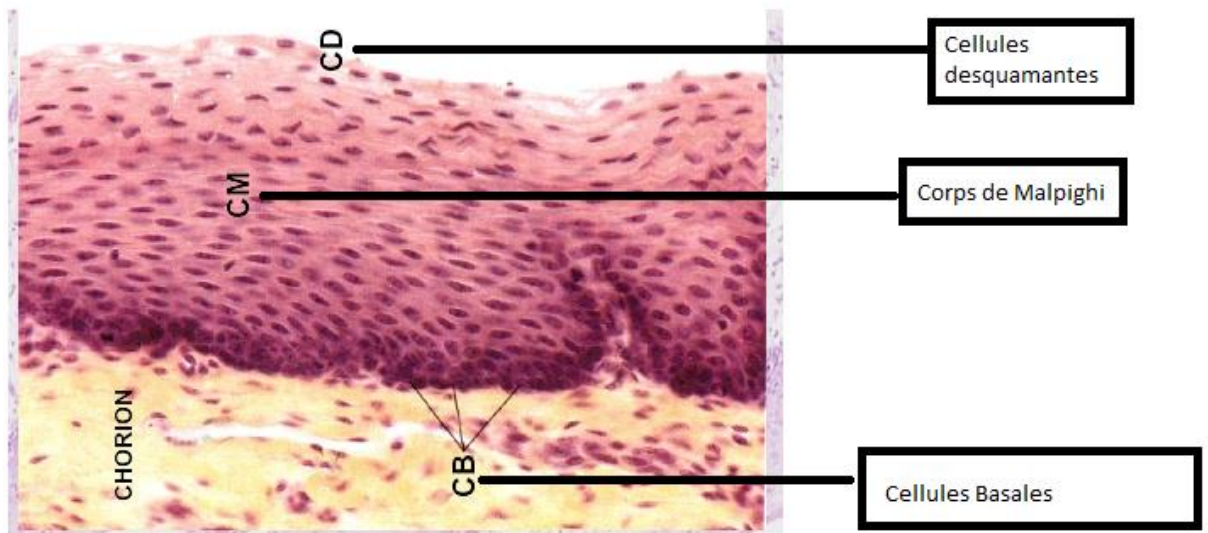


Fig2. Coupe histologique de la muqueuse buccale. (2)

La figure 2 représente une coupe histologique de la muqueuse buccale où l'on voit bien la séparation entre l'épithélium et le chorion par la couche de cellules basales.

2. Définition de l'ulcération

L'ulcération correspond à une perte de substance profonde avec destruction de toutes les couches de l'épithélium buccal et de la partie supérieure du chorion (Fig.3)(3). L'ulcération est à différencier de l'érosion, qui correspond à une perte de substance superficielle, sans nécrose des tissus sous-jacents. Les érosions sont douloureuses mais cicatrisent habituellement sans séquelles.

Les ulcérations de la muqueuse buccale, regroupent différentes affections fréquentes de la muqueuse buccale. Principalement, nous retrouverons comme étiologie de ces lésions, des origines plurifactorielles, telles que mécaniques, infectieuses, néoplasiques, réactionnelles, voire même auto-immunes et hématologiques.

La difficulté du diagnostic réside dans la multiplicité des étiologies possibles de la lésion. L'observation de la lésion doit donc être complète et stratégique pour chaque cas. Il sera donc intéressant d'établir une démarche diagnostique méthodique et précise de l'analyse de ces lésions afin de pouvoir orienter au mieux le praticien dans son choix thérapeutique.

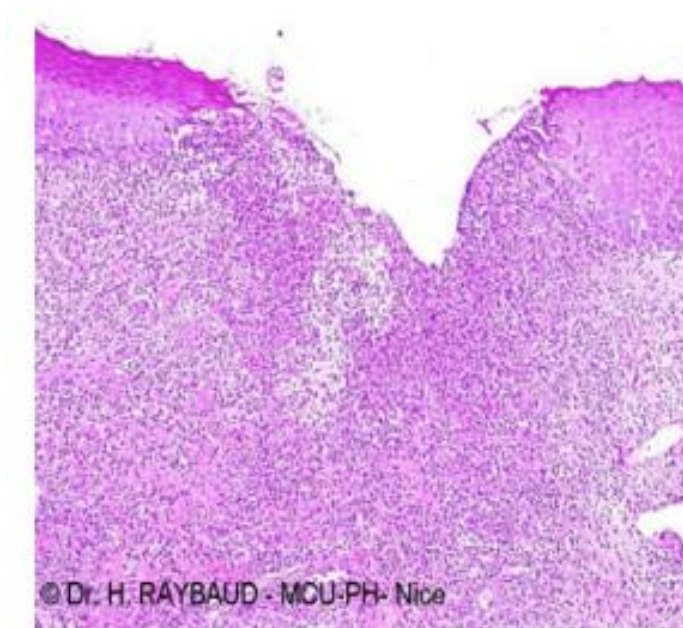


Fig. 3 : Coupe histologique d'une ulcération. (HES, X10) (3)

II. Etude de la lésion

A. Examen clinique

1. Anamnèse médicale

La consultation chez le chirurgien-dentiste doit toujours débiter par un interrogatoire complet, durant lequel les informations importantes concernant le patient sont classifiées dans le dossier.

L'anamnèse et l'examen clinique constituent la clé du bon diagnostic chez le patient. Il s'agira de se renseigner sur l'âge du patient, le sexe, le motif de consultation, l'état de santé général, les antécédents médicaux, les allergies, les traitements, les parafonctions, les habitudes alimentaires, tabac, drogues, etc.

Une fois l'anamnèse réalisée, il va falloir caractériser la lésion et pour cela, nous devons l'analyser.

Cette analyse doit être précise et méthodique. Elle doit renseigner sur :

- La circonstance d'apparition de la lésion (Depuis quand est présente la lésion ? La lésion est-elle douloureuse à certains moments de la journée, facteurs déclenchants, ...)
- L'évolution de la lésion (lésion récurrente, cicatrisante ou non ?)
- Les antécédents de la lésion et la possible médication proposée.
- L'aspect douloureux ou non de la lésion et aussi le type de douleur.
- L'environnement du patient (Anamnèse, antécédents familiaux, médicaments etc)
- La découverte d'un lien entre l'apparition de la lésion et l'état général du patient.

Ces informations pourront orienter notre diagnostic (4).

2. Examen extra-oral (anatomie et chemin d'observation)

a. Phase d'inspection

La phase d'inspection est une phase de recherche d'anomalies au niveau facial, comme par exemple des œdèmes, ecchymoses, tuméfactions, plaies, écoulement, dysmorphies, ... On observe la symétrie du visage, la morphologie, la pilosité, la peau.

On notera aussi les anomalies osseuses ou articulaires comme par exemple des anomalies de fermeture de la mandibule avec décalage.

Il faudra enfin déterminer le niveau de motricité faciale en faisant intervenir les muscles, les nerfs et les fonctions mandibulaires.

b. Phase de palpation

La palpation est une méthode d'examen visant à découvrir des zones du massif facial auxquelles correspondent des manifestations douloureuses ou anormales. Cela peut être une mobilité, une fracture, un déplacement ou bien une anomalie squelettique.

La palpation doit suivre le squelette et doit se terminer par la palpation des aires ganglionnaires cervicales à la recherche d'adénopathies cervico-faciales. Il faudra noter si elles sont unies ou bilatérales, constantes, douloureuses. Il faudra pour cela rechercher les chaînes de ganglions lymphatiques qui peuvent être très développées dans le cas de lésions infectieuses, de lymphome ou de carcinome épidermoïde buccal.(4)

Cet examen complète la phase d'examen exo-buccal.

3. Examen Intra-oral (anatomie et chemin d'observation)

L'examen intra-oral doit impérativement suivre un chemin précis afin d'éliminer toute source d'erreur dans notre diagnostic. Il doit être systématisé autant que possible. (2)

La bouche est un ensemble qui se divise en 2 parties, limitées par les arcades dentaires et les procès alvéolaires. On distingue :

- Le vestibule buccal, situé en dehors des arcades alvéolo-dentaires, qui se limite en avant par les lèvres, en dehors par les joues, en arrière par les branches montantes de la mandibule, en haut et en bas par les sillons vestibulaires.
- La cavité buccale, située en dedans des arcades alvéolo-dentaires, s'ouvrant en arrière dans l'oropharynx, limitée en haut par le palais dur, en haut et en arrière par le voile du palais, et en bas par le plancher lingual.

L'examen endo-buccal nécessite que le patient soit en position assise, en décubitus dorsal, jambes allongées avec un bon éclairage et de bons instruments.

Le plateau d'examen est composé de :

- Un miroir
- Un ou plusieurs abaisse-langue
- Une sonde
- Une précelle
- Des compresses

Les mains doivent impérativement être gantées afin de pouvoir palper les zones d'intérêts.

Nous allons alors rechercher dans ces zones s'il existe des anomalies. Pour cela, il est nécessaire de connaître l'anatomie intra-orale mais aussi tous les types de muqueuse.

a. Les lèvres

Les lèvres constituent l'élément le plus antérieur de la cavité buccale. Elles se rejoignent latéralement au niveau des commissures labiales. A l'extérieur, elles sont recouvertes par l'épiderme cutané (pavimenteux pluristratifié kératinisé) et à l'intérieur par la muqueuse buccale (malpighien non kératinisé).

b. Les joues

Les joues forment la base du visage. Elles sont constituées de nombreuses afférences musculaires et sont plus ou moins saillantes (fig 4). A l'intérieur de la cavité buccale, la muqueuse jugale forme un quadrilatère. Les vestibules forment les bords supérieurs et inférieurs, tandis que la branche montante de la mandibule forme le bord postérieur. Le bord antérieur est formé par une ligne invisible d'1cm en retrait des commissures.

On retrouve aussi à ce niveau, l'orifice de sortie du canal de Sténon de la parotide en regard de la 2^{ème} molaire supérieure. Il est parfois marqué par une légère sur épaisseur de muqueuse qui peut être source de consultation.

On peut aussi retrouver au niveau des joues une ligne horizontale en regard du plan d'occlusion dentaire, la Linea Alba, qui correspond à l'espace normal de repos entre les dents. Cette zone est légèrement pâle mais reste parfaitement physiologique.

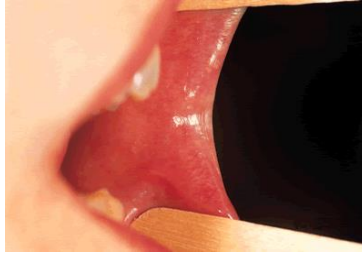


Fig 4 : La muqueuse buccale au niveau du secteur jugal intérieur (5)

c. Le parodonte

Les os maxillaires et mandibulaires sont constitués d'os basilaire et d'os alvéolaire. Ce dernier forme les procès alvéolaires dans lesquels vivent les dents. L'ensemble de ces procès, recouverts par la gencive, forme une structure appelée crête alvéolaire, avec un versant palatin et vestibulaire au maxillaire, et un versant lingual et vestibulaire à la mandibule. Cette crête est limitée en haut et en arrière par les tubérosités maxillaires, en bas et en arrière, par le trigone rétromolaire auquel fait suite la branche montante de la mandibule. Le parodonte est une structure composée de l'ensemble des tissus de soutien de la dent. Il comprend l'os alvéolaire, le desmodonte, la gencive et le ciment radiculaire ainsi que les éléments nerveux et sanguins.

d. Le palais

C'est une structure osseuse formée de 2 hémiparties qui se lient entre elles au niveau de la suture palatine correspondant au raphé médian (fig 5). C'est un repère sagittal médian de la muqueuse. Derrière les incisives centrales supérieures, on retrouve la papille rétro-incisive qui correspond au trou palatin antérieur faisant circuler l'artère palatine antérieure. En arrière de ce palais osseux, on retrouve une zone de couleur rouge laissant appendre la luette. C'est le palais mou.

