

Ulcérations chroniques de la cavité buccale

par *Régnald Pérusse*

Vous recevez à votre cabinet, au terme d'une journée assez mouvementée, monsieur J. E. Lay, fumeur de 62 ans, qui vous consulte pour un engourdissement superficiel de la langue. Votre examen vous permet d'observer la présence d'un nodule ulcéré sur la partie antérieure de la langue (*photo 1*).



Photo 1. Nodule ulcéré de la partie antérieure de la langue



Photo 2. Ulcération très douloureuse de la voûte palatine

Vous avez, par ailleurs, examiné à l'urgence, il y a quelques jours, un patient de 57 ans, monsieur G. Malle, ancien fumeur, aux prises avec une ulcération très douloureuse de la voûte palatine (*photo 2*). Vous l'avez dirigé en ORL, mais n'avez pas encore reçu le résultat de la consultation.

De quoi ces patients souffrent-ils ?

LA BOUCHE est une structure souvent négligée à l'examen général du patient. Pourtant, elle peut être le siège de multiples affections importantes, qu'il s'agisse de tumeurs malignes ou de lésions s'inscrivant dans le cadre d'un trouble général. La liste de ces affections est longue. Des traités entiers y sont en effet consacrés¹. Le diagnostic différentiel des ulcérations chroniques de la cavité buccale constitue l'un des chapitres les plus importants de la pathologie buccale. Aussi, allons-nous prendre le temps de nous y attarder quelque peu.

Mais, au fait, qu'en est-il de nos deux patients ? Tous deux sont porteurs d'une tumeur maligne, le premier d'un carcinome spinocellulaire, le second d'un lymphome non hodgkinien.

Sur le plan clinique, il est utile de diviser les ulcérations

T A B L E A U I

Ulcérations chroniques isolées

- **Ulcère traumatique**
- **Néoplasies**
 - Carcinome spinocellulaire
 - Adénocarcinome salivaire
 - Lymphome
 - Sarcome
 - Lésion métastatique
- **Vasculites**
 - Granulomatose de Wegener
 - Artérite temporale
- **Troubles inflammatoires chroniques**
 - Lichen plan érosif
 - Lupus érythémateux discoïde
 - Sialométaplasie nécrosante
 - Réaction lichénoïde ou lupique
- **Infections chroniques**
 - Tuberculose
 - Syphilis primaire ou tertiaire
 - Mycoses profondes

chroniques de la cavité buccale en deux catégories, soit les ulcérations chroniques isolées et les ulcérations multiples récurrentes, en conformité avec l'évolution naturelle de ces lésions. Les ulcérations chroniques isolées (*tableau I*) regroupent diverses formes d'ulcères qui sont présents pendant plus de trois semaines et sont parfois associés à une

Le Dr Régnald Pérusse, dentiste et médecin, exerce comme spécialiste en médecine buccale à la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval, à Québec.

T A B L E A U II

Ulcérations multiples récurrentes

- Stomatite aphteuse récurrente
- Stomatite aphtoïde récurrente
 - Anémie
 - Neutropénie
 - Carence nutritionnelle
 - Maladie cœliaque
 - Maladies inflammatoires intestinales
 - Maladie de Behçet
 - Lupus érythémateux disséminé
 - Infection par le VIH
 - Immunodéficiences primaires
- Hémopathies malignes
- Lésions d'origine médicamenteuse
- Mucodermatoses
 - Pemphigus
 - Pemphigoïde
 - Dermatoses à IgA linéaire
 - Dermatite herpétiforme
 - Épidermolyse bulleuse héréditaire ou acquise



Photo 3. Ulcère traumatique chez une patiente souffrant de dyskinésie tardive

60

masse, ce qui les rend alors très suspects. Les ulcérations multiples récurrentes (*tableau II*), quant à elles, englobent un certain nombre de problèmes caractérisés par l'apparition de plusieurs ulcères de taille variable évoluant de façon cyclique sur une période de temps prolongée. L'exemple parfait de ce type d'ulcères est la stomatite aphteuse récurrente ou sa variante, la stomatite aphtoïde récurrente, qui peut être la manifestation de divers troubles généraux.

Ulcérations chroniques isolées

Ulcère traumatique

L'ulcère traumatique est une cause relativement fréquente d'ulcération orale isolée. Il est habituellement causé par une irritation chronique engendrée par une obturation ou une prothèse dentaire défectueuses et s'observe sur la langue, les lèvres ou les muqueuses jugales. Certains de ces ulcères peuvent aussi être notés chez des patients souffrant de troubles extrapyramidaux (chorée, dystonie oromandibulaire, dyskinésie tardive, etc.) associés à des mouvements répétés du maxillaire inférieur et des structures orofaciales (*photo 3*). L'ulcère traumatique chronique comporte souvent un pourtour arrondi et blanchâtre (kératose frictionnelle), ressemblant alors à une ulcération maligne. Le clinicien doit donc faire preuve d'une très grande prudence devant un tel tableau clinique et ne pas hésiter à recourir à une biopsie, particulièrement chez le sujet ayant des facteurs de risque de carcinome spinocellulaire.

