

Items 152, 164 – Pathologie non tumorale de la muqueuse buccale

Ulcération ou érosion des muqueuses orales				
Définitions	▪ Erosion : perte de substance superficielle, épithéliale. Pseudovésiculeuse, post-bulleuse ou post-traumatique => guérison sans cicatrice ▪ Ulcération : + profonde, concerne chorion moyen et profond, risque de cicatrice			
Diagnostic	▪ CLINIQUE ▪ <u>Signes fonctionnels</u> : douleurs, gênes à l'élocution ou alimentation ▪ <u>Signes associés</u> : lésions cutanées, ADP ▪ <u>Examens complémentaires</u> : prlv't locaux si hypothèse infectieuse, exam cytologique ou histologique, sérodiagnostics d'infections bactériennes ou virales			
Etiologies	Ulcération unique	Aphte	Aphte isolé commun	▪ Ulcération petite taille, arrondie / ovale ▪ Fond jaune, cerné bord rouge régulier ▪ Non indurée, douloureuse ▪ Evolue en 8-10j 
			Aphtose idiopathique bénigne	▪ Forme la + frqte ▪ Qq aphtes banals réguliers ▪ Réactivation par certains contacts alimentaires (agrumes, tomate, noix, gruyère)
			Aphte géant	▪ > 1 cm ▪ Forme +/- régulière, bords parfois œdématisés ▪ Dure >1 mois ▪ => rech VIH 
			Aphte creusant	▪ Fond nécrotique, bord irrégulier ▪ Non dur, non éversé, base œdématisée, souple ▪ > 1 mois ▪ Séquelles : cicatrices ▪ => rech VIH
	Ulcération unique		Ulcération traumatique	▪ Douloureuse ▪ Aspect : bords réguliers, absence de halo érythémateux, œdème périph et sous-jacent, base souple, nécrose jaunâtre ▪ Topographie ++ ▪ Prothèse inadaptée, dent cariée, couronne défectueuse, morsure, hygiène buccodentaire agressive, contact caustique ▪ Guérison en 8-15j => Sinon envisager complication infectieuse ou carcinome 
			Carcinome épidermoïde	▪ Ulcération buccale chronique, +/- indolore ▪ Taille et formes variables, irrégulières, bords surélevés, éversés, durs, fond granité ou végétant ou bourgeonnant ▪ Base indurée, dépasse l'ulcération ▪ Saigne au contact 

Ulcérations multiples	Autres ulcérations uniques exceptionnelles		▪ +/- survient sur terrain particulier avec influence de cofacteurs	
		Autres tumeurs ulcérées	▪ Lymphome malin non hodgkinien : tumeur congestive, sans induration, ulcération d'aspect inflammatoire ▪ Tumeurs salivaires : localisées au palais, nodule sous-muqueux, sous-jacent à l'ulcération	
		Syphilis primaire	▪ Chancre syphilitique d'inoculation après 3 semaines : érosion indolore, lèvre ou langue, propre et bien limitée, bord régulier ▪ +/- halo érythémateux, fond plat, lisse, exsudat gris ▪ Induration de la base peu épaisse ▪ ADP satellite ▪ Parfois chancre multiple ▪ Syphilis tertiaire : gomme ulcérée du voile du palais (bords « à pic »)	
		Tuberculose	▪ Ulcération très douloureuse ▪ Langue ▪ Contour irrégulier, fond irrégulier, jaunâtre, absence de halo rouge ▪ Réactions tuberculiniques +++ ▪ Lésions pulmonaires à Rx	
		Lymphoréticulose bénigne d'inoculation (maladie des griffes du chat)	▪ Sur gencive ▪ Nécrotique +/- ADP volumineuse cervicale chronique ▪ Ponction : goutte de suc ou pus stériles	
		Autres ulcérations infectieuses	▪ Ulcération à CMV ▪ Histoplasmose	
	Aphthoses multiples	Aphthose multiple commune	▪ < 1 cm ▪ Pas de fièvre, pas d'ADP ▪ 8j mais évolution décalée des # aphtes => durée de plusieurs semaines	
		Aphthose miliaire	▪ 2-5 mm, nombreux 10-100 ▪ Très proche de herpès buccal : érosions arrondies postvésiculeuses ▪ Pas de sd général, pas de gg ▪ Si doute => frottis => + dans herpès, - dans aphthose miliaire	
		Aphthose géante	▪ Ulcération arrondie > 1 cm, régulière, entourée d'un liseré érythémateux, à base souple ▪ Contexte de survenue : - Sans particularité : périadénite de Sutton - Par prise médicamenteuse : nicorandil, antirétroviraux - Par la présence d'une grande aphthose récurrente multipolaire : maladie de Behcet	