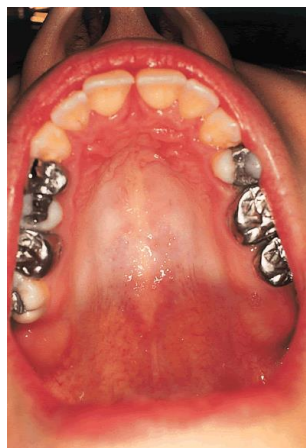


Fig 5 : Photo du palais dur et du palais mou (5)

e. Le plancher buccal

Il se situe en continuité avec la muqueuse buccale linguale recouvrant les procès alvéolaires. Cette muqueuse s'étend du fond du sulcus des faces linguales des dents mandibulaires jusqu'à son contact avec la face ventrale de la langue. Aux côtés du frein de la langue, on retrouve les émergences des canaux de Wharton (orifice de drainage des glandes salivaires sub-mandibulaires).

f. La langue

La langue est un organe formé de 4 paires de muscles extrinsèques, 3 paires de muscles intrinsèques et d'un muscle impair. Elle comporte une partie postérieure fixe, la base de la langue qui se situe dans l'oropharynx et une partie antérieure mobile dans la cavité buccale (Fig 6)

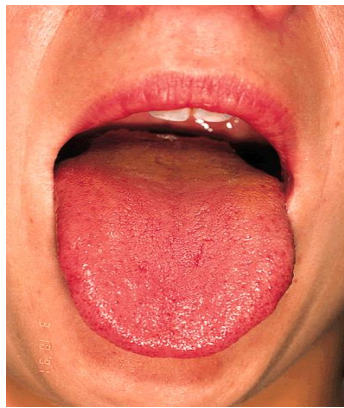


Fig 6 : Photo de la langue. (5)

g. Chemin d'observation

Nous nous efforcerons dans ce chapitre de déterminer un chemin d'observation admis, qui soit reproductible et efficace dans l'examen intra-oral et la recherche de lésion buccale.

L'OMS nous oriente sur une technique dite des cercles concentriques(6) afin de n'oublier aucune zone de la cavité buccale. (Fig 7)

- Faire retirer toute prothèse adjointe au patient.

- Le premier cercle permet d'observer les muqueuses labiales et jugales. On part d'une commissure inter-maxillaire et on rejoint l'autre à l'opposé. Cela nous permet d'observer l'aspect externe des lèvres, la muqueuse labiale, les vestibules en haut et en bas et les zones rétro-commissurales.

- Le deuxième cercle va nous permettre d'observer les zones rétro-tubérositaires, rétro-molaires, le palais dur et le palais mou, puis enfin la muqueuse linguale mandibulaire.

- Le troisième cercle permet d'étudier la langue. A l'aide d'une compresse, on tracte la langue en dehors de la cavité buccale pour faciliter son observation, puis on observe sa face ventrale et sa face dorsale, ainsi que ses bords.

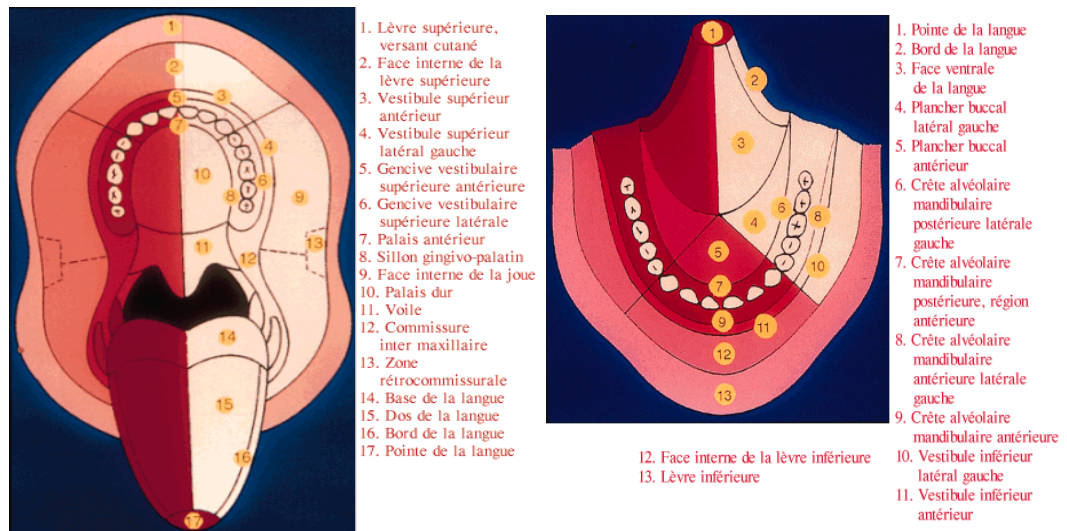


Fig 7. Sectorisation de la cavité buccale lors de l'examen intra-oral. (5)

B. Examens complémentaires

L'examen diagnostique clinique est une méthode scientifique faisant appel aux connaissances et à l'expérience du praticien. Elle ne permet pas toujours d'obtenir un résultat fiable et définitif mais est nécessaire dans l'établissement d'une hypothèse diagnostique. Ce pré-diagnostic sera confirmé par l'intervention d'examens complémentaires que nous détaillerons dans ce chapitre.

1. La biopsie

La biopsie de la muqueuse buccale consiste à effectuer un prélèvement d'une lésion afin d'obtenir son examen histopathologique. (2)

Elle permet de confirmer, d'infirmer ou de préciser un diagnostic clinique établi par le praticien en s'accompagnant d'un examen de la lésion par un médecin anatomopathologiste.

Pour savoir quelle est la zone à prélever, il est nécessaire d'observer la lésion. Il faut savoir reconnaître son étendue, sa situation, son état, son siège, sa dimension, etc. Dans le cas d'une lésion inhomogène, il est possible d'effectuer plusieurs prélèvements en les séparant dans des écouvillons différents. Si la lésion est homogène et très localisée, il faut alors prélever du tissu atteint et du tissu sain dans le même prélèvement afin de pouvoir différencier les zones et l'étendue de la lésion.

La technique de prélèvement est la suivante :

- Anesthésie de la périphérie de la zone d'intérêt à la xylocaïne 2% adrénalinée. Il ne faut jamais anesthésier la zone d'intérêt directement sous peine de créer un œdème qui dissocierait l'architecture des tissus, rendant plus approximatif le diagnostic histologique.
- Inciser profondément avec une lame de bistouri au niveau des contours de la lésion en essayant de prélever une zone minimale de 1 cm x 0,5 cm x 0,5 cm
- Saisir la zone d'intérêt par sa partie profonde à l'aide d'une pince, la soulever et inciser sous la pince afin de libérer totalement le prélèvement.
- Déposer le prélèvement dans un flacon pas trop étroit contenant le fixateur. En général, le fixateur utilisé est du formol 10% tamponné.
- Pratiquer l'hémostase de la zone à l'aide d'une compresse et effectuer les sutures lorsqu'elles sont possibles.

Lors d'une biopsie, la règle est la suivante. Le plan de coupe doit toujours être perpendiculaire à la surface de la muqueuse. Ainsi, le travail de l'anatomopathologiste est simplifié dans l'orientation du prélèvement, ce qui permet de conserver un maximum d'informations rendant ainsi le diagnostic plus aisé.

Les principales causes d'échecs de la biopsie ont leur origine certainement lors du prélèvement du tissu pathologique. Si le fragment est trop exigu ou hémorragique, il sera impossible pour l'anatomopathologiste d'établir un diagnostic précis. D'autre part, le fragment peut être soit lésé ou déchiré au moment de la biopsie entraînant ainsi un diagnostic final approximatif, voire une absence de conclusion pour un prélèvement décrit comme ininterprétable.

Afin de limiter toute erreur, il est impératif de respecter un protocole strict de prélèvement et de donner le plus d'informations possibles sur le patient. Pour cela, il faut impérativement avoir une ordonnance prescrivant l'examen, avec le nom du patient. Il faut aussi que la description manuscrite de la lésion soit claire et concise. Il faut déterminer la nature, le siège, l'aspect clinique du prélèvement et accompagner

l'envoi de toutes ces informations importantes relatives au patient. Si possible, il est parfois apprécié d'établir une hypothèse diagnostique afin d'orienter la recherche.

2. Le cytodiagnostics

C'est un examen cytologique qui correspond à l'interprétation d'un frottis ou d'un produit de cytoponction. Il permet de déceler la présence de cellules atypiques en observant leur forme et certains champignons (*Candida*) au microscope. (7)

La technique est la suivante :

- Préparer plusieurs lames en verres propres destinées au cytodiagnostics
- Prélever la surface de la lésion à l'aide d'un écouvillon sans faire saigner la zone d'intérêt
- Etaler le frottis sur les lames de verre
- Sécher le prélèvement sur la lame soit à l'air, soit à l'aide d'un fixateur spécifique
- Envoyer le tout en protégeant les lames au laboratoire pour qu'un diagnostic soit effectué.

3. Le sérodiagnostic

Le sérodiagnostic vise à diagnostiquer une lésion en identifiant dans le sérum du patient, les anticorps spécifiques à un agent pathologique. (2)

4. L'autofluorescence

L'autofluorescence est une méthode diagnostique employée dans le cadre de diagnostic de lésions de la muqueuse buccale. Le principe consiste à trouver une altération de la structure tissulaire se produisant lors de la progression d'une lésion maligne par exemple. Lorsque le tissu est illuminé par une lumière d'une certaine longueur d'onde, certaines molécules de la muqueuse que l'on appelle fluorophores peuvent réagir en absorbant les photons de la lumière et renvoient des photons de plus faible énergie qui peuvent être détectés par fluorescence à la surface de la muqueuse orale. (6)

Lorsque le tissu est altéré, le nombre de fluorophores diminue ce qui entraînera une modification de la lumière sur ces zones. Les molécules qui répondront à ces excitations sont majoritairement, la nicotinamide adénine dinucléotide, la flavine adénine dinucléotide, les matrices de collagène et l'élastine. Une observation d'un tissu désorganisé avec des zones de différentes couleurs sera caractéristique d'une lésion de la muqueuse buccale. (8)

5. Immunofluorescence

L'immunofluorescence directe (IFD) permet de déterminer la présence d'un antigène sur un tissu ou d'un anticorps dans un sérum, à l'aide d'anticorps marqués par un composant fluorescent (Fluorescéine par exemple). Le but est de prélever la couche superficielle sans jamais détruire les anticorps en les souillant par le sang ou par un fixateur. (7)

On effectue souvent cet examen en même temps que la biopsie et c'est pour cela qu'il est souvent demandé ou conseillé d'effectuer 2 prélèvements d'une même zone (un pour la biopsie, l'autre pour l'IFD). Il apparaît impossible d'effectuer 2 examens sur un même prélèvement tant les informations seraient faussées.

Une fois le prélèvement effectué, le fragment sera coupé perpendiculairement puis incubé avec des sérums contenant divers anticorps combinés à la fluorescéine afin de les observer au microscope à fluorescence.

L'examen en immunofluorescence directe est souvent à compléter par une immunofluorescence indirecte en prélevant le sang du patient et en recherchant des anticorps circulants.

Dans tous les cas, la collaboration entre l'opérateur et le spécialiste en laboratoire est impérative afin d'établir le diagnostic le plus précis possible.