Carcinome spinocellulaire

Le carcinome spinocellulaire, dit aussi malpighien ou

épidermoïde, constitue le type de cancer de la cavité buccale le plus fréquent. Il représente, en effet, environ 94 % des tumeurs malignes de la bouche². Le carci-

nome spinocellulaire s'observe principalement après 50 ans et frappe trois fois plus d'hommes que de femmes. Les facteurs de risque sont bien connus, soit le tabagisme et l'alcoolisme chronique. L'infection par certains types de papillomavirus humain pourrait aussi constituer un facteur de risque indépendant. Ce virus est, en effet, décelé 4,7 fois plus souvent chez les sujets atteints d'un carcinome spinocellulaire ; certains de ses génotypes, tels que le HPV-16 et le HPV-18, pourraient agir comme cofacteurs du tabac et de l'alcool.

D'un point de vue clinique, le carcinome spinocellulaire peut prendre la forme d'une ulcération chronique (*photo 4*), d'une leucoplasie, d'une érythroplasie, d'une érythroleucoplasie ou d'une masse bourgeonnante ulcérée (*photo 5*). Les lésions avancées sont typiquement indurées et sont souvent associées à un saignement spontané et à une douleur secondaire d'un envahissement des plexus nerveux adjacents. À ce stade, le cancer peut entraîner des troubles masticatoires, une dysphagie, une dysphonie ainsi qu'une atteinte sensorielle ou motrice. Il peut aussi produire des métastases à distance. Les lésions naissantes, en revanche, sont souvent discrètes et totalement asymptomatiques sur le plan clinique. La langue, le plancher buccal et le palais mou sont les structures le plus souvent touchées. Le cancer de la langue, notamment, contribue à un peu plus de la moitié de tous les cancers de la bouche. Il se retrouve, dans l'ordre, sur le bord postérolatéral, le bord antérolatéral, la surface ventrale ou ventrolatérale, l'apex et la surface dorsale. Le cancer de la langue, tout comme celui du plancher buccal, a tendance à métastaser rapi-



Photo 4. Carcinome spinocellulaire du palais mou



Photo 5. Carcinome spinocellulaire de la surface ventrale de la langue



Photo 6. Adénocarcinome (cylindrome) du palais dur

dement. Le cancer du plancher buccal, quant à lui, commence habituellement par une leucoplasie, une érythroplisie ou une érythroleucoplasie. Il est généralement situé sur la ligne médiane, à proximité du frein lingual. Il a souvent tendance à envahir la langue et la face interne de la mandibule, rendant ainsi le traitement plus complexe. Le cancer du palais mou, enfin, est une lésion parfois très étendue qui a tendance à envahir la fosse amygdalienne, puis la partie adjacente de la langue et du plancher buccal. L'atteinte des gencives, des muqueuses jugales et de la face interne des lèvres est nettement moins fréquente. Le traitement du carcinome spinocellulaire repose généralement sur une intervention chirurgicale et la radiothérapie, modalités combinées dans certains cas à une chimiothérapie adjuvante.

Adénocarcinomes salivaires

Collectivement, les adénocarcinomes salivaires constituent le deuxième type de cancer le plus fréquent de la cavité buccale. Les adénocarcinomes, qui croissent aux dépens des glandes salivaires mineures de la bouche, sont principalement représentés par le carcinome mucoépi-

dermoïde, le carcinome adénoïde kystique (cylindrome), l'adénocarcinome à cellules acinaires, l'adénocarcinome polymorphe bien différencié (*low grade*) et la tumeur mixte maligne³. Les facteurs de risque demeurent encore imprécis. Ces tumeurs peuvent apparaître plus tôt que le carcinome spinocellulaire et ont tendance à se répartir de façon plus égale entre les deux sexes. Les adénocarcinomes salivaires touchent principalement la voûte palatine (*photo 6*), les muqueuses jugales et le plancher buccal où ils ont initialement l'aspect d'une masse indurée à surface lisse non bourgeonnante, ce qui les distingue du carcinome spinocellulaire. Certains adénocarcinomes salivaires intra-oraux évoluent lentement pendant quelques années, tout en demeurant asymptomatiques sur le plan clinique. Ils finissent toutefois par s'ulcérer, saigner et envahir les structures nerveuses adjacentes, causant alors une douleur importante.

