

# Les ulcérations de la bouche

## Oral ulcerations

**D. Parent**

Clinique de Pathologie des Muqueuses, Service de Dermatologie, Hôpital Erasme

### RESUME

*Les ulcérations de la bouche sont des lésions fréquentes dont l'origine n'est pas toujours évidente car les causes en sont variées. Les éléments importants à recueillir sont la nature de la lésion primitive (bulle/vésicule ou ulcération), le nombre de lésions (unique ou multiple), les plaintes (douleur ou asymptomatique), l'évolution de l'affection (aiguë, chronique, récidivante), la durée des ulcérations (quelques heures, jours, mois, années...), leur caractère induré ou non, la présence d'adénopathies et/ou de lésions ailleurs : sur les autres muqueuses, la peau, les ongles ou le cuir chevelu.*

*Un traumatisme ou une réaction médicamenteuse sont les deux étiologies à exclure en premier lieu. L'existence d'une maladie systémique (altération de l'immunité, entérocopathies chroniques, lupus érythémateux, etc.) est un facteur important, parfois déterminant pour poser le diagnostic. Les examens complémentaires (tests microbiologiques, sérologies voire biopsie) ont chacun leurs indications en fonction des résultats de l'anamnèse et de l'examen clinique.*

*Les aphtoses et l'herpès ont des caractères similaires (symptomatologie, récurrences, facteurs favorisants, etc.). Leur diagnostic est nécessaire car leur traitement diffère. L'observation de leur lésion élémentaire et/ou la mise en évidence du virus de l'herpès permettent de les différencier. Les bulles sont rares et concernent essentiellement l'érythème polymorphe et les syndromes apparentés ainsi que les maladies bulleuses auto-immunes. Les ulcérations uniques évoquent néoplasie, chancre ou aphte géant. Le lichen plan bulleux ou érosif est fréquent dans la bouche et présente un aspect très polymorphe. Le traitement symptomatique est la règle en cas de douleur afin de restaurer la nutrition, l'hydratation et la parole. Un traitement étiologique est associé aussi souvent que possible.*

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 210-8

### ABSTRACT

*Oral ulcerations are frequent lesions resulting from numerous different causes. A precise anamnesis is mandatory to direct towards the diagnosis. It includes the type of the earliest lesion (blister/vesicle or ulceration), the number of lesions (isolated or numerous), the complaints (painful or asymptomatic), the disease evolution (acute, chronic, recurrent), the duration of the ulceration (a few hours, days, weeks, months, years...), the presence of adenopathies and/or the association with clinical lesions on other mucous membranes, on skin, on nails or on scalp. A traumatism or a drug reaction are the first aetiologies to be excluded. Chronic enteropathies or lupus erythematosus or other systemic diseases, especially those leading to immunosuppression, can be responsible for oral ulcerations. These diseases must be diagnosed and treated to obtain an improvement of the oral lesions. Laboratory studies such as microbiological isolation, serology or biopsy, are performed in accordance with the suspected diagnosis resulting from anamnesis and physical examination. Aphthous stomatitis and oral herpes infection present similar features such as symptomatology, recurrences, trigger factors, etc. Differential diagnosis is mandatory to treat correctly the disease. It is easier if the primary lesion (vesicle or ulceration) is observed or if herpes simplex virus is yielded. Oral blisters are uncommon ; they especially concern erythema multiforme and bullous auto-immune diseases. A single ulceration directs towards a diagnosis of cancer or chancre. Lichen planus is a frequent disease of the oral mucous membrane with numerous clinical features : erosive and ulcerated lesions are often observed.*

*In all cases, a symptomatic treatment is necessary against pain to permit nutrition, hydratation and good speech. An etiologic treatment is associated as soon as possible.*

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 210-8

**Key words :** oral ulcerations, aphthous ulcerations, bullous diseases, oral carcinoma

## DEFINITION ET CAUSES

L'ulcère est une perte de substance due à la disparition de l'épiderme et d'une partie des couches tissulaires sous-jacentes : derme voire hypoderme. Plus la nécrose est profonde plus invalidante est la lésion (mastication, phonation, déglutition, etc.), plus longue sera la cicatrisation et plus grand sera le risque de cicatrices rétractiles. L'étiologie est souvent difficile à déterminer car l'ulcère apparaît dans tout processus destructif de la peau, et donc, suite à des mécanismes très différents : infectieux, auto-immun, génétique, allergique, néoplasique, traumatique, médicamenteux, etc. (tableau 1).

### QUELLE DEMARCHE ADOPTER ?

Comme dans toute consultation médicale, la confrontation de l'anamnèse et de l'examen physique aboutit à un diagnostic présomptif (tableaux 1 et 2).