6. Examens biologiques

Il apparaît parfois nécessaire de faire pratiquer au patient des examens de type numération des facteurs sanguins afin de dépister une éventuelle pathologie. On peut aussi doser certaines vitamines, notamment B1, B6, B12, le fer, le folate, la ferritine, (4)

7. La photographie

La photographie s'impose dans le milieu de reconnaissance et de diagnostic des pathologies de la muqueuse buccale comme le moyen le plus précis et simple de suivre l'évolution d'une lésion. Elle permet de pouvoir conserver des images des pathologies incertaines. La prise de bonne photographie est difficile et nécessite une formation approfondie afin de pouvoir recueillir le meilleur cliché possible. (9)

L'appareil photo n'a pas en lui-même de poids diagnostique mais c'est le meilleur élément de suivi.

L'appareil doit bénéficier :

- D'un dispositif de macrophotographie
- D'un flash annulaire
- D'un éclairage de mise au point

L'aide doit être présent afin de mettre la zone d'intérêt en valeur à l'aide d'instruments appropriés (écarteurs, abaisse-langue, ...).

III. Les ulcérations uniques

1. Aphte isolé commun

L'aphte récurrent est la plus fréquente forme d'ulcération orale. Elle touche près de 20% de la population. Chez la plupart des patients, elle apparaît dans l'enfance ou l'adolescence avec une prévalence légèrement dominante chez la femme. Le facteur génétique peut aussi être pris en compte.



Fig 8 : Photo d'un aphte isolé commun situé sur le parodonte (10)

L'aphtose récurrente mineure est la forme la plus fréquente. Elle concerne entre 80 et 90% des cas. La lésion est souvent ronde ou ovale et se propage au niveau de la muqueuse orale non kératinisée. L'aphte isolé commun apparaît plus souvent sur les bords et la face ventrale de la langue, la muqueuse jugale, mais rarement sur le dos de la langue et le palais (Fig 8) (10). Les bords sont réguliers, le fond est plat et fibrineux tandis qu'un léger halo rouge est visible en périphérie. En général, on retrouve 1 à 5 ulcères en même temps et ils mesurent à peu près 5mm de diamètre et sont toujours inférieurs à 1 cm.

La phase symptomatique de l'aphte isolé commun débute par une sensation de brûlure et se poursuit par des douleurs au niveau buccal. On notera aussi une gêne dans la bouche du patient qui peut parfois

amener à consulter le chirurgien-dentiste. L'état général du patient n'est pas modifié par l'apparition de l'aphte, et on ne note pas d'adénopathie satellite.

Il n'existe pas à ce jour d'étude indiquant précisément les circonstances d'apparition des aphtes, ni leurs facteurs déclenchants. On note par contre des facteurs pouvant favoriser leur apparition. (11) On retrouve :

- Le stress,
- Certains aliments (Gruyère, noix),
- Le facteur génétique (les enfants dont les parents ont des aphtes récurrents ont 90% de chances d'en avoir, tandis que ceux dont les parents ne sont pas touchés en n'ont que 20% (12))
- Les médicaments (Tableau 1)

| | | | |
|----------------|------------------------|--------------------------|------------------|
| Alendronate | <i>Fosamax</i> | Indomethacin | <i>Indocid</i> |
| Allopurinol | <i>Zyloprim</i> | Lamotrigine | <i>Lamictal</i> |
| Alprazolam | <i>Xanax</i> | Lithium | |
| Aspirin | | Methotrexate | |
| Atorvastatin | <i>Lipitor</i> | Metronidazole | <i>Flagyl</i> |
| Azathioprine | <i>Imuran</i> | Naproxen | <i>Naprosyn</i> |
| Captopril | <i>Capoten</i> | Nicorandil | <i>Ikorel</i> |
| Chlorpromazine | <i>Largactil</i> | Olanzapine | <i>Zyprexa</i> |
| Clonazepam | <i>Rivotril</i> | Penicillins | |
| Codeine | | Phenytoin | <i>Dilantin</i> |
| Enalapril | <i>Renitec</i> | Promethazine | <i>Phenergan</i> |
| Erythromycin | <i>Eryc, EES</i> | Propranolol | <i>Inderal</i> |
| Fluconazole | | Propylthiouracil | |
| Fluoxetine | <i>Prozac, Lovan</i> | Sulfonamides | |
| Hydralazine | <i>Alphapress</i> | Tetracycline Antibiotics | |
| Hydroxyurea | <i>Hydrea</i> | Venlafaxine | <i>Efexor</i> |
| Ibuprofen | <i>Brufen, Nurofen</i> | Warfarin | |

Tableau 1 : Médicaments pouvant contribuer à l'apparition d'aphtes. (13)

- Des déficiences immunitaires (VIH, infection)
- Des maladies gastro-intestinales (Maladie coeliaque ou intestinale)
- Des déficiences nutritionnelles (fer, folates)

Leur durée de présence est d'environ 8 jours et la rémission se fait sans cicatrice. Ils peuvent par contre revenir à tout moment. Parfois, lors de la phase de cicatrisation, ils perdent leur halo rouge périphérique et sont souvent confondus avec une ulcération traumatique.

Beaucoup de traitements ont été proposés pour traiter les lésions aphteuses. On note parmi eux :

- Triamcinolone en pommade avec bains de bouches avec ou sans zinc (14)
- Patchs mucoadhésifs contenant de l'huile essentielle de citrus (15)

- Bains de bouche Gluconate / Chlorexidine 0,2%, 2 à 3 fois par jour, sans alcool et conservés en bouche pendant 2 à 4 minutes
- Dipropionate de Betamethasone 0.05% en crème 2 à 3 fois par jour
- Le dipropionate de beclomethasone ou le propionate de fluticasone aux doses recommandées pour l'asthme sous forme d'inhalateur appliqué directement sur les ulcères 3 à 4 fois par jour.
- Prednisolone en bain de bouche (16)
- Application de doxycycline topique réduisant la douleur lors des premiers jours du traitement. (17)
- Traitements au laser
- Utilisation de thalidomide
- Eradication de la bactérie helicobacter (10)

Tous ces différents traitements indiquent qu'il n'existe pas de traitement unique efficace contre l'aphte. Il est possible de modifier la durée de l'aphte ou même sa symptomatologie mais aucun traitement ne sera capable d'éradiquer son apparition. Il sera donc uniquement possible d'améliorer la situation du patient (16).

En pratique, on peut proposer un traitement de première intention à base de :

- Chlorexidine en bain de bouche 7 jours
- Application de topique anesthésiant pour réduire la douleur tel que la Lidocaïne 2% en pommade.
- Corticoïdes à faible dose en bain de bouche ou per os. (11)

Le diagnostic différentiel doit s'effectuer avec :

- L'ulcération traumatique (présence d'un élément traumatique à supprimer),
- L'ulcération infectieuse (bactérienne, mycosique),
- L'ulcération tumorale (Carcinome épidermoïde, lymphome),

2. Aphte géant

La forme majeure récurrente de l'aphtose, ou Maladie de Sutton est beaucoup moins fréquente (5 à 10% des cas). Ce sont des aphtes de grande taille, pouvant parfois dépasser le centimètre de diamètre. Ils peuvent siéger sur toute la muqueuse buccale incluant aussi la face ventrale de la langue.

Ils ont une forme plus ou moins régulière, ronde ou ovoïde, avec des bords parfois surélevés par un œdème. Le fond est plat, fibrineux, avec la présence d'un halo périphérique rouge. (Fig. 10). Ce sont

des ulcérations très douloureuses, à type de brûlure qui ont la particularité de laisser des cicatrices lorsqu'elles guérissent. Ces aphtes peuvent durer de 10 jours à 6 semaines. (18)



Fig 10 : Illustration d'un aphte géant situé sur la muqueuse jugale du patient. (10)

Certaines formes, appelées formes nécrotiques ou creusantes, présentent un fond granuleux recouvert d'un enduit gris jaunâtre avec un halo rouge périphérique. On peut parfois retrouver des polyadénopathies submandibulaires à l'examen dans ces formes nécrotiques. (19)

On note comme signes accompagnateurs, une dysphagie, une dysphonie et parfois une hyper-salivation. Leur fréquence de réapparition est plus rapide.(20)

L'étiologie de ces aphtes reste inconnue. On note tout de même des prédispositions, notamment génétiques, et des possibles étiologies infectieuses. L'état psychique du patient peut aussi contribuer à leur apparition. Ces aphtes apparaissent souvent à la puberté et peuvent continuer d'apparaître régulièrement pendant une vingtaine d'années.

Les aphtes géants ou nécrotiques sont plus fréquents chez les personnes immunodéficientes et nécessitent souvent une sérologie HIV.

Les prises en charge thérapeutiques demeurent très difficiles et sont souvent inefficaces. Il n'existe pas de traitement pouvant mener à une guérison totale directement. Les traitements cités précédemment pour les aphtes mineurs sont efficaces et peuvent être mis en place dans le cadre de cette lésion. Il n'existe par contre pas de traitement pouvant réduire les lésions cicatricielles secondaires aux aphtes géants.

Le diagnostic différentiel doit faire évoquer :

- Un aphte isolé commun
- Une ulcération traumatique

- Une ulcération infectieuse herpétique
- Un carcinome épidermoïde
- La sialométaplasie nécrosante.
- Un lichen plan érosif
- Un pemphigus vulgaire
- Un pemphigoïde cicatriciel

3. Lésion traumatique

Les lésions traumatiques sont des ulcérations largement répandues que nous sommes souvent amenés à traiter dans le cadre de la pratique quotidienne. La majorité des cas de lésions ulcéreuses traumatiques ont pour origine un traumatisme physique de la muqueuse buccale.

Il s'agit d'une ulcération qui est souvent douloureuse. Elle est ferme, plane, souvent kératinisée sur ses bords réguliers, la forme est variable, ainsi que la taille, et elle siège surtout sur la langue, les lèvres et la muqueuse buccale. Le fond est lisse, fibrineux ou nécrotique et présente un œdème périphérique, avec parfois un liseré blanc de kératose, mais pas de halo. On peut aussi remarquer un aspect de nécrose jaunâtre. (21)

En général, cette lésion peut être causée par une restauration défectueuse, une prothèse défectueuse, des morsures. On peut aussi retrouver des étiologies chimiques, suite par exemple à l'utilisation de médicaments ou bien par l'ingestion de produits toxiques. La lésion doit disparaître en 8 à 10 jours en général après la suppression de la cause et ne pas laisser de cicatrices. (Fig 11) (4)

Le diagnostic s'effectue à l'examen et demande l'attention particulière du praticien sur l'historique du patient, l'interrogatoire et l'examen endobuccal du patient avec notamment la recherche de la cause.

Le diagnostic différentiel est à effectuer de manière systématique avec le carcinome épidermoïde. On les différencie par l'érythème de la lésion traumatique et par la non disparition de la lésion qui persiste plus de 12 jours. Il ne faut alors pas hésiter à pratiquer la biopsie. Il faut aussi évoquer l'ulcère éosinophilique, l'aphte géant et l'ulcération syphilitique.



Fig 11 : Illustration d'une ulcération traumatique par morsure au niveau de la lèvre et sa cicatrisation. (4)

4. Ulcère éosinophilique

Les ulcères éosinophiliques de la muqueuse orale sont des lésions peu communes et bénignes de la cavité buccale qui apparaissent rapidement et qui peuvent persister plusieurs semaines avant une régression spontanée. (22)

Ils sont appelés : granulome traumatique de la langue, ulcère éosinophilique de la langue ou bien granulome traumatique avec un stroma éosinophilique. Ils désignent tous la même lésion.

