

Université Farhet Abbas
Faculté de médecine
Département de médecine dentaire
année universitaire: 2019-2020
Cours de 4^{ième} année

Conduite à tenir devant une ulcération de la muqueuse buccale

Dr FOUADLA
Maitre assistant en pathologie
et chirurgie buccale

PLAN

Introduction

1) Définitions

2) Démarche Diagnostique

3) Diagnostic étiologique et CAT proprement dite

*Ulcérations orales uniques

**Ulcérations orales multiples

Conclusion

Introduction

- L'érosion et l'ulcération sont des lésions élémentaires de diagnostic clinique et de causes très diverses.
- sous forme d'ulcération unique, ou des ulcérations multiples d'origine allergique ou virale ou symptôme d'une maladie générale.
- Quelque soit le type et l'origine de l'ulcération, il faut savoir soulager rapidement le patient, faciliter son alimentation, et maintenir une bonne HBD.

Définition

- **Erosion** : est une perte de substance superficielle n'intéressant que l'épithélium, qui guérit sans cicatrice. Elle est douloureuse.
- **Fissure** : érosion linéaire de l'épithélium et de la partie supérieure du chorion.
- **Ulcération** : est une perte de substance profonde, intéressant toute la hauteur de l'épithélium et s'étendant au chorion ou même au-delà.
- **Chancre**: Le nom de chancre est réservé à une érosion ou ulcération de nature infectieuse provoquée par la pénétration d'un micro-organisme ou bacille spécifique (tréponème...)

Démarche diagnostique

1- L'interrogatoire : il doit être précis :

- Age, antécédents personnels : → maladie générale.
 - Prise de médicaments.
 - Épisode antérieur similaire.
 - La notion de récurrence.
- la notion de signes fonctionnels : → Douleurs, prurit.
 - Gène à élocution ou à l'alimentation.
- signes associés éventuels : → lésions cutanées.
 - présence d'adénopathies.
 - toute symptomatologie associée ou suggestive d'un tableau inflammatoire ou syndromique.
- La durée et l'évolution (aiguë ou chronique).

2- Examen clinique :

L'Examen de la lésion: réalisé sous un bon éclairage, il permet de déterminer les caractères de la lésion:

→ primaire ou secondaire (succédant à une autre lésion élémentaire).

→ caractère :

- Souple ou indurée.
- Inflammatoire ou non.
- Nécrotique.
- Infectée.
- Hémorragique.

→ Topographie :

- Sièges.
- Dimension et nombre.
- Forme, teinte, contour et fond.

L'examen clinique doit être complété par :

l'inspection de l'ouverture buccale, hygiène bucco-dentaire, examen dentaire, examen des muqueuses, examen de la salive, à la recherche d'un éventuel signe qui pourrait orienter le diagnostic.

La palpation des chaînes ganglionnaires à la recherche des ADP.

3- Examens complémentaires : orientés par l'examen clinique :

- **bilan sanguin**
 - FNS complète
 - Bilan d'hémostase
 - VS
 - CRP
 - Glycémie à jeun
- **Bilan radiologique** (pano, retro, TDM)
- **Sérologie :**
 - IDRt
 - Elisa et WESTERN-BLOT
 - VDRL-TPHA, FTA-Abs, Test de Nelson.
 - HBC, HCV.
- **En cas de surinfection:** prélèvements locaux → antibiogramme+ ATBpie.
- **examen cytologique .**
- **la Biopsie** permet de poser le diagnostic de certitude.

4- Bilan général :

En cas de suspicion d'une maladie générale pouvant s'accompagner d'ulcérations; on demande un avis : Dermato - ORL – Neuro - Ophtalmo – gastro...

Diagnostic étiologique
et CAT proprement dite

Ulcération buccale unique

1.L'ulcération traumatique

Ulcération aigue fréquente en bouche, est le plus souvent unique, plane, nécrose jaunâtre.

Elle doit guérir en 7à10 jours, une fois la cause traitée.

La cause principale est dentaire (morsure, délabrement dentaire, matériaux d'obturation ou prothèses amovibles), mais les causes sont variées (aliments, corps étrangers...).