Deux questions se posent devant une ulcération orale :

- s'agit-il d'une ulcération " *de novo* " ou d'une bulle ou vésicule qui a donné secondairement une érosion ou une ulcération par destruction de son toit ;
- cette ulcération est-elle imputable à un traumatisme externe facile à débusquer par l'anamnèse ou à un processus pathologique interne local ou plus généralisé.

L'anamnèse met en évidence la lésion élémentaire, souvent difficile à identifier dans cette localisation, les forces développées y sont

Ulcération post-bulle ou post-vésicule	Ulcération <i>de novo</i>
<b>Infectieuse</b> Herpès simplex - gingivo-stomatite de primo-infection - herpès récidivant Zona - branche mandibulaire - branche maxillaire Syndrome " main pied bouche "	<b>Infectieuse</b> Syphilis Infection par CMV ou EBV Infection par VIH (aphtes géants)
<b>Auto-immune</b> Pemphigoïde bulleuse cicatricielle Pemphigus vulgaire	<b>Dermatoses</b> Aphtes Lichen plan érosif
<b>Dermatoses</b> Erythème polymorphe Syndrome de Stevens Johnson Syndrome de Lyell	<b>Maladie systémique</b> Maladie de Behçet Lupus érythémateux systémique
<b>Traumatismes</b>	<b>Traumatismes</b> <b>Réactions médicamenteuses</b>
	<b>Cancer</b> Carcinome épidermoïde Lymphomes non hodgkiniens Cancers des glandes salivaires

Ulcération unique	Ulcérations multiples
<b>Aphtes</b> Aphte mineur isolé Aphte géant	<b>Aphtoses</b> Aphtose multiple commune Aphtose miliaire Aphtose géante
<b>Lésion traumatique</b> <b>Lésion médicamenteuse</b>	<b>Lésion traumatique</b> <b>Lésion médicamenteuse</b>
<b>Cancers</b> Carcinome épidermoïde Lymphomes non hodgkinien Tumeur salivaire	<b>Ulcérations post-vésicule</b> Herpès Syndrome main pied bouche Herpangine
<b>Ulcération exceptionnelle</b> Syphilis primaire Syphilis tertiaire Tuberculose Maladie des griffes du chat	<b>Ulcérations post-bulle</b> Erythème polymorphe Pemphigus vulgaire Pemphigoïde cicatricielle Lichen plan érosif
<b>Patients immunodéprimés</b> Cytomégalovirus Histoplasmosse	<b>Ulcérations spécifiques</b> Tuberculose Maladie de Crohn

considérables, rendant très fugace toute lésion bulleuse. Les notions de traumatisme externe et de prise de médicaments sont évoquées dès le début de l'interrogatoire. Plus tard, au cours de celui-ci, pourront apparaître une immunodépression, une pathologie systémique (maladie de Crohn, lupus érythémateux, etc.) ou des habitudes sexuelles non protégées. L'affection est-elle aiguë et unique, épisodique, chronique, évoluant depuis des semaines, des mois voire des années ou au contraire est-elle récente : quelques heures ou quelques jours ? La lésion est-elle douloureuse (aphte, herpès, etc.) ou indolore (chancre syphilitique, carcinome épidermoïde, etc.) ?

Un examen attentif de la cavité buccale évalue le nombre, la profondeur et la superficie des lésions ; il est complété par une palpation de l'ulcération qui est souple (aphte), a du corps (syphilis primaire) ou est indurée (granulome, néoplasie). La présence d'autres lésions élémentaires (réseau blanc du lichen plan) ou d'autres localisations muqueuses (génitales voire ophtalmiques) oriente le diagnostic. La recherche d'adénopathies s'impose ainsi que celle de lésions cutanées, unguéales ou du cuir chevelu.

### Examens de laboratoire

En fonction de l'anamnèse et de la clinique, des examens complémentaires peuvent être nécessaires.

Les prélèvements par écouvillonnage ou grattage de l'érosion permettent de réaliser une détection des antigènes viraux (*Herpes simplex virus* ou *Herpes zoster virus*) ou la culture de ces virus. Cette culture se fait via un milieu de transport spécifique (4 heures maximum à 4-6 °C) sur des cultures de cellules. Une culture négative n'exclut pas le diagnostic.

Les sérologies permettent de confirmer que l'individu a été contaminé par le virus et a fait une

séroconversion (herpès simplex, syphilis, infection par le virus de l'immunodéficience acquise, etc.). Si la séroconversion survient en présence d'une lésion suspecte, le diagnostic est confirmé. La séroconversion dans l'infection herpétique peut demander 6 semaines à 3 mois de délai. Une sérologie de syphilis peut encore être négative dans la phase primaire (chancre).