Les ulcères éosinophiliques sont caractérisés par une réaction inflammatoire intense avec un infiltrat éosinophile qui peut s'étendre aux fibres musculaires. Ils ont un aspect creusant, des bords surélevés, indurés et une zone centrale jaunâtre avec des bords érythémateux et on retrouve le plus souvent cette lésion sur les faces ventrales et dorsales de la langue. (Fig 12) (23) C'est une lésion souvent douloureuse, parfois asymptomatique.

Au microscope, on observe un ulcère profond, une inflammation chronique et on note dans l'infiltrat, des lymphocytes, des cellules éosinophiles, ainsi que des mononucléaires CD30+ sous forme de larges cellules dispersées. On parle alors de désordre lymphoprolifératif des CD30+. Cette réaction inflammatoire peut parfois aller jusqu'à endommager les fibres musculaires profondes.

Lors de la phase de rémission, on retrouve un bord blanchâtre avec parfois une membrane fibrinopurulente au centre de l'ulcère. (Fig 13) (22)

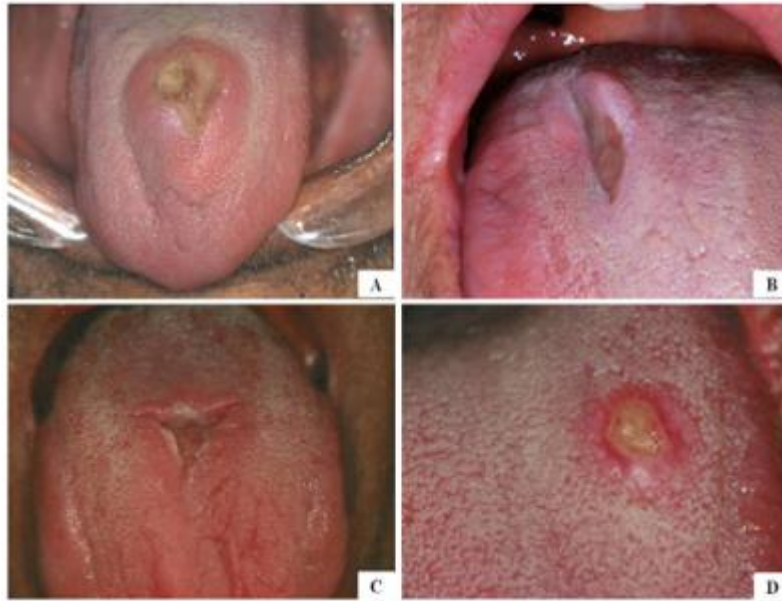


Fig 12 : Différentes illustrations cliniques d'ulcères éosinophiles oraux (22)



Fig 13 : Différentes illustrations de phases cicatricielles des ulcères éosinophiles oraux.(22)

Les ulcères éosinophiles sont souvent associés aux ulcérations traumatiques, car on suppose que l'étiologie traumatique est responsable de ces lésions. Le diagnostic positif se fera par biopsie et examen histoimmunochimique à la recherche de cellules éosinophiles caractérisant cette lésion. (24)

Le traitement se fait classiquement par corticostéroïdes et on observe une disparition complète sans lésion post cicatricielle quelques semaines plus tard.

Le diagnostic différentiel(23) doit s'effectuer avec :

- Une lésion traumatique

- Un carcinome épidermoïde
- Une infection virale (herpès, Epstein-Barr)
- Une infection mycosique
- La syphilis tertiaire
- La sialométaplasie nécrosante

Selon R. Kuffer et al. (2), il faudrait aussi établir le diagnostic différentiel avec le lymphome à cellules CD30+. Tandis que pour F. Fonseca et al. (22), cette lésion fait partie du lymphome.

5. Sialométaplasie nécrosante

La sialométaplasie nécrosante est une pathologie rare, bénigne entraînant une inflammation du tissu glandulaire salivaire apparaissant souvent suite à un traumatisme, entraînant une ischémie et une nécrose des tissus. (25)

C'est une lésion particulièrement imposante puisqu'elle peut atteindre jusqu'à 5cm de diamètre. Elle siège au niveau du palais et des glandes salivaires. Elle présente une forme arrondie avec des bords irréguliers et épaissis, un fond creusant, et on remarque un halo érythémateux parfois blanc en périphérie de la lésion. La base est quant à elle, tuméfiée. (Fig 14)

Cette lésion apparaît brutalement avec des fortes douleurs et se développe de façon très spontanée. On retrouve cette lésion chez le patient fumeur et alcoolique où la consommation est excessive. Les vomissements répétés peuvent aussi être responsables de l'apparition de cette lésion et on peut donc la retrouver chez le patient boulimique.



Fig 14 : Aspect clinique de la sialométaplasie nécrosante au niveau du palais dur (25)

La lésion disparaîtra d'elle-même en 4 à 10 semaines sans complication et ne requiert aucun traitement direct. Le praticien peut par contre soulager les douleurs lorsque cela est nécessaire.

Le diagnostic différentiel s'effectuera par biopsie de la lésion, à la recherche d'éventuelles cellules carcinomateuses. Il est important de confirmer le diagnostic avec des examens complémentaires car il est récurrent d'avoir des erreurs diagnostiques entraînant la confusion avec le carcinome épidermoïde nous conduisant à des chirurgies orales non nécessaires. (26)

Le diagnostic différentiel doit s'effectuer avec :

- Le carcinome épidermoïde
- Les tumeurs des glandes salivaires
- L'ulcération traumatique
- L'ulcération éosinophilique
- La syphilis tertiaire

6. Carcinome épidermoïde

Selon la société canadienne du cancer(27), le carcinome épidermoïde représente 95% de tous les cancers de la cavité buccale. C'est une lésion de taille variable, aux formes irrégulières qui se caractérise par plusieurs aspects. Ses bords sont surélevés, éversés, durs, tandis que le fond est végétant et bourgeonnant (Fig 15). La base est indurée et l'induration dépasse l'ulcération. (5)

Cette lésion est facilement reconnaissable de par son fond bourgeonnant et non plat comme la lésion traumatique. On remarque aussi une hémorragie au toucher et une symptomatologie douloureuse pour le patient.

Il peut siéger partout dans la cavité buccale mais préférentiellement au niveau de la langue, du plancher buccal, du voile du palais. Lors de l'examen, il est impératif de vérifier les chaînes ganglionnaires. Dans le cas d'adénopathies volumineuses et douloureuses, il faut toujours suspecter que la lésion est un carcinome épidermoïde.



Fig 15 : Carcinome épidermoïde siégeant sur le bord de la langue (28)

La consommation d'alcool et de tabac est considérée comme un facteur de risque, ainsi que les rayons ultra-violet et la consommation de tabac par pipe, mais le carcinome peut aussi bien se révéler chez des patients sans facteurs de risque connu. On retrouve dans la littérature (29) qu'approximativement 80% des carcinomes de la langue incluront des métastases avec un taux de survie d'environ 5 ans.

Le diagnostic formel s'effectuera essentiellement lors de l'examen histopathologique du prélèvement.

Le diagnostic différentiel doit être effectué par rapport à :

- Une ulcération traumatique
- Une ulcération éosinophilique
- Une sialométaplasie nécrosante
- Toutes autres tumeurs ulcérées.

Le traitement de cette lésion consiste à mettre en place une thérapeutique multidisciplinaire pour tenter d'éradiquer la lésion. Le traitement pourra se faire par radiothérapie et/ou par chimiothérapie et / ou chirurgie.

7. Autres tumeurs ulcérées

a. Lymphome non hodgkinien

Les lymphomes malins non hodgkiniens (LMNH), sont des pathologies hétérogènes qui résultent de la transformation maligne de lymphocytes. (30) Les LMNH intra-oraux concernent les cellules de type B et sont très rares, ce qui rend leur diagnostic difficile. La cavité buccale est le site d'environ 2% de tous les lymphomes extra nodaux.(31)

Les lymphomes peuvent se présenter sous forme d'ulcération. Dans ce cas, les lésions ont une taille variable et siègent le plus souvent au niveau du palais et de la muqueuse buccale. On peut aussi parfois les retrouver au niveau du parodonte, ce qui entraîne des confusions et erreurs diagnostiques avec des abcès d'origine dentaire. Leur forme est arrondie, irrégulière et les bords sont œdématisés. Le fond est plat, la périphérie est pseudo-inflammatoire et la base est congestive, non indurée. (32) (Fig 16)

On retrouve comme signes associés, des gonflements des tissus mous, des douleurs irradiantes, des paresthésies et des mobilités dentaires. Il est commun de voir apparaître plusieurs adénopathies cervicales, indolores et non inflammatoires. On ne remarque pas toujours d'altération de l'état général (fièvre, asthénie) Il semblerait cependant que la forme clinique récurrente des LMNH intra-oraux soit une lésion douloureuse qui ne guérit pas spontanément.(33)

Les UV, les aliments et les expositions chimiques semblent être les causes principales de présence de lymphome non hodgkinien. Il semblerait que l'immunodépression congénitale ou acquise (VIH, allogreffe) joue un rôle dans l'apparition du lymphome. On note aussi que le syndrome de Gougerot-Sjögren peut prédisposer à l'apparition d'un LMNH. (34)

Le diagnostic peut être réalisé à partir d'une analyse histopathologique après un prélèvement par biopsie. Ce sont des lésions à évolution rapide et qui sont très agressives. On peut aussi réaliser le diagnostic à l'aide d'une numération formule sanguine (NFS).

Le traitement sera réalisé à base de polychimiothérapie associée à une radiothérapie. L'exérèse chirurgicale peut aussi être réalisée.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec :

- Le carcinome épidermoïde
- L'ulcère éosinophilique
- La sialométaplasie nécrosante.
- Abcès dentaire, Epulis, Péricoronarite, etc



Fig 16 : Lymphome malin non-hodgkinien intra-oral situé au-dessus de la première molaire maxillaire (33)

b. Tumeurs salivaires

Les tumeurs salivaires sont des carcinomes regroupant un grand nombre de pathologies. Dans certains cas, elles se présentent sous forme de lésions ulcéreuses au niveau de la cavité buccale.

Elles siègent le plus souvent au niveau du palais dur du fait de la présence de nombreuses glandes salivaires accessoires, ainsi que sur le plancher de la langue et sont de taille variable. Elles sont souvent de forme arrondie ou ovale et irrégulière. Les bords sont œdématisés, éversés et on remarque un fond nécrotique profond (Fig 17) avec la présence d'un nodule sous-jacent. On retrouve aussi un halo rouge en périphérie et une base ulcérée. (32)

Ces lésions sont solitaires, non douloureuses, localement invasives et sont souvent sujettes à des propagations métastatiques à distance. On retrouve aussi des adénopathies satellites. (35)

Le traitement s'effectue alors par chirurgie d'exérèse couplée à la radiothérapie post-opératoire et/ou chimiothérapie. Cependant, ces lésions présentent un fort taux de récurrence, il faudra alors organiser un suivi régulier.(35)

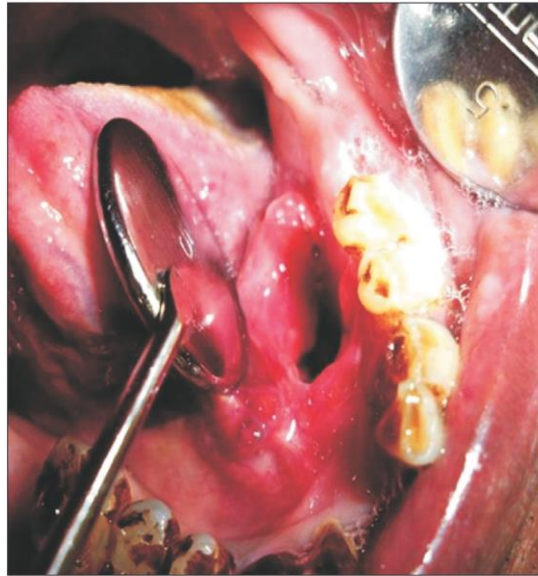


Fig 17 : Carcinome adénoïde kystique sur le plancher buccal (35)

Le diagnostic différentiel se fera avec :

- Carcinome épidermoïde
- LMNH
- Aphte géant
- Sialométaplasie nécrosante
- Ulcération éosinophile

8. Autres ulcérations uniques exceptionnelles liées à des infections bactériennes

a. Syphilis primaire

La syphilis est une maladie causée par la bactérie *Trepona Pallidum*, un spirochète anaérobique. La transmission de cette bactérie se fait par voie sexuelle et on retrouve alors des lésions au niveau génital, mais aussi au niveau oral. La lésion siège au niveau de la zone du rapport sexuel. Le stade primaire de la maladie est aussi appelé chancre d'inoculation.