Sa persistance après 2 semaines, impose une biopsie « se méfier d'un carcinome ...!!!»

****CAT:**

- BDB antiseptique.
- Trt étiologique (adaptation de la prothèse, soins des caries, ...)



2. Ulcérations maligne:

Carcinome épidermoïde; Premier diagnostic à évoquer devant une ulcération buccale unique et chronique.

4-1-1) Ulcération néoplasique :

- Ulcération unique, de taille et de forme variable, à contours irréguliers, Bords surélevés, éversés et durs, fond granité, végétant ou bourgeonnant.
- Base indurée et dépasse l'ulcération.
- Présence d'adénopathie satellite.
- Parfois état général altéré.



CAT

- Une biopsie doit se faire dans les 48hr.
- biopsie incisionnelle : consiste à prélever une partie de la lésion et une portion du tissu sain.
- Si la biopsie est positive:
- Remise en état de la CB et orientation du malade vers le service spécialisé pour une éventuelle prise en charge (un bilan d'extention, chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie).

3. Ulcération infectieuse spécifique :

a/ Ulcération tuberculeuse:

- Souvent au niveau de la langue, à contour régulier,
- fond jaunâtre,
- douloureuse.
- Adénopathie satellite.



b/ Chancre syphilitique :

- Ulcération au niveau de la lèvre ou la pointe de la langue bien limitée à bord régulier, avec parfois un halo érythémateux, Fond plat et lisse, base indurée indolore.
- polyadénopathie dont l'une est plus volumineuse.



CAT:

Demander une sérologie:

- IDRt, TPHA, VDRL, FTAabs : si positif: orienter le patient vers le service spécialisé.

4. Autres ulcérations infectieuses :

❖ Cytomégalovirus :

Une infection à cytomégalovirus de la cavité buccale peut être suspectée en cas d'ulcération de grande taille, profonde, de forme irrégulière, unique et douloureuse. Typiquement ces ulcérations sont dépourvues de liseré érythémateux et surviennent particulièrement chez les patients immuno-déprimés.

❖ Infections mycosiques :

- **Candidoses** : les érosions sont douloureuses recouvertes d'un enduit blanchâtre sur zone inflammatoire étendue.
- **Les mycoses systémiques à histoplasmes, cryptocoques, aspergillus et la mucormycose** sont responsables d'ulcération buccale irrégulière, végétante, souvent unique. Elles surviennent sur un terrain prédisposé (immunodéficit, hémopathies, diabète...). Le prélèvement mycologique et l'examen histologique permettent le diagnostic.

5. Aphtes:

*Aphte vulgaire:

- Une ulcération de petite taille.
- Arrondie ou ovalaire de moins de 1cm de diamètre.
- Fond jaune de couleur beurre frais non induré.
- Cerné par un bord rouge régulier.
- Douleur, évolue en 8-10jours.



**L'aphte Géant:

- Supérieur à 1 cm de \varnothing , de forme plus ou moins régulière, parfois des bords œdématisés, entourées d'un liseré érythémateux, la base est souple, dure souvent plus de 1 mois. (Douleur, hypersialorrhée, dysphagie, dysphonie)



5. Aphtes:

CAT

Il faut limiter les causes déclenchantes en particulier alimentaires (éviter l'ingestion de noix, noisette, gruyère...) ou traumatiques (restauration prothétique, meulage de cuspides...).

**Les traitements de première intention validés sont les antalgiques locaux (lidocaïne gel), et surtout le sucralfate en bains de bouche qui diminue les douleurs et raccourcit la durée de cicatrisation .

Les corticoïdes topiques sont les plus utilisés.

Ils sont d'autant plus efficaces qu'ils sont commencés tôt.

Il faut utiliser des dermocorticoïdes de très forte activité (Dermoveal®, Diprolène®, 2 à 3 fois par jour) jusqu'à cicatrisation de l'aphte.

***Les traitements de deuxième intention sont les bains de bouche antiseptiques, la cautérisation de l'aphte par lasers (low-level ou CO2) ou la simple application de bio-adhésif protecteur (carboxyméthyl cellulose ou cyanoacrylate) : ils pourraient aider à diminuer la douleur.