La recherche d'auto-anticorps permet le diagnostic des maladies auto-immunes. Les uns sont dirigés contre les antigènes des épithéliums stratifiés pavimenteux (peau et muqueuses) et confirment une maladie bulleuse auto-immune (pemphigus et pemphigoïde), les autres explorent des maladies systémiques comme le lupus érythémateux systémique.

Les biopsies permettent des mises en culture (tuberculose, mycoses profondes, etc.), un examen anatomopathologique (érythème polymorphe et syndromes apparentés, lichen plan, maladies bulleuses, tumeurs, etc..) et une immunofluorescence directe (maladies bulleuses auto-immunes : pemphigoïde bulleuse cicatricielle, pemphigus vulgaire, etc.).

Les biopsies en bouche sont délicates à réaliser car l'intégrité du tissu est difficile à préserver surtout dans certaines localisations (palais, gencives). La biopsie n'est pas indiquée quand une syphilis, un herpès sont suspectés. En règle générale, biopsier une ulcération banale (aphte, maladie de Behçet, traumatisme, réaction médicamenteuse, etc.) est inutile, l'image histologique est non spécifique. La biopsie d'une ulcération est utile pour rechercher un processus sous-jacent (cancer, infiltrat granulomateux, etc.) ; elle sera alors profonde, en tissu pathologique hors du fond nécrotique de l'ulcère. Elle permet aussi d'identifier une affection avec des caractères histologiques spécifiques (érythème polymorphe, lichen plan, maladies bulleuses auto-immunes, etc.). Dans les cas de bulles, le prélèvement doit garder son intégrité, et comprendre soit la bulle *in toto* soit être obtenu en bordure de la lésion et non en son centre.

## HERPES ET APHTES (figures 1 et 2)

Les deux types d'ulcérations orales les plus fréquentes sont l'aphte et l'érosion herpétique, l'une est toujours une ulcération *de novo*, l'autre toujours l'évolution d'une vésicule. Elles sont toutes deux douloureuses, récidivantes et peuvent apparaître suite à une altération de l'état général. Elles guérissent en quelques jours sans laisser de cicatrices. Elles sont éventuellement précédées de prodromes (gêne, douleur, inconfort).

### Gingivostomatite herpétique et aphtose miliaire

Associée à des signes pseudo-grippaux (65 % des cas : pyrexie, malaise, anorexie, adénopathies), la gingivostomatite herpétique de primo-infection couvre la muqueuse orale érythémateuse, œdématisée, douloureuse, de bouquets d'érosions bilatérales qui débordent sur la peau adjacente (lèvres). Des



Figure 1 : Aphtes : ulcération *de novo*.



Figure 2 : Primo-infection herpétique : croûtes et érosions post-vésicules.

symptômes neurovégétatifs comme une paralysie faciale sont rares mais possibles. Le pic de fréquence de cette primo-infection oscillait entre 6 mois et 5 ans mais la tendance va vers une survenue plus tardive de la contamination. La guérison est obtenue en 14 à 21 jours sans cicatrices. Le traitement est symptomatique (antipyrétiques, analgésiques, etc.). Les bains de bouche antiseptiques n'ont pas d'utilité mais la solution de Stanford (R/ chlorhydrate de lidocaïne 800 mg à 3 g + bicarbonate de sodium 3,5 g + nystatine 2.400.000 unités + eau ad 500 ml – s/ en bain de bouche 3 à 4 fois par jour, 20 à 30 minutes avant le repas) permet une alimentation pendant la phase aiguë. Les antiviraux analogues nucléosides (aciclovir et valaciclovir) sont actifs en administration orale ou

parentérale mais non remboursés dans cette indication.

La seule forme d'aphtose comparable cliniquement à la gingivo-stomatite de primo-infection est l'aphtose miliaire, entité rare, formée de l'éruption de nombreux (jusqu'à 100 éléments) aphtes de petite taille (1 à 2 mm de diamètre), très douloureux, disséminés sur la muqueuse orale. Ces aphtes ne présentent pas de halo rouge inflammatoire comme les autres types d'aphtes, favorisant la confusion avec l'infection herpétique. Ils guérissent en 1 à 2 semaines sans cicatrices. Le traitement est symptomatique.