La lésion est de taille variable de 0,3 à 3cm, et siège le plus souvent au niveau des lèvres et de la langue. Elle prend la forme d'une érosion arrondie avec des bords surélevés et réguliers. Le fond est plat, lisse avec un exsudat gris « fourmillant de tréponèmes ». (36) On retrouve parfois la présence d'un halo périphérique rouge, ainsi qu'une base indurée, peu épaisse. (Fig 18)

La lésion est indolore sur la lèvre mais douloureuse sur la langue. On retrouve à l'examen des lymphadénopathies submandibulaires constantes non douloureuses à la palpation (37) et le diagnostic de la lésion se fait par sérodiagnostic et immunohistochimie.



Fig 18 : Chancre d'inoculation siégeant au niveau de la lèvre supérieure (38)

Le traitement de choix de la pathologie se fait à base de pénicilline G, très efficace dans les stades primaires de syphilis et moins dans les phases tardives. Si aucun traitement n'est mis en place, la guérison se fera spontanément en 2 à 8 semaines en laissant une cicatrice. (36)

Cette phase primaire est suivie d'une phase secondaire caractérisée par l'apparition d'un rash généralisé que l'on peut retrouver au niveau de la cavité buccale sous forme de patch. (Fig 19). Elle se développe en général 8 mois après l'inoculation mais peut apparaître alors que la phase primaire n'est pas encore terminée. (37) S'en suivra une phase de latence sans aucun signe clinique, rendant le diagnostic particulièrement difficile.



Fig 19 : Manifestation orale de la syphilis secondaire en forme de patch muqueux sur la lèvre inférieure. (36)

Le diagnostic différentiel s'effectue avec :

- Aphte géant
- Carcinome épidermoïde
- Ulcère éosinophile
- Tuberculose

b. Syphilis tertiaire

La syphilis tertiaire apparaît au bout de 4 à 7 ans après l'inoculation chez environ 1/3 des patients touchés par la pathologie. Elle peut se présenter sous forme d'ulcération de taille variable, siégeant préférentiellement au niveau du palais, des lèvres ou de la langue. C'est une lésion large aux bords réguliers et surélevés, avec un fond anfractueux, érythémateux et lisse. On retrouve un halo rouge et blanchâtre en périphérie avec une base indurée.

La lésion évolue souvent sur une surface appelée gomme syphilitique qui prend un aspect bombé, large, siégeant préférentiellement au niveau du palais dur ou de la langue. Les gommages syphilitiques sont des lésions granulomateuses non douloureuses de petite ou de très grande taille. (Fig 20)



Fig 20 : Ulcération liée à une expression de syphilis tertiaire reposant sur une gomme syphilitique au niveau du palais dur (39)

Cette pathologie se soigne par une association de pénicilline et d'érythromycine/céphalosporine). On peut faire le diagnostic différentiel à l'aide d'une sérologie avec :

- LMNH

- Carcinome épidermoïde
- Sialométaplasie nécrosante
- Ulcération éosinophilique.

c. **Tuberculose**

La tuberculose est une maladie provoquée par une bactérie appelée Mycobacterium Tuberculosis qui touche le plus souvent les poumons et se propage dans les voies aériennes supérieures. C'est l'une des maladies dues à un agent infectieux les plus meurtrières au monde. (40)

Les manifestations orales de la tuberculose sont primaires ou secondaires. Les lésions primaires sont peu communes et s'expriment surtout chez le patient jeune sous forme d'une lésion unique non douloureuse avec des lymphadénopathies régionales.

Les lésions secondaires se caractérisent, elles, par des lésions très douloureuses, supérieures à 1 centimètre et jusqu'à 4 centimètres, de forme irrégulière et creusante avec un fond jaunâtre. Les bords sont décollés mais pas indurés. On observe un halo rouge périphérique et la base de la lésion est empâtée mais pas dure. La lésion est souvent associée à des maladies pulmonaires et une mauvaise hygiène buccale avec des zones traumatiques. (Fig 21)

La lésion peut siéger partout dans la cavité buccale avec des sites préférentiels tels que le palais, les joues, les lèvres, les muqueuses et la langue. (41)

Le diagnostic positif s'effectuera par un examen bactériologique d'un fragment prélevé par biopsie, ou bien par hémoculture avec un prélèvement sanguin et le traitement des lésions tuberculeuses au niveau de la cavité orale se fera à partir d'un ensemble de 4 médicaments : Isoniazide, Rifampicine, Pyrazinamide, Streptomycine et ce pendant 2 mois. (42)

Diagnostic différentiel :

- Lésions infectieuses
- Ulcération traumatique
- Syphilis primaire
- Lésions mycosiques
- Carcinome épidermoïde
- LMNH

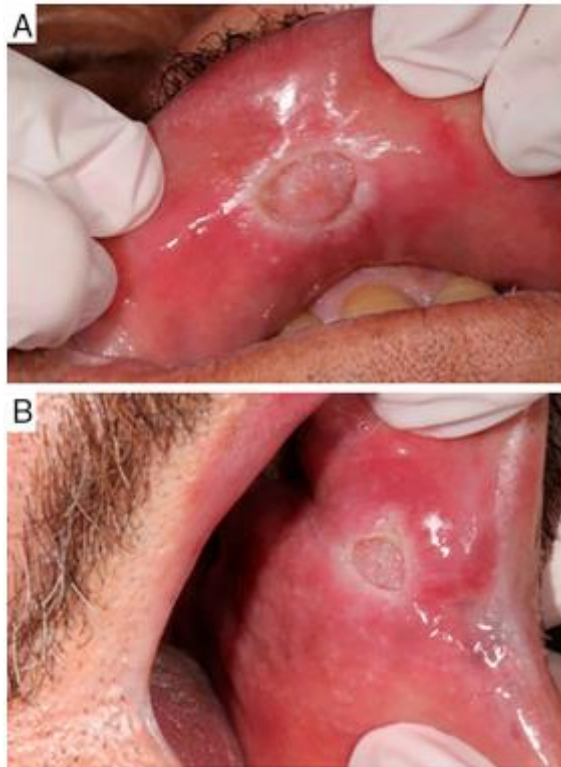


Fig 21 : Images cliniques de la tuberculose orale (43)

d. Lymphoréticulose bénigne d'inoculation (maladie des griffes de chat)

La lymphoréticulose bénigne d'inoculation est une pathologie apparaissant lors d'une interaction avec de jeunes chats, par morsure ou par griffure. C'est une zoonose causée par les bactéries Gram négative *Bartonellahenselae* ou *Bartonellaquintana* et c'est une des causes les plus connues de lymphadénopathie chronique chez l'enfant ou l'adolescent.(44)

C'est une ulcération exceptionnelle dont le diagnostic repose essentiellement sur l'anamnèse et l'interrogatoire médical, à la recherche d'une possible interaction avec un chat ayant occasionné une griffure buccale dans le mois précédent la consultation.

La lésion se présente sous forme d'ulcération, ou d'un point de petite taille, suppuré, au niveau du site d'inoculation. La lésion est de taille variable, généralement petite, et peu étendue. Les bords sont plats, le fond est irrégulier et jaunâtre, avec une base bombée.

1 à 2 semaines après l'inoculation, on retrouve des adénopathies caractéristiques solitaires ou locorégionales. Le patient souffre de fièvres intenses et les lymphonœuds commencent à suppurer. Ceci

entraîne une réaction inflammatoire qui peut entraîner des symptômes associés comme l'arthrite, ostéite, etc.

En général, la lésion régresse d'elle-même en 2 à 4 mois, mais peut nécessiter l'administration d'antibiotiques.

Le diagnostic va donc résider sur l'anamnèse à la recherche d'une interaction avec un chat mais doit absolument être confirmé par analyse histochimique. Pour cela, il faudra analyser le sérum du patient à la recherche d'anticorps spécifiques, notamment des IgM dirigés contre les bactéries responsables de la maladie. (45)

Le diagnostic différentiel doit être effectué avec :

- Carcinome épidermoïde
- Lymphome
- Ulcération traumatique
- Inflammation d'origine dentaire

9. Autres ulcérations uniques liées à des infections virales et mycosiques

a. Cytomégalovirus

Le cytomégalovirus (CMV) est une infection virale congénitale commune chez l'humain et notamment chez le patient immunodéprimé. (46) Il se transmet par voies salivaire, sexuelle, sanguine (greffe, transfusion) et materno-fœtale ou néo-natale (allaitement).

Dans la cavité buccale, l'ulcération liée au CMV se présente sous forme de lésion de taille variable mais généralement étendue. La lésion siège souvent au niveau du dorsum lingual mais peut aussi être retrouvée au niveau des muqueuses palatines. Elle se présente sous forme de fissure profonde caractéristique, avec des bords œdématisés, lisses et un fond pigmenté. On retrouve un halo périphérique blanchâtre parfois accompagné de rouge. C'est une lésion douloureuse. (Fig 22)

En général, le CMV est responsable d'infection asymptomatique, rendant le diagnostic difficile. On remarque parfois comme signes associés, de la fièvre, de la fatigue, voire des pneumopathies. C'est chez le patient immunocompromis que les symptômes peuvent être plus importants. Le tableau correspond à celui de la mononucléose avec des atteintes généralisées possibles sur tous les organes du corps humain. (47)

Le diagnostic de cette pathologie est possible par sérologie, immunohistochimie ou immunofluorescence par quantifiage du nombre de cellules infectées dans le sang circulant grâce à un antigène monoclonal dirigé contre la protéine pp65 caractéristique du CMV.