Ulcérations buccales multiples

1. Aftose buccale :

A/ Aftose buccale récidivante idiopathique « ABRI » :

Le diagnostic d'aftose est posé en présence **d'au moins 4 poussées d'aphtes par an.**

- Trois formes cliniques sont décrites :
- Il existe trois formes cliniques d'ABRI:
aftose mineure, aftose majeure, aftose miliaires.

*Les lésions de l'aftose mineure ou « aftose vulgaire »:

En nombre limité (moins de 10), la taille et la profondeur des ulcérations sont limités. Elles ne dépassent pas 5 mm de diamètre et guérissent le plus souvent en une semaine.

- Le caractère récidivant et invalidant des aphtes de l'aftose mineure les différencie des aphtes banals.

**Les lésions de l'aftose majeure ou « périadénite de Sutton »:

- Sont souvent multiples, profondes, larges (plus de 1 cm de diamètre) avec
- Des contours irréguliers. La guérison a lieu généralement en plus de 2 semaines et laisse souvent une cicatrice.

***aftose miliaire ou L'aftose herpétiforme

est caractérisée par le nombre(pouvant aller jusqu'à 100)
et le petit diamètre des lésions (1-2mm).



1. Aftose buccale :

B/ Maladie de Behçet :

La maladie de Behçet est une vascularite systémique inflammatoire, pouvant affecter tous les vaisseaux (artères ou veines), associe des ulcérations buccales aphteuses (au moins 3 poussées /an), lésions cutanées, lésions génitales, signes oculaires (uvéïte).

- Parfois une arthrite, lésions gastro-intestinales, signes neurologiques centraux.



CAT

- Le traitement des lésions buccales repose sur un traitement local auquel peut s'associer un traitement général (corticoïdes, colchicine, interféron).

- Les formes sévères invalidantes peuvent faire appel à la dapsonne ou au thalidomide.

2. Affections gastro-intestinales

- **La maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique, la maladie coeliaque** sont des causes d'aphtes, mais également d'ulcérations buccales non aphtoïdes.
- Dans la **maladie de Crohn**, on observe des ulcérations linéaires à bords hyperplasiques des vestibules, des fissures avec œdème et hypertrophie de la face interne des joues.
- L'examen histologique des ulcérations non aphtoïdes peut trouver un granulome giganto-épithéloïde évocateur du diagnostic.
- Une macrochéilite parfois fissurée doit faire évoquer le diagnostic.
- La rectocolite hémorragique peut se manifester par des ulcérations buccales hémorragiques ou chroniques.



3/ Les hémopathies

- Anémies
- Neutropénie
- Leucémies

3/ Les hémopathies

a/ Anémie:

- l'anémie ferriprive et l'anémie macrocytaire (ou de Biermer) se manifestent par des ulcérations orales récurrentes en plus de la pâleur cutanéomuqueuses, la glossite et la chéilite angulaire

B/ Leucémies:

- Des ulcérations buccales peuvent révéler des leucémies et sont associées à des pétéchies, ecchymoses ou hémorragies gingivales.

3/ Les hémopathies

c/ Neutropénie :

- **La neutropénie est la diminution périodique du taux des polynucléaires neutrophiles dans le sang** environ toutes les 3 semaines
- peut être responsables d'ulcérations buccales, variables selon la sévérité de la neutropénie. Elles sont **fréquentes, précoces et parfois révélatrices de la neutropénie.**
- Cliniquement, ces ulcérations sont **profondes et larges, nécrotiques à fond fibrineux grisâtre, et extrêmement douloureuses.**
- **CAT:**
- Demander une FNS.
- - Contacter l'hématologue.
- - Traitement symptomatique avec des BDB antiseptique.
- - Trt médical à base d'antibiotique.



3/ Gingivite ulcéro-nécrotiques (GUN) :

-La gingivite ulcéronécrotique, d'origine polymicrobienne, est une ulcération nécrotique de la papille interdentaire et de la gencive marginale, associée à mauvaise haleine, fièvre et adénopathies.

-Son risque est l'extension latérale et apicale conduisant à la parodontite ulcéro-nécrotique.