### Herpès récidivant et aphtose mineure

L'herpès labial récidivant, unilatéral, limité à un ou quelques bouquets de vésicules siège sur une lèvre où il devient rapidement croûteux, plus rarement il apparaît sur la muqueuse orale, évoluant vers une érosion / ulcération. L'aphte est une ulcération siégeant sur les épithéliums non kératinisés (muqueuses orale et pharyngienne, parfois génitale) ; il est unique ou multiple mais ne se groupe pas en bouquets. Les récurrences d'herpès ou d'aphtes peuvent toutes deux être déclenchées par un traumatisme (infiltration d'un anesthésiant, extraction d'une dent, etc.) mais aussi par le stress, des menstruations<sup>1</sup>, etc. Elles sont douloureuses et durent en moyenne 7 jours. Elles guérissent sans cicatrices et se gèrent dans la majorité des cas avec un traitement local symptomatique (anesthésiques en attouchement).

Dans l'herpès labial, l'aciclovir en crème n'est efficace que s'il est appliqué très précocement. Les récurrences actiniques impliquent une prévention systématique avec des écrans labiaux totaux<sup>2,3</sup>.

Les aphtes sont des ulcérations, rondes ou ovales, à contours réguliers, à fond blanc grisâtre avec un halo érythémateux inflammatoire. Leur prévalence est de 10 à 65 % selon la population ; l'aphtose peut atteindre 20 % de la population et débute généralement entre 10 et 20 ans. Le diagnostic est clinique, basé sur l'anamnèse et sur la morphologie et l'évolution des lésions. La biopsie est inutile car non spécifique<sup>4,5</sup>. La nécrose tissulaire est secondaire à une réaction de vasculite leucocytoclasique de type III (classification de Gell et Coombs). La grande majorité des aphtoses est primaire, idiopathique, souvent familiale (40 % de parents au premier degré), récidivante, aggravée par l'ingestion d'aliments tels que les fruits secs (amandes, noix, noisettes, etc.), les fromages à pâte dure (gruyère, cantal, etc.), certains autres fruits (raisin, tomates, etc.). Le tabagisme et la nicotine semblent protéger de l'apparition des aphtes<sup>6</sup>.

La persistance ou la fréquence élevée des poussées d'aphtes doit faire envisager des étiologies rares qui, une fois objectivées, permettent de guérir le patient. La mise au point, est réservée aux cas sévères et est programmée en fonction de l'anamnèse. Elle s'attache à débusquer une carence nutritionnelle (fer, vitamines B, folates, zinc), une origine allergique

(dentifrice, métaux, résines acryliques, vanilline, menthe, cannelle, etc.), une réaction médicamenteuse, voire une association avec une entérocolopathie inflammatoire (RCUH, maladie de Crohn)<sup>7-9</sup>. Les aphtoses bipolaires évoquent une maladie de Behçet, affection dont le diagnostic, en absence de critère spécifique, se fait par une addition de critères majeurs et mineurs repris dans des tables reconnues internationalement.

### Herpès et aphtoses chez les patients immunodéprimés (figure 3)



**Figure 3 : Récidive d'herpès oral chez patient un immunodéprimé : bulle par coalescence des bouquets de vésicules.**

Les patients immunodéprimés ont des récurrences d'herpès plus étendues, plus profondes et plus longues que les autres patients ; ces récurrences évoquent plutôt une primo-infection cliniquement. Le traitement est le même que chez les patients immunocompétents, mais la posologie et la durée des antiviraux (aciclovir, valaciclovir) doivent souvent être augmentées.

Les aphtes majeurs, uniques ou multiples, sont dits géants avec de 1 à 5 cm de diamètre, débordant parfois sur l'oropharynx. Invalidants, ils diminuent la qualité de vie du patient (parole, nutrition, etc.). Ils se rencontrent chez les patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine avec des taux de lymphocytes T CD4 faibles et dans les états de neutropénie acquise (hémopathies, agranulocytoses, etc.) ou associés à des syndromes rares<sup>10</sup>.

### Traitement des aphtoses

Le but du traitement est de diminuer la douleur, de réduire l'inflammation et d'accélérer la cicatrisation. Les facteurs favorisants sont supprimés et les causes d'aphtose secondaire sont traitées quand elles existent.

Les traitements symptomatiques soulagent temporairement la douleur (anti-inflammatoires non stéroïdiens, anesthésiques). Les anesthésiques locaux, en attouchement si les lésions sont peu nombreuses sinon en bains de bouche (solution de Stanford), les dermocorticoïdes puissants, dans une pâte adhésive

(orabase 50/50) ou un gel (gel de méthylcellulose 50/50) diminuent la douleur mais n'empêchent pas les récurrences<sup>11</sup>. Le bénéfice des bains de bouche antiseptiques et des traitements physiques (cryothérapie, laser, électrocoagulation, application de nitrate d'argent) ... n'a pas été scientifiquement prouvé ; ils sont donc inutiles.