Le traitement du CMV se fait généralement grâce au Ganciclovir triphosphorylé pendant 2 à 3 semaines avec si besoin un traitement d'entretien en cas de résistance. (48)

Le diagnostic différentiel doit s'effectuer pour :

- Ulcère éosinophilique
- Carcinome épidermoïde
- LMNH
- Tuberculose

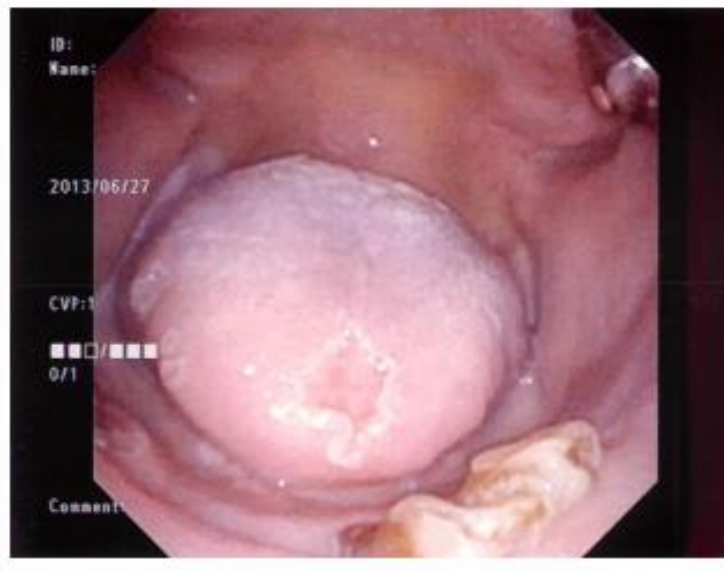


Fig 22 Ulcération du dos de la langue due au cytomégalovirus (49)

b. VIH

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou Stade de l'immunodéficience acquise (SIDA) continue de se développer de façon pandémique dans le monde, notamment dans les pays peu développés. Les manifestations orales du VIH sont nombreuses et il est nécessaire pour le praticien de les connaître afin de pouvoir orienter au mieux le patient. Ces manifestations orales font partie des premiers signes à apparaître, ce qui nous inclut dans la chaîne précoce du diagnostic de la pathologie.

En bouche, il existe différentes manifestations. La plus fréquente est la candidose orale. Elle peut être érythémateuse ou pseudomembraneuse. (50) On retrouve plus rarement des ulcérations uniques caractéristiques de la maladie.

L'ulcération se présente sous forme d'une lésion unique, de taille variable, souvent étendue. On la retrouve généralement au niveau des bords de la langue ou de la muqueuse parodontale, mais elle peut s'étendre à toutes les zones de la cavité buccale. La lésion est creusante, aux bords surélevés, œdématiés, avec une périphérie érythémateuse. (51) (Fig 23)



Fig 23 : Ulcération unique due au VIH

Le diagnostic du VIH se fera essentiellement par sérologie à la recherche du virus, afin de mettre en place le traitement antirétroviral ce qui entraînera la disparition des lésions.(52)

Le diagnostic différentiel doit s'effectuer avec :

- La tuberculose
- La sialométaplasie nécrosante
- Le carcinome épidermoïde
- La gingivite ulcéro-nécrosante
- Les ulcères éosinophiliques
- La syphilis
- Les tumeurs des glandes salivaires

c. Histoplasmose

L'histoplasmose est une mycose granulomateuse systémique souvent associée au VIH. C'est une lésion causée par le champignon *Histoplasma Capsulatum*.

La lésion est située au niveau des bords de la langue voire du palais mou, prenant un aspect large et profond. La lésion est ronde ou ovale et de taille imposante, pouvant aller jusqu'à 3cm. Les bords sont oedématiés, élevés, avec un fond granuleux recouvert d'un enduit blanchâtre. (53) (Fig 24)



Fig 24 : Manifestation clinique de l'histoplasmose sur le bord de la langue(53)

On retrouve chez les patients atteints une altération de l'état général avec perte de poids et fatigue avec parfois des sensations de gorge douloureuse, des modifications du timbre de la voix et des dysphagies. C'est une lésion douloureuse, ce qui amène souvent le patient à consulter un professionnel.

Le diagnostic s'effectue alors grâce à la biopsie du tissu. Une fois le prélèvement examiné par immuno-histochimie, on retrouve dans le cytoplasme des histiocytes, la présence de corps basophiles encapsulés caractéristiques de l'histoplasmose. (54) (Fig 25)

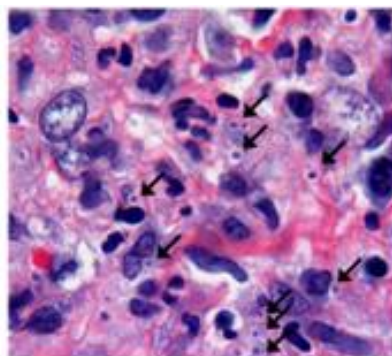


Fig 25 : Vue histologique caractéristique de l'histoplasmose(54)

Le traitement de choix se fait alors par traitement antifongique à base d'amphotéricine B entraînant la disparition de la lésion en 2 mois et la disparition des symptômes globaux en 1 an.

Le diagnostic différentiel doit s'effectuer avec :

- Le carcinome épidermoïde
- La sialométaplasie nécrosante
- L'ulcère éosinophilique
- La syphilis
- Les tumeurs des glandes salivaires
- La tuberculose

IV. Tableau récapitulatif

Au terme de cette étude, nous avons tenté de regrouper chaque ulcération unique de la muqueuse buccale sous forme de tableaux, détaillant ces lésions en fonction de leurs caractéristiques, de leurs signes associés et des traitements à réaliser. Ces ulcérations sont regroupées sous 3 formes :

- Les ulcérations aphtoïdes
- Les ulcérations malignes
- Les ulcérations liées à des infections

Conclusion

Les ulcérations uniques de la muqueuse buccale sont des pathologies pour lesquelles il demeure difficile d'établir un diagnostic précis du fait de leur multiplicité et de leur méconnaissance. Dans cette étude, nous avons pu établir un chemin d'observation reproductible pour le praticien, qui pourra, à l'aide d'outils et de techniques de laboratoire, étayer et préciser quel type de lésion il retrouve en bouche.

Les ulcérations uniques sont alors regroupées en différents groupes. On retrouvera les ulcérations de type aphteuses, les ulcérations malignes et les ulcérations infectieuses. Chaque pathologie a été décrites en fonction de ses caractéristiques de localisation, de forme, de signes associés et de traitement. Le but de cette étude est de faciliter la reconnaissance et le diagnostic de ces lésions pour le praticien.

Nous avons remarqué que les lésions ont toutes des particularités qui leur sont propres rendant le diagnostic positif réalisable par tous. Il demeure nécessaire pour le praticien d'être toujours alerte lors de son examen afin d'être capable de détecter la présence de lésions en bouche dès les premiers signes d'apparition. En effet, le chirurgien-dentiste est un des premiers maillons de la chaîne diagnostique avec de nombreuses expressions primaires buccales de pathologies lourdes tels que les maladies infectieuses par exemple.

En somme, le devoir du chirurgien-dentiste est d'être capable de détecter chaque lésion ulcérate solitaire en bouche afin d'en établir le diagnostic ou d'orienter le patient chez un spécialiste le cas échéant. La phase de suivi et collaboration avec le spécialiste est primordiale pour le rétablissement du patient. Ce dernier doit aussi être conscient de son état buccal afin de pouvoir consulter le plus rapidement possible en cas d'apparition d'une lésion. Il reste l'acteur principal du diagnostic précoce par le chirurgien-dentiste.

En dehors de ces ulcérations uniques, il existe aussi des ulcérations multiples qui sont souvent associées à des pathologies médicamenteuses, virales ou systémiques. Il revient au praticien d'être capable de différencier ces affections afin de proposer le meilleur traitement possible au patient. Il serait alors judicieux de pouvoir établir sur notre modèle des descriptions détaillées de chaque pathologie buccale et de les croiser sur un arbre décisionnel diagnostique.

| Les différentes ulcérations | Taille | Siège | Forme | Bords | Fond | Périphérie | Base | Symptômes, signes accompagnateurs et locorégionaux | Durée | Evolution | Traitement | Diagnostic différentiel |
|-------------------------------------|---|---|---|--|--|---|----------|---|--|---|---|--|
| <u>Aphte isolé commun</u> | 5mm de diamètre en moyenne et toujours < à 1 cm | Le plus souvent : bord et face ventrale de la langue, muqueuse jugale Plus rarement : le dos de la langue et le palais | Arrondie ou ovulaire | Réguliers | Plat, fibrineux | Présence d'un halo rouge | Souple | Sensation de brûlure puis douleurs. Sensation de gêne dans la cavité buccale. Les signes accompagnateurs sont idiopathiques, on retrouve aussi des maladies gastro-intestinales, des déficiences nutritionnelles, des déficiences immunitaires. | Environ 8 jours | Peut ressembler à une ulcération traumatique en phase de cicatrisation avec disparition du halo rouge. Leur disparition se fait sans cicatrice. | Multiples mais aucun n'a vraiment prouvé sa supériorité. | Ulcération traumatique, infectieuse, tumorale, Sialométaplasie nécrosante |
| <u>Aphte géant</u> | Diamètre ≥ 1 cm | Toute la muqueuse buccale incluant la face ventrale de la langue | Plus ou moins régulière, lésion ronde ou ovoïde | Surélevés par un oedème | Plat, fibrineux | Présence d'un halo rouge | Souple | Lésion très douloureuse à type de brûlure. Dysphagie, dysphonie et parfois hypersalivation. Apparition plus fréquente chez les personnes immuno-déficientes associée à des prédispositions génétiques, infectieuses, psychiques. | De 10 jours à 6 semaines | Fréquence de réapparition rapide. Laisse des cicatrices après la phase de guérison. Apparaissent à la puberté et peuvent continuer d'apparaître régulièrement pendant 20 ans. | Multiples mais aucun n'a vraiment prouvé sa supériorité. Il n'existe pas de traitement efficaces contre les cicatrices. | Ulcération mineure, traumatique, infectieuse, carcinomateuse, sialométaplasie nécrosante, lichen plan érosif, pemphigus vulgaire, pemphigoïde cicatriciel |
| <u>Aphte creusant ou nécrotique</u> | Variable, souvent > 1 cm | Toute la muqueuse buccale incluant la face ventrale de la langue | Plutôt irrégulière, lésion ronde ou ovale | Irréguliers, surélevés par un oedème (Non durs) | Granuleux, nécrotique, recouvert d'un enduit gris jaunâtre | Présence d'un halo rouge | Souple | Lésion extrêmement douloureuse, caractérisée par sa forme. Signes accompagnateurs et locorégionaux similaires aux aphtes géants avec parfois une apparition de polyadénopathies submandibulaires. | > 1 mois | Laisse des cicatrices après la phase de guérison. Apparaissent à la puberté et peuvent continuer d'apparaître pendant une vingtaine d'années. | Multiples mais aucun n'a vraiment prouvé sa supériorité. Il n'existe pas de traitement efficaces contre les cicatrices. | Ulcération mineure, traumatique, infectieuse, carcinomateuse, sialométaplasie nécrosante, lichen plan érosif, pemphigus vulgaire, pemphigoïde cicatriciel |
| <u>Lésion traumatique</u> | Variable, dépendante de l'étiologie | Langue, lèvre, muqueuse buccale | Variable, allongée ou arrondie | Réguliers, fermes, kératinisés, plats, plus ou moins oedématisés | Lisse, fibrineux ou nécrotique, avec oedème périphérique sous-jacent | Absence de halo rouge, parfois liseré blanc de kératose | Souple | Douleurs, nécessite la recherche et la découverte d'une cause. L'étiologie peut être prothétique, dentaire, chimique, médicamenteuse, toxique. | 6 à 10 jours | Disparition en 8 jours si suppression de la cause et sans laisser de cicatrices | Suppression de la cause ou corticoïdes sur courte durée | Distinction d'une lésion carcinomateuse par l'érythème de l'ulcération. Si la lésion persiste plus de 12j, biopsie pour confirmer ou infirmer un cancer. On doit aussi la différencier d'une ulcération aphteuse géante, éosinophilique ou syphilitique. |
| <u>Ulcère éosinophilique</u> | Variable | Surtout au niveau des faces ventrales et dorsales de la langue, lèvres et commissures. | Irrégulière, creusante et profonde | Surélevés et indurés. | Lisse, érythémateux avec une zone centrale jaunâtre | Pseudo-membrane blanc jaunâtre | souple | La lésion est souvent douloureuse mais parfois asymptomatique. On retrouve une réaction inflammatoire intense | Disparition complète au bout de quelques semaines. | Lors de la phase de rémission, on retrouve un bord blanchâtre avec parfois une membrane fibrinopurulente au centre de l'ulcère. | Cicatrisation spontanée nécessitant parfois la suppression de la cause traumatique. L'utilisation de corticostéroïdes peut accélérer la guérison. | Distinction de l'aphte géant, ulcère traumatique par examen histopathologique. Lésion traumatique, carcinome épidermoïde, infection virale, mycosique, syphilis tertiaire. |
| <u>Sialométaplasie nécrosante</u> | 1 à 5cm de diamètre | Surtout au niveau du palais, au niveau des glandes salivaires. | Arrondie, auto limitative | Irréguliers, épaissis | Creusant | Halo érythémateux, parfois blanc | tuméfiée | Lésion très douloureuse avec apparition brutale. La lésion est retrouvée chez le patient fumeur, éthylique, boulimique. | 4 à 8 semaines | Apparition et disparition spontanée. | Des traitements de confort peuvent être mis en place pour soulager le patient mais la disparition est spontanée. | Carcinome épidermoïde, Tumeurs des glandes salivaires, Ulcération traumatique, Ulcération éosinophilique, Syphilis tertiaire. |