CAT

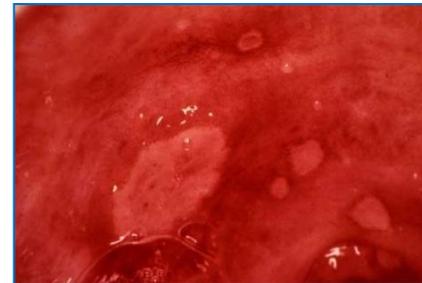
- Demande un bilan (FNS et une sérologie).
- Demande de radiographie panoramique
- Trt local en urgence
- Antalgique de niveau2.
- Antibiothérapie efficace sur les germes anaérobies.
- Bains de bouche antiseptique.
- Alimentation molle ou semi-liquide voire même liquide.
- HBD correcte avec une brosse souple.



4/ Ulcérations post-vésiculeuses:

A- Herpès :

- virus Herpes simplex sont les agents étiologiques d'infections cutanéomuqueuses
- De multiples petites vésicules dans la région antérieure de la CB se rompent et fusionnent pour former des lésions irrégulières.
- Précédé pdt 1ou2 jrs de prodromes (fièvre, céphalées, nausées, vomissement).
- Chercher la notion de contagé et des antécédents d'herpès.
- Souvent accompagnée d'adénopathies satellites.



Traitement de la primo-infection:

- Indiqué dans tous les cas, réduit la sévérité des signes cliniques et la durée d'évolution
- N'empêche pas la survenue des récurrences
- Adultes : aciclovir (Zovirax®) cp 200 mg x 5 x 10 j
- Enfant < 2 ans : 250 mg/m² /8 h x 10 j

*L'herpès orolabial récurrent:

pour les épisodes peu fréquents, peut être traité par des topiques antiviraux qui raccourcissent légèrement l'évolution : Aciclovir gel, à raison de 4 à 6 applications quotidiennes.

4/ Ulcérations post-vésiculeuses:

B- varicelle -zona

Le virus varicelle zona est responsable de la varicelle lors de la primo-infection et du zona lors des récurrences.

*Varicelle :

- Lésions aphtoïdes douloureuses et prurigineuses au niveau de la muqueuse buccale.
 - Sur le plan cutané on trouve des petites taches rouges prurigineuses de 2-4 mm de Ø qui se transforment en 24h en vésicules superficielles grosses remplies d'un liquide.
 - les vésicules se dessèchent au bout de 2 jours donnant des croûtes.
- Le traitement est symptomatique (antalgiques antipyrétiques)

**Zona :

Le zona est caractérisé par une éruption douloureuse de lésions vésiculeuses réparties sur un territoire nerveux sensitif. L'atteinte est unilatérale

Le traitement antiviral dans les zonas n'est justifié qu'en cas de zona de localisation ophtalmique ou dans le cas du sujet immunodéprimé



5/ Ulcérations post-bulleuses

A/ Erythème polymorphe:

L'érythème polymorphe « EP » est un syndrome éruptif aigu défini par la morphologie des lésions « en cocardes ».

L'EP est probablement une réaction immunitaire induite par des agents variés, le plus fréquent étant l'Herpès simplex virus (HSV)

Le rôle éventuel des médicaments reste controversé.
(toxidermie aux AINS, antibiotiques...)



*CAT:

- Les érosions buccales, ou cutanées requièrent un traitement antiseptique.
 - Corticothérapie générale: dans le traitement des poussées d'EP
 - Thalidomide Des cas ont apporté un effet bénéfique du thalidomide sur une poussée installée. Une dose de 100 mg/j est en règle efficace initialement et l'effet se maintient avec une dose d'entretien plus faible.
- *Les formes récurrentes post-herpétiques sévères peuvent être prévenues par un traitement antiviral au long cours.

5/ Ulcérations post-bulleuses

B/ Stomatites allergiques (Toxidermie bulleuse, syndrome de Lyell).

Toxidermie bulleuse :

Le terme de Toxidermie signifie toute Réaction cutanée et muqueuse bulleuse ou autre après l'ingestion ou l'injection d'un médicament ATB, sulfamide, produit de contraste iodés...Ce sont des bulles à contenu clair unique ou multiples, le plus souvent accompagnées de douleur.