Les aphtes graves ou les poussées sévères sont traités par des thérapeutiques systémiques. Les corticoïdes (prednisone 1 mg/kg 1 semaine) n'ont pas montré d'efficacité réelle, et n'ont pas d'action préventive.

Le sucralfate est disponible en France sous forme de poudre pour suspension (R/ Ulcar® ou Kéal® s/ 1 sachet / ¼ verre d'eau pour 1 bain de bouche 4 fois par jour). La tolérance est excellente et il n'y a pas de contre-indication<sup>12</sup>.

La colchicine (R/ en gélules magistrales de 1 mg - s/ 1 gélule par jour) est prescrite 1 mois puis son efficacité est évaluée. Si l'aphtose est améliorée, elle peut être poursuivie plusieurs mois sous surveillance régulière en essayant de diminuer progressivement les doses à la recherche du seuil d'efficacité. Des études ouvertes ont montré une réduction de la fréquence et de la douleur des poussées. Les effets secondaires sont rares avec des doses de moins de 2 mg/jour. La symptomatologie gastro-intestinale (nausées, diarrhées...) ne nécessite généralement pas l'arrêt du traitement, les autres effets secondaires (leucopénie, azoospermie, neuropathie, myopathie, anémie et thrombopénie) sont exceptionnels. L'insuffisance hépatique ou rénale sévère ainsi que la grossesse sont des contre-indications<sup>13</sup>.

La thalidomide (Softenon®) (50 à 100 mg/j) est très efficace mais son emploi est limité du fait de sa tératogénicité (100 % des cas) et de sa neurotoxicité (21 à 50 % des cas). Elle peut induire des neuropathies irréversibles. Sa prescription est strictement contrôlée : avis favorable d'un spécialiste nommé désigné dans l'arrêté royal et délivrance par une pharmacie d'hôpital. En pratique, elle est réservée aux aphtoses géantes ou très sévères particulièrement chez les immunodéprimés et de préférence chez les patientes incapables de procréer<sup>14</sup>.

#### **Zona mandibulaire et maxillaire (figure 4)**

Le zona, réactivation du virus de la varicelle (HZV), localisé à un dermatome, peut entreprendre les branches mandibulaire (V2) ou maxillaire (V3) du nerf trijumeau. L'éruption est unilatérale, faite de vésicules évoluant vers des ulcérations en région muqueuse et des croûtes en territoire cutané. La douleur précède souvent les lésions ; elle peut être intense, surtout chez les personnes âgées ; elle peut être associée à une hypo voire une anesthésie. La guérison est spontanée mais des douleurs post-zostériennes à type de douleurs neuropathiques peuvent apparaître et perdurer. Le



**Figure 4 : Zona mandibulaire gauche : aspect ulcéro-nécrotique post-vésiculaireux.**

traitement est symptomatique, il vise à calmer la douleur et à restaurer une alimentation et une hydratation normales. Il bénéficiera de la prise d'antiviraux analogues des nucléosides (aciclovir 5 x 800 mg/jour minimum 7 jours). Les douleurs neuropathiques demandent des traitements spécifiques type amitriptyline (Redomex®) ou prégaballine (Lyrica®)<sup>15</sup>.

#### **Syndrome main pied bouche**

Le syndrome main, pied, bouche dû à une infection à coxsackievirus, atteint surtout les enfants. Il associe une fièvre inconstante à des vésicules indolores, peu nombreuses de la bouche et des régions des extrémités. Le diagnostic est clinique ; le traitement, si nécessaire, symptomatique.

#### **BULLES<sup>16</sup>**

Les bulles, rares dans la cavité orale, évoquent comme premiers diagnostics : un érythème polymorphe ou une maladie bulleuse auto-immune, type pemphigoïde bulleuse cicatricielle (= pemphigoïde des muqueuses) ou pemphigus vulgaire.

#### **Erythème polymorphe - Syndrome Stevens Johnson - Syndrome de Lyell (figure 5)**

L'érythème polymorphe se présente au niveau des muqueuses (orale, génitale, oculaire, nasale, pharyngienne, etc.) comme une éruption brutale, de bulles transformées rapidement en érosions ou ulcérations sur la muqueuse (langue, versant interne des lèvres, etc.) et en croûtes sur les régions exposées à l'air (versant cutané des lèvres, etc.). Souvent isolée, l'atteinte muqueuse peut être associée à une éruption cutanée (papules avec un aspect caractéristique en cocarde). Une symptomatologie pseudo-grippale est la règle, l'évolution spontanée se fait vers la guérison en 3 à 4 semaines. Les récurrences surviennent en cas de nouvelle exposition au facteur déclenchant (herpès dans la majorité des cas). Les deux autres causes les plus fréquentes sont l'infection à *Mycoplasma pneumoniae* et une réaction médicamenteuse qui