Tableau 2 : Tableau représentatif des ulcérations aphtoïdes, traumatiques, éosinophiliques et sialométaplasique

| Les différentes ulcérations | Taille | Siège | Forme | Bords | Fond | Périphérie | Base | Symptômes, signes accompagnateurs et locorégionaux | Durée | Evolution | Traitement | Diagnostic différentiel |
|---|-----------------------|--|--|---|--|---|---------------------------------|---|---|--|---|--|
| Carcinome épidermoïde | Variable | Langue, plancher buccal, voile du palais. | Variable, souvent irrégulière | Surélevés, éversés, durs, sauf dans les formes superficielles | Végétant ou bourgeonnant ou granité | La périphérie est irrégulière avec zones parfois érythémateuses ou blanchâtres. | Indurée, dépassant l'ulcération | Adénopathies volumineuses et douloureuses. La lésion est hémorragique et douloureuse au toucher. La consommation d'alcool et de tabac est le principal facteur de risque. On retrouve souvent une dysphagie et parfois une dysphonie. La lésion peut empêcher l'alimentation. | Leur durée est variable et persiste tant qu'un traitement n'a pas été mis en place. | L'évolution de la lésion est souvent néfaste. Présence de métastases associées avec un taux de survie de 5ans. | Exérèse chirurgicale +/- radiothérapie +/- chimiothérapie | Distinction de la lésion traumatique car la traumatique a un fond lisse et un bord plat. A différencier de l'ulcération éosinophilique, la sialométaplasie nécrisante, toutes autres tumeurs ulcérées. |
| Lymphomes non hodgkiniens | Variable | Palais, muqueuse buccale, parodonte | Arrondie, irrégulière | Oedématiés | plat, jaunâtre | Pseudo-inflammatoire | Congestive, non indurée | Gonflement des tissus mous, douleurs irradiantes, paresthésies, mobilités dentaires parfois. La lésion ne guérit pas spontanément. Apparition de plusieurs adénopathies cervicales non douloureuses et non inflammatoires. Pas toujours d'AEG | Leur durée est variable et persiste tant qu'un traitement n'a pas été mis en place. | L'évolution de la lésion est rapide et très agressive, avec de fortes douleurs. Elle persiste tant qu'un traitement n'est pas mis en place. | Exérèse chirurgicale +/- radiothérapie +/- chimiothérapie | Carcinome épidermoïde, Ulcère éosinophilique, Sialométaplasie nécrisante, Abcès dentaire, Epulis, Péricoronarite, ... |
| Tumeurs salivaires | Variable | Palais dur le plus souvent, et en regard de toutes les autres glandes salivaires de la cavité buccale. | Variable, souvent arrondie ou ovale et irrégulière | Oedématiés, éversés | Nécrotique avec présence d'un nodule sous-jacent | Halo rouge | Ulcérée | Lésion solitaire, non douloureuse. Présence de polyadénopathies satellites, fréquentes métastases à distance. | Durée variable et persistance tant qu'un traitement n'a pas été mis en place. | Fort taux de récurrence, un suivi est à mettre en place systématiquement. | Exérèse chirurgicale +/- radiothérapie +/- chimiothérapie | Carcinome épidermoïde, LMNH, Aphte géant, Sialométaplasie nécrisante, Ulcération éosinophile. |
| Syphilis primaire ou chancre d'inoculation | Variable de 0,3 à 3cm | Lèvre et langue préférentiellement. Parfois palais dur et mou | Erosion arrondie | Réguliers et surélevés | Plat et lisse avec un exsudat gris fourmillant de tréponèmes | Parfois présence d'un halo rouge | Indurée, peu épaisse | Indolore, lymphadénopathie constante non douloureuses à la palpation. | 2 à 8 semaines sans traitement | Evolue en phase secondaire caractérisée par un rash généralisé en forme de patch. Apparaît 8 mois après l'inoculation voire simultanément avec la lésion primaire. | Traitement à la pénicilline G dans les phases précoces de traitement. Sans traitement, la lésion disparaît en 2 à 8 semaines en laissant une cicatrice. | Aphte géant, Carcinome épidermoïde, Ulcère éosinophile, Tuberculose. |
| Syphilis tertiaire | Variable | Palais, lèvre, langue | Etendue, large | réguliers, surélevés | Anfractueux, érythémateux, lisse | Halo rouge et blanchâtre | Indurée | Indolore, lymphadénopathie constante non douloureuses à la palpation. La lésion est non douloureuse. On note parfois dysphagie et dysphonie. | 10 à 14 jours avec traitement | La lésion apparaît souvent 4 à 7 ans après l'inoculation sur une surface appelée gomme syphilitique, d'aspect bombé, large et siègeant sur le palais dur ou la langue. | Pénicilline et Erythromycine / céphalosporine | Aphte géant, Carcinome épidermoïde, Ulcère éosinophile, Tuberculose. |

Tableau 3 : Tableau représentatif des ulcérations malignes et syphilitiques

| Les différentes ulcérations | Taille | Siège | Forme | Bords | Fond | Périphérie | Base | Symptômes, signes accompagnateurs et locorégionaux | Durée | Evolution | Traitement | Diagnostic différentiel |
|---|--------------------------------|---|--|---------------------------|--|---|------------------------------|---|---|--|--|--|
| <u>Tuberculose</u> | Supérieure ou égale à 1 cm | Palais, lèvre, muqueuses et surtout la langue. | Irrégulière, creusante | Décollés mais pas indurés | Irrégulier, jaunâtre, creusant | Absence de halo rouge | Empâtée, ferme mais pas dure | Lésions très douloureuses, elles sont souvent associées à des lésions pulmonaires et à une mauvaise hygiène buccale avec plusieurs zones traumatiques. | La lésion persiste sans traitement. | Adénopathie satellite constante | Isionazide, Rifampicine, Pyrazinamide, Streptomycine. Et ce pendant 2 mois | Lésions infectieuses, Ulcération traumatique, Syphilis primaire, Lésions mycosiques, Carcinome épidermoïde, LMNH |
| <u>Lymphoréticulose bénigne d'inoculation (maladie des griffes du chat)</u> | Variable, de petite taille. | Au niveau du site d'inoculation. | Peu étendue, forme de papule suppurée. | Plats | Irrégulier, jaunâtre | Fin halo rouge | Bombée | Douloureuse, Présence d'un chancre d'inoculation, présence de lymphadénopathies solitaires ou locorégionales voire chroniques chez l'enfant ou l'adolescent. On retrouve des fièvres intenses, des lymphonoeuds suppurés. Ceci entraîne des réactions inflammatoires généralisées (Arthrite, ostéite, ..) | 2 à 4 mois | Disparition en 8 jours si suppression de la cause et sans laisser de cicatrices | Antibiotiques, ou drainage chirurgical des lymphonoeuds. La lésion régresse d'elle-même en 2 à 4 mois sans traitement. | LMNH, Ulcération traumatique, Inflammation d'origine dentaire. |
| <u>Cytomégalovirus</u> | variable, souvent étendue. | Dos de la langue, muqueuse palatine. | Fissure profonde caractéristique | Oedématiés, lisses | Fissures profondes caractéristiques | Présence d'un halo blanchâtre parfois accompagné de rouge | Dure, creusée | Douleurs, fièvre, fatigue, pneumopathie. Le patient immunodéprimé aura le tableau symptomatique le plus agressif. Le tableau ressemble à celui de la mononucléose avec des atteintes possibles sur tous les organes du corps humain. | Disparait en 6 semaines après administration du traitement. | Les symptômes apparaissent 9 à 60 jours après la primo-infection avec un pic de la 4ème à 7ème semaine. | Ganciclovir triphosphorylé pendant 2 à 3 semaines avec si besoin un traitement d'entretien en cas de résistance | Ulcère éosinophilique, Carcinome épidermoïde, LMNH, Tuberculose |
| <u>VIH</u> | Variable, généralement étendue | Surtout au niveau des bords de la langue et de la muqueuse parodontale. | Linéaire | Surélevés, oedématiés. | Anfractueux, creusant. | Erythémateuse | Ferme | Diminution des défenses immunitaires causée par la baisse des LTCD4+, entraînant alors des susceptibilités aux infections opportunistes. Gènes à l'alimentation | En fonction des phases de la maladie. Les lésions orales continueront d'apparaître jusqu'en fin de vie. | Les ulcérations apparaissent généralement lors de la phase SIDA. | Traitement antirétroviral | Carcinome épidermoïde, Sialométaplasie nécrasante, Ulcère éosinophilique, Syphilis, Tumeurs des glandes salivaires, Tuberculose, gingivite ulcéro-nécrotique |
| <u>Histoplasmose</u> | Jusqu'à 3 cm | Surtout au niveau des bords de la langue et du palais dur et mou. | Ronde ou ovoïde | Oedématiés, surélevés | Profond, creusant, granuleux avec un enduit blanchâtre | Hâlo blanchâtre | Indurée | Altération de l'état général, perte de poids, fatigue, gorge douloureuse, modification du timbre de la voix, dysphagie. Les signes associés sont d'autant plus récurrents et importants chez le patient immunodéprimé. | Disparait en 2 mois après le début du traitement | La lésion reflète l'évolution de la maladie. Tant que le traitement n'est pas instauré, la lésion ne se résorbe pas. | Traitement antifongique à base d'amphotéricine B | Carcinome épidermoïde, Sialométaplasie nécrasante, Ulcère éosinophilique, Syphilis, Tumeurs des glandes salivaires, Tuberculose |