Syndrome de Lyell:

- C'est une forme grave de la toxidermie qui se manifeste au niveau de la CB par une inflammation grave au niveau des lèvres et des joues.
- Sur le plan général par une fièvre, malaise, douleurs articulaires et déshydratation.
- C'est une rougeur cutanée en nappe généralisée sur laquelle apparaissent des "cloques" remplis d'un liquide; qui se rompent très rapidement donnant une perte de substance et un aspect ébouillanté du malade caractéristique.

CAT

- Hospitalisation du malade en urgence.
- Arrêt du traitement responsable.
- corticoïde, ATB, Soins cutanés répétés, réhydratation.

5/ Ulcérations post-bulleuses

C/ Pemphigus vulgaire :

- Lésions post-bulleuses rouges foncées diffuse très douloureuse, localisées postérieurement (dysphagie & une dysphonie).
- Déclenché par un stress important, ou prise médicamenteuse.



D/ Pemphigoïde cicatricielle :

- Ulcérations douloureuses, irrégulières au niveau de la gencive attachée parfois il existe une extension à la muqueuse libre.
- Le décollement épithéliale est facile à objectiver par le signe de la pince.



CAT

- Il faut chercher d'autres localisations, une cause déclenchante.
- Demander un bilan sanguin.
- Conseiller une alimentation liquide.
- HBD stricte, supprimer les facteurs irritatifs.
- Prescrire des BDB antiseptiques.
- Faire une biopsie et un examen d'immunofluorescence directe et indirecte.

Le traitement de la lésion selon le diagnostic anatomo-pathologique

6/ Lichen plan érosif :

- Lésions douloureuses survenant sur un réseau blanchâtre kératinisé.

- **CAT:**

- Il faut chercher d'autres localisations, une cause déclenchante.
- Demander un bilan sanguin.
- Conseiller une alimentation liquide.
- HBD stricte, supprimer les facteurs irritatifs.
- Prescrire des BDB antiseptiques.
- Faire une biopsie et un examen d'immunofluorescence directe et indirecte.
- Le traitement de la lésion selon le diagnostic anatomo-pathologique



7/ Ulcérations induite par la Chimiothérapie et la Radiothérapie :

L'interrogatoire révèle un antécédent de chimiothérapie ou de radiothérapie.

Ulcération induite par la chimiothérapie :

- des érosions plus ou moins diffuses et douloureuses → Dysphagie.
- s'étend aux lèvres, langue et à l'œsophage.
- en rapport avec la durée d'administration des drogues.

Ulcération induite par la radiothérapie :

- La radiomucite apparaît après la 3^{ème} semaine du trt radiothérapique, elle débute par un érythème et une sensation de brûlures puis apparition d'une ulcération.

CAT:

- Une bonne HBD et une ATB^{pie} pour prévenir la surinfection.
- Antalgique.
- BDB composé (bicarbonates+polyvidone iodée).

7/ Ulcérations médicamenteuses:

- Certains médicaments sont responsables d'ulcérations buccales .
- Les ulcérations disparaissent généralement à l'arrêt du traitement.
- Les substances médicamenteuses les plus incriminées sont : l'Alendronate (antiostéoclastique), certains AINS (Piroxicam, ibuprofène), l'hexachlorophène en bains de bouche, anticoagulants (Phénindione), antihypertenseurs (Nicorandil, Captopril), barbituriques (Phénobarbital), hypochloride de sodium, l'acide niflumique, les sels d'or ...



Ulcérations buccales médicamenteuses (méthotrexate)

✓ A retenir:

- Une ulcération buccale qui dure plus de 10 jours doit être examinée par un médecin ou un dentiste.
- Les ulcérations buccales chez les personnes sans d'autres symptômes ou facteurs de risque de maladie systémique sont généralement provoquées par une infection virale ou une stomatite aphteuse récurrente.
- Les symptômes extérieurs à la bouche, les éruptions cutanées, ou les deux, suggèrent un besoin plus immédiat de diagnostic.