**Figure 5 : Erythème polymorphe : bulles et ulcérations labiales associées à des cocardes digitales.**



**Figure 6 : Bulle labiale de pemphigoïde cicatricielle.**



**Figure 7 : Erosions post-bulle de pemphigus vulgaire.**

représente moins de 10 % des cas). Le traitement est symptomatique associé ou non à des corticoïdes oraux ; la recherche du facteur déclenchant permet de prévenir les récives. En cas d'herpès récidivant responsable, le traitement préventif continu à l'aciclovir est remboursé. L'atteinte plus sévère des muqueuses avec ou sans lésions cutanées atypiques s'appelle le syndrome de Stevens Johnson ; l'étiologie en est la prise de médicaments dans la majorité des cas. L'extrême gravité de la nécrolyse épidermique toxique (= syndrome de Lyell), décollement brutal et massif de tout le revêtement cutané et muqueux, en fait une urgence dermatologique.

#### **Maladies bulleuses auto-immunes / Pemphigus vulgaire - Pemphigoïde cicatricielle (figures 6 et 7)**

Le pemphigus vulgaire (0,6 à 5 cas/million d'habitants) atteint préférentiellement les patients âgés et présente une mortalité de 4 % (50 % sans traitement). L'atteinte muqueuse peut être isolée mais est en général associée à une éruption cutanée. Le patient est souvent en mauvais état général et nécessite une hospitalisation. Le diagnostic est confirmé par histologie et immunofluorescence directe et indirecte.

La pemphigoïde bulleuse, observée sur la muqueuse orale, est généralement la variante dite

cicatricielle car sa guérison peut s'accompagner de synéchies. Elle atteint la cavité orale (80-90 % des cas), l'œil (50-70 % des cas), la muqueuse pharyngolaryngée (8-20 % des cas), œsophagienne (4 % des cas), génitale (15 % des cas). C'est une cause de cécité, souvent méconnue, par les synéchies qu'elle génère. Les lésions cutanées ne concernent que 25 % des patients. Les lésions isolées à une localisation sont fréquentes. La recherche des auto-anticorps en immunofluorescence indirecte n'est positive que dans 25 % des cas.

Le traitement est local dans les atteintes isolées à la bouche et systémique dans les autres.

#### **LICHEN PLAN EROSIF (FIGURE 8)**

Le lichen plan est une maladie cutanée et muqueuse, inflammatoire, chronique, d'origine inconnue, souvent localisée à la bouche, plus rarement dans la région génitale. Sa prévalence est de 0,03 %. Il se présente sous forme de lésions blanches (kératinisation inadéquate ou leucoplasie) ou rouges



**Figure 8 : Lichen plan lingual réseau blanc associé à une ulcération.**

(aspect inflammatoire) lorsqu'il atteint la muqueuse. Les érosions, irrégulières, situées sur un fond érythémateux sont douloureuses et s'observent sur les gencives, la face interne des joues et les bords de la langue. Des ulcérations sur le dos de la langue ou la face interne des joues sont assez fréquentes. L'induration sous-jacente implique la réalisation d'une biopsie. En l'absence d'induration, un traitement d'épreuve est débuté. Généralement, s'observent, associées à ces lésions érosives ou ulcérées, des plages blanches kératinisées caractéristiques du lichen plan (stries, réseau, mailles entrecroisées blanches), confirmant le diagnostic. Des lésions cutanées, unguéales ou une alopécie cicatricielle doivent être recherchées. Les bains de bouche antiseptiques sont inutiles. Le traitement consiste en l'administration d'immunosuppresseurs, localement ou oralement, suivant la gravité et l'extension de la maladie. Le lupus érythémateux peut donner des lésions similaires au lichen plan.

### ULCERATION D'EMBLEE<sup>17</sup>

L'ulcération *de novo* sans bulle préalable évoque un traumatisme, une réaction médicamenteuse, une infection ou une tumeur.

### Traumatisme

Le premier réflexe à l'observation d'une ulcération orale est la recherche d'une origine traumatique (mécanique, thermique, chimique, etc.). Les bords postérieurs de la langue ou la face interne des joues sont souvent agressés par des couronnes délabrées, des épines dentaires, des dents cariées voire tout simplement des morsures. Les traumatismes iatrogènes, plus rares du fait de l'arrêt de l'utilisation du formol et de l'arsenic dans la bouche peuvent encore survenir : instruments trop chauds, injections, etc. Les brûlures caustiques, accidentelles (comprimé d'aspirine ou de bisphosphonate = alendronate, bains de bouche purs, etc.) ou suicidaires (ingestion de produits divers : soude caustique, insecticides, produits

ménagers, etc.) provoquent des nécroses ou ulcérations douloureuses souvent étendues à l'œsophage voire à l'arbre bronchopulmonaire.