			- Survenue d'une grande aphtose, souvent nécrotique : Sida ▪ #el : - Sialométaplasie nécrosante : vomissements, (anorexie, grand alcoolisme) - Carcinome - Maladie de Behçet : caractère bipolaire, aphtes plus graves, pseudofolliculites cutanées, hypersensibilité aux points d'injection, uvéite ant, atteinte neuro ou articulaire, phlébite superficielle, terrain génétique HLA-B5	
		Lichen buccal	▪ F>H ▪ Muqueuse buccale ou peau ▪ Indolore, ou sensation de brûlure ou de goût métallique ▪ Aspect de stries blanchâtres entrelacées, face int des joues ▪ Ou plaques kératosiques sur la langue ▪ +/- érosions douloureuses lors de poussées ▪ Dg assuré par biopsie ▪ Risque de dégénérescence en carcinome épidermoïde	
	Ulcérations virales (post vésiculeuses)	Herpès	▪ La + fréqte des causes virales ▪ Erosion polycyclique, succédant à bouquet de vésicules sur base érythémteuse ▪ Evolution suintante et douloureuse +/- croûteuse ou aphtoïde +/- ADP +/- fébricule ▪ <u>PI herpétique</u> : gingivostomatite fébrile et érosive ▪ <u>Forme récurrente d'érosions récidivant au même site sous l'effet de facteurs déclencheurs</u> : vermillon des lèvres et autour ▪ Dg assuré par rch de virus sur culture cellulaire	
		Autres infections virales	▪ Varicelle, zona : lésions similaires à celles de herpès, mais + étendues, endojugales, évolution aphtoïde pour la varicelle ; ou regroupement lésionnel sur territoire V, VII ou IX lors zona ▪ Ulcérations buccales liés aux virus coxsackies : herpangine, sd pied-main-bouche	
		Généralités	▪ Toxidermie, érythème polymorphe, maladie bulleuse AI ▪ Lésions > 5 mm, recouvertes de lambeaux persistants du toit des bulles => pseudomembranes nécrotiques ou croûtes sur les lèvres	
	Ulcérations post-bulleuses	Erythème polymorphe et sd de Stevens-Johnson	▪ Dermatoses aiguës érythématobulleuses ▪ Douloureux, siège diffus (atteinte labiale ++) ▪ Erythème polymorphe : lésions cutanées en cocarde (paumes des mains +), 10-15j après récurrence herpétique. Lié à : toxidermie aux sulfamides, AINS, ATB, barbituriques ▪ Sd de Stevens-Johnson : croûtes labiales et cutanées hémorragiques. Atteinte oculaire => cécité. Mortalité 10% des atteintes pulmonaires ou rénales	

			Maladie bulleuse AI	▪ Dg clinique, biopsie périlésionnelle, rech auto-Ac sériques ▪ Erosion isolée ou stomatite érosive ▪ Due au pemphigus (maladie cutanéomuqueuse à bulles flasques par acantholyse) ++ ▪ Pemphigoïde cicatricielle : gencive, gingivite desquamative voire gingivite ulcéronécrotique. Erosions puis atrophie => rougeur diffuse de la muqueuse +/- petites bulles intactes et cicatrices ▪ Rech atteinte oculaire ▪ Biopsie et immunofluorescence : bande d'Ac au niveau jonction chorioépithéliale ou mb basale ▪ Hyperéosinophilie	
			Autres causes fréquentes	▪ Hémopathies suite à agranulocytoses ou de chimiothérapie ▪ Maladie de Crohn : ulcérations inflammatoires aphotides, buccales ou périanales ▪ Gingivites ulcéronécrotiques (ID ++): amputation nécrotique d'une languette interdentaire => extension horizontale à toute l'arcade, en hauteur à toute la gencive attachée, en profondeur à l'os sous-jacent dénudé puis nécrosé ▪ Aphtes nécrotiques ou ulcères nécrotiques gingivaux (Sida)	