Tableau 4 : Tableau représentatif des ulcérations liées à des infections

Bibliographie

1. Balas D, Philip P, Histologie de la muqueuse buccale. [Internet]. [cité le 16 Août 2016]. Disponible sur <http://www.db-gersite.com/HISTOLOGIE/EPITHDIG/cbgsoe/cbgsoe.htm>
2. R. Kuffer, T. Lombardi, J. Samson. La muqueuse buccale: de la clinique au traitement. Paris: Éd. Med'com; 2009. 416 p.
3. Arnaud Peglion. Classification clinique des érosions et ulcérations : quand le chirurgien dentiste doit-il s'inquiéter ?. Human health and pathology. 2013.
4. Ejeil A-L, Dridi S-M. Ulcération unique : démarche diagnostique, 2011;40, p305-310
5. Szpirglas H, Ben Slama L. Pathologie de la muqueuse buccale. Paris: Éd. scientifiques et médicales Elsevier; 1999. 308 p.
6. Guinamand E, Chaux-Bodard A-G. Détection précoce des lésions précancéreuses de la cavité buccale. [Thèse d'exercice] Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
7. Ann Dermatol Venereol, histopathologie cutanée : cytodagnostic et biopsie cutanée. [Internet]. [cité 1 nov 2016]. Disponible sur: http://allergo.lyon.inserm.fr/dermatologie/11_Biopsie_cutanee.pdf
8. Luo X, Xu H, He M, Han Q, Wang H, Sun C, et al. Accuracy of autofluorescence in diagnosing oral squamous cell carcinoma and oral potentially malignant disorders: a comparative study with aero-digestive lesions. Scientific Reports. 2016; Volume 6
9. Rey Duro F, photographie dentaire numérique. [Internet]. [cité 1 nov 2016]. Disponible sur: 046d015d534c60beed934e9deea04ada_18-20.pdf
10. Talacko A, Gordon A, Aldred M. The patient with recurrent oral ulceration. Aust Dent J. 1 juin 2010;55:14-22.
11. Vaillant L, Samimi M. [Aphthous ulcers and oral ulcerations]. Presse Médicale Paris Fr 1983. févr 2016;45(2):215-26.
12. Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent Aphthous Stomatitis. Dent Clin North Am. avr 2014;58(2):281-97.
13. Drug Induced Oral Reactions - Drug_Induced_Oral_Reactions.pdf [Internet]. [cité 24 août 2016]. Disponible sur: http://m.b5z.net/i/u/10039929/f/Drug_Induced_Oral_Reactions.pdf
14. Mehdipour M, Taghavi Zenooz A, Sohrabi A, Gholizadeh N, Bahramian A, Jamali Z. A comparison of the effect of triamcinolone ointment and mouthwash with or without zinc on the healing process of aphthous stomatitis lesions. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects. 2016;10(2):87-91.
15. Kürklü-Gürleyen E, Öğüt-Erişen M, Çakır O, Uysal Ö, Ak G. Quality of life in patients with recurrent aphthous stomatitis treated with a mucoadhesive patch containing citrus essential oil. Patient Prefer Adherence. 2016;10:967-73.

16. Porter S, Scully C. Aphthous ulcers (recurrent). *Clin Evid.* juin 2005;(13):1687-94.
17. Preshaw PM, Grainger P, Bradshaw MH, Mohammad AR, Powala CV, Nolan A. Subantimicrobial dose doxycycline in the treatment of recurrent oral aphthous ulceration: a pilot study. *J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol.* avr 2007;36(4):236-40.
18. Altenburg A, El-Haj N, Micheli C, Puttkammer M, Abdel-Naser MB, Zouboulis CC. The Treatment of Chronic Recurrent Oral Aphthous Ulcers. *Dtsch Arztebl Int.* oct 2014;111(40):665-73.
19. Bayi H, Taleb B, El Wady W. Maladie de Sutton : difficultés thérapeutiques. A propos d'une observation clinique - MBCB. 2008, vol. 14, p41-p45
20. Scully C. Aphthous Ulcers Clinical Presentation: History, Physical, Causes [Internet]. [cité 24 août 2016]. Disponible sur: <http://emedicine.medscape.com/article/867080-clinical>
21. Pindborg JJ, Chardin H, Acevedo A-C. Atlas des maladies de la muqueuse buccale. Paris ; Milan ; Barcelone: Masson; 1995. 400 p.
22. Fonseca FP, de Andrade BAB, Coletta RD, Vargas PA, Lopes MA, de Almeida OP, et al. Clinicopathological and immunohistochemical analysis of 19 cases of oral eosinophilic ulcers. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* avr 2013;115(4):532-40.
23. Dhanrajani P, Cropley PW. Oral eosinophilic or traumatic ulcer: A case report and brief review. *Natl J Maxillofac Surg.* déc 2015;6(2):237-40.
24. Chandra S, Raju S, Sah K, Anand P. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia. *Arch Iran Med.* janv 2014;17(1):91-4.
25. Davies-House A. Mouth cancer: Acute necrotising sialometaplasia. *Br Dent J.* avr 2016;220(7):323.
26. Shetty A, Chowdappa V, Devasamudra CR, Janardhan JV. Necrotizing Sialometaplasia of the Hard Palate: A Rare Entity of Dilemma on Cytology, Confirmatory on Histopathology. *J Clin Diagn Res JCDR.* déc 2015;9(12):ED01-02.
27. Tumeurs malignes de la cavité buccale - Société canadienne du cancer [Internet]. www.cancer.ca. [cité 24 août 2016]. Disponible sur: <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/oral/oral-cancer/malignant-tumours/?region=on>
28. Scully C, Cancers of the Oral Mucosa: Background, Pathophysiology, Epidemiology. [En ligne] 1 juin 2016 [cité 25 août 2016]; Disponible sur: <http://emedicine.medscape.com/article/1075729-overview>
29. Siu A, Landon K, Ramos DM. Differential diagnosis and management of oral ulcers. *Semin Cutan Med Surg.* déc 2015;34(4):171-7.
30. Bassig BA, Lan Q, Rothman N, Zhang Y, Zheng T. Current Understanding of Lifestyle and Environmental Factors and Risk of Non-Hodgkin Lymphoma: An Epidemiological

- Update. *J Cancer Epidemiol* [Internet]. 2012 [cité 24 août 2016];2012. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3447374/>
31. Parihar S, Garg RK, Narain P. Primary extra-nodal non-Hodgkin's lymphoma of gingiva: A diagnostic dilemma. *J Oral Maxillofac Pathol JOMFP*. 2013;17(2):320.
 32. Laskaris G, Sueur-Almosni FL. Atlas de poche des maladies buccales. Málaga: Médecine Sciences Publications; 2007. 370 p.
 33. Kobler P, Borcic J, Zore IF, Nola M, Sertic D. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the oral cavity. *Oral Oncol Extra*. janv 2005;41(1):12-4.
 34. Sotto J-J, Gressin R. Les lymphomes malins non hodgkiniens. [En ligne] [cité 24 août 2016]. Disponible sur: <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/hemato/hemacell/164a/leconimprim.pdf>
 35. Khan S, Agwani K, Bhargava P, Kumar SP. Adenoid cystic carcinoma presenting as an ulcer on the floor of the mouth: a rare case report. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. oct 2014;40(5):253-7.
 36. Ficarra G, Carlos R. Syphilis: The Renaissance of an Old Disease with Oral Implications. *Head Neck Pathol*. 22 juill 2009;3(3):195-206.
 37. Qiao J, Fang H. Syphilitic chancre of the mouth. *CMAJ Can Med Assoc J*. 22 nov 2011;183(17):2015.
 38. Vera-Kellet C, Harz-Fresno I, Manriquez J. Labial ulcer: oral manifestation of syphilis. *Braz J Infect Dis*. sept 2014;18(5):570-1.
 39. Cherniak W, Silverman M. Syphilitic Gumma. *N Engl J Med*. 14 août 2014;371(7):667-667.
 40. OMS | Tuberculose [Internet]. WHO. [cité 25 août 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/fr/>
 41. Jain P, Jain I. Oral Manifestations of Tuberculosis: Step towards Early Diagnosis. *J Clin Diagn Res JCDR*. déc 2014;8(12):ZE18-ZE21.
 42. Scully C. Tuberculosis Treatment & Management: Approach Considerations, Treatment During Pregnancy, Treatment in Children. 10 avr 2016 [cité 25 août 2016]; Disponible sur: <http://emedicine.medscape.com/article/230802-treatment?pa=UJIowj1YEHIIAn74Q9imvzoZ17xsVt7bjelA7iUXvO%2BxWPgFFjOR96nvVRuKJCSrg53p7jVM%2F%2FkGhkubwUB3qDbyrlBJ1g%2BnBRRM20eafuU%3D>
 43. De Souza BC, de Lemos VMA, Munerato MC. Oral manifestation of tuberculosis: a case-report. *Braz J Infect Dis Off Publ Braz Soc Infect Dis*. avr 2016;20(2):210-3.
 44. Scully C. Catscratch Disease: Background, Pathophysiology, Etiology. 1 juin 2016 [cité 8 sept 2016]; Disponible sur: <http://emedicine.medscape.com/article/214100-overview>
 45. Świątkowski W, Rahnama M, Strzelczyk K, Baszak J, Sierocińska-Sawa J. Cat scratch disease in 9-year-old patient - a case report. *Pol Przegl Chir*. 1 mars 2016;88(2):109-12.

46. Ross SA, Novak Z, Pati S, Boppana SB. Diagnosis of Cytomegalovirus Infections. *Infect Disord Drug Targets*. oct 2011;11(5):466-74.
47. Scully C. Cytomegalovirus: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. 4 avr 2016 [cité 8 sept 2016]; Disponible sur: <http://emedicine.medscape.com/article/215702-overview>
48. Infections à CytomégaloVirus - CMV_2012.pdf [Internet]. [cité 8 sept 2016]. Disponible sur: http://biologiepathologie.chru-lille.fr/enseignement/CMV_2012.pdf
49. Ueda T, Ogata H, Kojima Y, Ishida E. Cytomegalovirus oral ulcers. *Infection*. févr 2014;42(1):235.
50. Aškinytė D, Matulionytė R, Rimkevičius A. Oral manifestations of HIV disease: A review. *Stomatol Issued Public Inst Odontol Stud Al*. 2015;17(1):21-8.
51. Ludvigsen LUP, Sjøgaard OS. [Oral ulcer as primary manifestation of HIV infection in an 80-year-old man]. *Ugeskr Laeger*. 15 déc 2014;176(25A).
52. OMS | Les nouvelles recommandations de l'OMS concernant le VIH appellent à un traitement plus précoce de la maladie [Internet]. WHO. [cité 8 sept 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/new_hiv_recommendations_20130630/fr/
53. Patil K, Mahima VG, Prathibha Rani RM. Oral histoplasmosis. *J Indian Soc Periodontol*. 2009;13(3):157-9.
54. Ozdalga E, Gratzinger D. Histoplasmosis Presenting with Ulcers on the Soft Palate. *J Gen Intern Med*. sept 2012;27(9):1219.

N° 2016 LYO 1D 86

CHOMIER Thomas – Démarche diagnostique des ulcérations uniques de la muqueuse buccale

Résumé :

Les ulcérations uniques de la muqueuse buccale sont des pathologies que nous sommes souvent amenés à rencontrer dans le cadre de notre pratique quotidienne. Il appartient au patient d'être alerte de son état buccal actuel et au praticien de savoir repérer ces ulcérations et de pouvoir les caractériser afin de pouvoir au mieux les traiter ou orienter le patient si besoin. Pour cela, il apparaît nécessaire de définir un examen reproductible et fiable pour pouvoir déceler ces lésions. La connaissance des caractéristiques de ces ulcérations permettra au praticien d'effectuer un diagnostic positif et différentiel. Pour cela, nous nous sommes attachés à répertorier ces lésions en fonctions de leurs aspect cliniques, de leurs signes associés et de leurs traitements permettant une approche thérapeutique facilitée au praticien.

Mots clés :

Ulcération
Ulcération unique
Diagnostic
Démarche thérapeutique
Dermatologie

Jury :

Président : Professeur Denis BOURGEOIS
Assesseurs : Docteur Aline DESOUTTER
Docteur Sophie VEYRE-GOULET
Docteur Cyril VILLAT

Adresse de l'auteur :

Thomas CHOMIER
11 Rue Sebastien Gryphe
69007 Lyon