La pathomimie est une situation où le patient s'inflige à lui-même le traumatisme. Le contexte psychologique est perturbé et l'anamnèse ne révèle en général pas l'origine de la lésion.

### Réactions médicamenteuses (tableau 3)<sup>18</sup>.

Les réactions médicamenteuses dans la cavité orale sont nombreuses et très polymorphes ; l'ulcération en est une parmi beaucoup d'autres. Une multitude de molécules de la pharmacopée peut être à l'origine d'ulcérations buccales de type aphte ou non, unique ou multiples par action toxique directe ou par induction de neutropénies ou de réactions à type de pemphigus ou pemphigoïdes bulleuses.

L'utilisation de plus en plus fréquente de bisphosphonates a fait apparaître une nouvelle pathologie : l'ostéonécrose des mâchoires déclenchée par un traumatisme chez les patients ayant pris ou prenant des bisphosphonates. Ceux-ci sont utilisés dans le traitement des lésions néoplasiques osseuses (à fortes doses en administration intraveineuse) et dans les différentes formes d'ostéoporose (en administration

**Tableau 3 : Médicaments induisant des aphtes ou des ulcérations buccales.**

Ulcération(s)	Aphtes
<b>Antibiotiques</b> Sulfamides, Bêtalactamines, Ethambutol, Streptomycine, Tétracyclines, Rifampicine, Quinolones, etc.	Captopril Sels d'or Nicorandil Acide niflumique Phénindione Phénobarbital Piroxicam Hypochlorure de sodium, etc.
<b>Anti-épileptiques</b> Carbamazépine, Hydantoïne, Barbituriques	
<b>Anti-inflammatoires</b> Oxicams, Phénylbutazone, Salicylés	
<b>Myorelaxants</b> Chlormézanon	
<b>Hypo-uricémiants</b> Allopurinol	
<b>Antifongiques</b> Griséofulvine	
<b>Antiparasitaires</b> Pendamidine	
<b>Hypoglycémiant</b> Chlorpropamide, Tolbutamide	
<b>Vaccinations</b>	
<b>Chimiothérapie</b> Méthotrexate	
<b>Métaux</b> Sels d'or	

orale). L'incidence de la nécrose des mâchoires est de 1 à 10 % dans le premier groupe de patients et de 1/10.000 à 1/100.000 patients pour le second groupe. La molécule incorporée dans l'os a une demi-vie de 10 ans. Les patients prenant des bisphosphonates doivent absolument le savoir et le signaler à leur dentiste<sup>19,20</sup>.

## Syphilis

Le chancre syphilitique, expression du stade primaire de la syphilis, est oral dans 2 % des cas, le plus fréquemment situé sur la lèvre supérieure chez l'homme, la lèvre inférieure chez la femme mais également sur la langue, le palais, la gencive voire l'amygdale. Il apparaît environ 3 semaines après l'inoculation et guérit spontanément en 3 à 8 semaines sans laisser de cicatrice. La lésion est unique, débute par une papule inflammatoire qui s'ulcère rapidement et aboutit à un chancre indolore, induré à bords surélevés et à fond propre de quelques millimètres à 2 ou 3 cm de diamètre. Une adénopathie ipsilatérale est parfois palpée. Le diagnostic se fait par l'anamnèse et l'examen clinique. La sérologie doit toujours être demandée. Le traitement par benzathine pénicilline 2.400.000 unités en intramusculaire en une fois est administré d'emblée.

Les autres ulcérations infectieuses *de novo* sont plus rares dans nos pays ; citons le cytomégalo virus, la tuberculose, les mycoses profondes dont l'histoplasmosse.

## Leucoplasie tabagique et cancers (figure 9)

Les cancers de la cavité buccale sont dans 90 % des cas des carcinomes épidermoïdes, favorisés par l'immunosuppression, l'alcool, les carences alimentaires, les traumatismes dentaires chroniques voire les papillomavirus humains (cancer de l'amygdale). Le tabagisme reste le responsable dans 90 % des cas. Leur pronostic est mauvais : lors du diagnostic, environ la moitié des patients ont déjà des métastases locales ou à distance. Les formes ulcéreuses et ulcérovégétantes, associant ulcération et