Infections cutanéomuqueuses à <i>Candida albicans</i>				
Epidémiologie	▪ Multiplication par bourgeonnement ▪ Voie exogène (rare) ▪ Voie endogène : porte d'entrée digestive ou génitale			
Facteurs favorisants	▪ Humidité, macération ▪ Irritations chroniques, pH acide ▪ Xérostomie ▪ Mucite postradique ▪ Terrain : immunosuppression, cancer, diabète, dénutrition, hypovitaminoses, grossesse, âges extrêmes ▪ Médicaments : ATB généraux, oestroprogestatifs, corticoïdes, immunosuppresseurs			
Diagnostic	Forme aiguë : muguet	▪ Nourrisson, jeune enfant ▪ <u>Phase de début</u> : 2-3 j, stomatite érythémateuse diffuse (sensation de sécheresse buccale, douleurs type « cuisson », goût métallique, gêne mastication). Trb succion chez NN Muqueuse desséchée, rouge, douloureuse. Langue +/- dépapillée Erythème : face dorsale de la langue, voûte du palais, faces int des joues (macules coalescentes) ▪ <u>Phase d'état</u> : recouvrement par tâches blanchâtres dont raclage détache couches superficielles gris jaunâtres ▪ <u>Evolution</u> : favorable sous Tt. Sinon passage à chronicité ou extension au pharynx (dysphagie). Parfois atteinte oesophagienne => rechercher VIH ou ID ▪ <u>Formes cliniques</u> : - Forme érythémateuse pure - Forme pseudomembraneuse - Formes localisées : ouranite superficielle (palais), glossite dépapillée centrale, forme localisée à la face int d'une joue - Atteinte concomitante du pharynx et du larynx		
		Formes chroniques en foyers	Perlèche	▪ Localisée au pourtour buccal (commissures +++ : chéilite angulaire) ▪ ++ chez édenté, favorisée par macération dans le pli commissural ▪ Frqte chez patients souffrant de bavage ▪ = fissure commissure labiale : fond pli rouge, macéré puis desquamatif ou croûteux ▪ Souvent entretien par tic de léchage
	Glossite losangique médiane		▪ En avant du « V » lingual : zone médiane dépapillée, rouge carminée, +/- indurée, légèrement surélevée, mamelonnée ▪ Forme losangique ou ovalaire ▪ Souvent ouranite en miroir	

		Langue noire villeuse	▪ Iatrogénie : antiseptiques prolongés, ATB large spectre, psychotropes, radiothérapie ▪ Aspect chevelu, hypertrophie et hyperkératinisation des papilles ▪ Couleur jaune brun à noir intense ▪ Prlvt : flore saprophyte ▪ Asymptomatique	
	Forme chronique diffuse : muguet chronique	▪ Stomatite : langue, palais, joues ▪ Evolution par poussées, déclenchées par certains aliments ou médicaments (ATB, corticoïdes) ▪ Signes fonctionnels : sensation de cuisson, picotements, sécheresse buccale +/- onyxis, vulvite		
Diagnostic différentiel	▪ Lichen plan buccal ▪ Langue géographique ▪ Langue noire villeuse ▪ Leucoplasie ▪ Glossodynie ▪ Perlèches à streptocoques ou staphylocoques ▪ Syphilis secondaire ▪ Herpès récurrent			
Traitement	▪ Rechercher facteurs favorisants ▪ <u>Voie locale</u> : amphotéricine B (Fungizone®), nystatine (Mycostatine®), miconazole (Daktarin®) + bains de bouche ▪ <u>Voie générale</u> : 2ème intention ou formes graves / étendues : fluconazole (Triflucan®)			