**Figure 9 : Carcinome épidermoïde : ulcération par nécrose secondaire (Pr L Evrard).**

bourgeonnement sont les plus fréquentes. La localisation la plus fréquente est la langue (50 %), suivie du plancher buccal, des gencives, de la muqueuse alvéolaire, de la muqueuse jugale et du palais. Les lèvres sont également concernées surtout la lèvre inférieure. La lente évolution d'une leucoplasie tabagique et/ou d'une lésion ulcérée associée à une induration lors de la palpation est très suspecte. La biopsie dans la masse indurée objective le diagnostic. Les autres tumeurs ulcérées sont beaucoup plus rares : lymphomes non hodgkiniens et tumeurs salivaires, ces dernières se présentant souvent comme un nodule ulcéré du palais.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Wray D, Graykowiak EA, Notkins AL : Role of mucosal injury in initiating recurrent aphthous stomatitis. *BMJ* 1981 ; 283 : 1569-70
2. Harmenberg J, Oberg B, Spruance S : Prevention of ulcerative lesions by episodic treatment of recurrent herpes labialis : A literature review. *Acta Derm Venereol* 2010 ; 90 : 122-30
3. Opstelten W, Neven AK, Eekhof J : Treatment and prevention of herpes labialis. *Can Fam Physician* 2008 ; 54 : 1683-7
4. Natch SS, Kontinen YT, Enattah NS, Ashammakhi N, Sharkey KA, Häyrynen-Immonen R : Recurrent aphthous ulcers today : a review of the growing knowledge. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004 ; 33 : 221-34
5. Parent D, Vaillant L : Aphthes, aphtoses, maladie de Behçet. *Encyclopédie Médico Chirurgicale. Dermatologie* 2008 : 98-838-A-10
6. Tuzun B, Wolf R, Tuzun Y, Serdaroglu S : Recurrent aphthous stomatitis and smoking. *Int J Dermatol* 2000 ; 39 : 358-60
7. Nolan A, Lamey PJ, Milligan KA, Forsyth A : Recurrent aphthous ulceration and food sensitivity. *J Oral Pathol Med* 1991 ; 20 : 473-5
8. Olson JA, Feinberg I, Silverman S, Abrams D, Greenspan JS : Serum vitamin B12, folate and iron levels in recurrent aphthous ulceration. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1982 ; 54 : 517-20
9. Field EA, Allan RB : Oral ulceration - aetiopathogenesis, clinical diagnosis and management in the gastrointestinal clinic. *Aliment Pharmacol Ther* 2003 ; 18 : 949-62
10. Muzycza BC, Glick M : Major aphthous ulcers in patients with HIV disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994 ; 77 : 116-20
11. Gonzales-Moles MA, Morlaes P, Rodrigues-Archilla A : The treatment of oral aphthous ulceration or erosive lichen planus with topical clobetasol propionate in the three preparations. *J Oral Pathol Med* 2002 ; 31 : 284-5
12. Alpsy E, Er H, Durusoy C, Yilmaz E : The use of sucralfate suspension in the treatment of oral and genital ulceration of Behçet disease. *Arch Dermatol* 1999 ; 135 : 529-32
13. De Wazières B, Gil H, Magy N *et al.* : Aphtose buccale récidivante : traitement par colchicine. Etude ouverte de 54 cas. *Ann Dermatol Venereol* 2002 ; 129 : 1365-9
14. Jacobson JM, Greenspan JS, Spritzler J *et al.* : Thalidomide for the treatment of oral aphthous ulcers in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1997 ; 336 : 1487-93
15. Galluzzi KE : Managing herpes zoster and postherpetic neuralgia. *J Am Osteopath Assoc* 2009 ; 109 (6 Suppl 2) : S7-12



16. Schifter M, Yeoh SC, Coleman H, Georgiou A : Oral mucosal diseases : the inflammatory dermatoses.  
Aust Dent J 2010 ; 55 (Suppl 1) : 23-38
17. Bruce AJ, Rogers RS : Acute oral ulcers.  
Dermatol Clin 2003 ; 21 : 1-5
18. Boulinguez S, Cornée-Leplat I, Bouyssou-Gauthier ML, Bedane C, Bonnetblanc JM : Aphthes induits par les médicaments : analyse de la littérature.  
Ann Dermatol Venereol 2000 ; 127 : 155-8
19. Van den Wyngaert T, Huizing MT, Fossion E, Vermorken JB : Bisphosphonates in oncology : rising stars or fallen heroes.  
Oncologist 2009 ; 14 : 181-91
20. Ruggiero SL : Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw : an overview. Ann N Y Acad Sci 2011 ; 1218 : 38-46

**Correspondance et tirés à part :**

D. PARENT  
Hôpital Erasme  
Service de Dermatologie  
Clinique de Pathologie des Muqueuses  
Route de Lennik 808  
1070 Bruxelles  
E-mail : dominique.parent@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 10 juin 2011 ; accepté dans sa version définitive le 21 juin 2011.