Lymphomes

La plupart des lymphomes intra-oraux sont des lymphomes non hodgkiniens de type B moyennement ou peu différenciés qui surviennent sur la gencive, le palais et la muqueuse jugale⁴. Ils prennent le plus souvent la forme

D'un point de vue clinique, le carcinome spinocellulaire peut prendre la forme d'une ulcération chronique, d'une leucoplasie, d'une érythroplisie, d'une érythroleucoplasie ou d'une masse bourgeonnante ulcérée. Les lésions avancées sont typiquement indurées et sont souvent associées à un saignement spontané et à la présence d'une douleur secondaire d'un envahissement des plexus nerveux adjacents. À ce stade, le cancer peut entraîner des troubles masticatoires, une dysphagie, une dysphonie ainsi qu'une atteinte sensorielle ou motrice. Il peut aussi produire des métastases à distance. Les lésions naissantes, en revanche, sont souvent discrètes et totalement asymptomatiques sur le plan clinique.

d'une masse, d'une ulcération chronique ou d'une atteinte parodontale atypique. Ils peuvent à l'occasion toucher les maxillaires, ce qui peut entraîner un gonflement douloureux, une mobilité dentaire, une paresthésie ainsi qu'une fracture pathologique. Cette atteinte des maxillaires est particulièrement visible dans le lymphome de Burkitt, variante africaine, qui montre un lien très étroit avec l'intégration du virus d'Epstein-Barr dans le génome tumoral.

Des lymphomes non hodgkiniens peu différenciés peuvent, par ailleurs, apparaître chez les malades infectés par le VIH. Ces lymphomes touchent souvent la gencive, le palais et le procès alvéolaire supérieur et sont habituellement très agressifs. Mentionnons enfin que des lymphomes T et NK sont parfois présents dans la cavité buccale. Ils se manifestent généralement dans le cadre du mycosis fongoïde ou du syndrome de Sézary ou encore ils prennent la forme d'un granulome létal de la ligne médiane (lymphome T angiocentrique, lymphome T/NK, lymphome centrofacial) ou d'une ulcération extensive du palais ou du procès alvéolaire supérieur. L'atteinte des muqueuses intra-orales par un lymphome MALT ou par la maladie de Hodgkin demeure, quant à elle, très marginale.

Autres néoplasies malignes

Les sarcomes et les tumeurs métastatiques sont d'autres sources possibles d'ulcération orale chronique. La plupart du temps, l'ulcère se développe aux dépens d'une masse sous-jacente. Il peut être très difficile de distinguer cliniquement ces affections d'un lymphome, voire même d'un adénocarcinome salivaire. Le praticien doit donc rester très vigilant devant toute masse à croissance rapide, indurée



Photo 7. Sarcome de Kaposi de la papille nasopalatine

ou en partie ulcérée, ces changements évoquant jusqu'à preuve du contraire la présence d'une lésion maligne.

Un certain nombre de sarcomes peuvent toucher les tissus mous de la bouche, soit le fibrosarcome, l'histiocytome fibreux malin, le liposarcome, le léiomyosarcome, le rhabdomyosarcome, l'angiosarcome et le sarcome neurogénique, sans oublier bien sûr le sarcome de Kaposi. L'atteinte des mu-

queuses intra-orales par ce sarcome peut être importante et constituer la première manifestation de l'infection par le VIH. Les gencives et le palais sont les structures les plus touchées, bien qu'à l'occasion la langue, les lèvres et les muqueuses jugales soient aussi compromises. Les lésions naissantes se présentent sous forme de macules ou de taches érythémateuses alors que les lésions plus matures sont davantage nodulaires et de coloration brunâtre ou violacée (photo 7). En présence de tels changements, le médecin doit chercher les autres manifestations de l'infection par le VIH dans la cavité buccale, soit la candidose, la stomatite herpétique, la leucoplasie chevelue ou pileuse, l'érythème gingival linéaire (gingivite à VIH), la parodontite ulcéronécrosante, la stomatite aphtoïde et le lymphome non hodgkinien, pour ne nommer que les plus importantes.

Le praticien doit aussi considérer le fait que la bouche peut être touchée par une néoplasie métastatique. Les lésions métastatiques représentent environ 1 % de toutes les tumeurs malignes de la cavité buccale. Ces métastases intéressent principalement les maxillaires (métastases osseuses) et, à l'occasion, la gencive et la langue. Les métastases des tissus mous ont l'aspect d'une masse isolée qui peut être en partie ulcérée. Le poumon, le sein, le rein, la thyroïde et le tractus gastro-intestinal constituent les principales sources de ces métastases⁵.

Les sarcomes et les tumeurs métastatiques sont d'autres sources possibles d'ulcération orale chronique. La plupart du temps, l'ulcère se développe aux dépens d'une masse sous-jacente. Il peut être très difficile de distinguer cliniquement ces affections d'un lymphome, voire même d'un adénocarcinome salivaire. Le praticien doit donc rester très vigilant devant toute masse à croissance rapide, indurée ou en partie ulcérée, ces changements évoquant jusqu'à preuve du contraire la présence d'une lésion maligne.



Photo 8. Lichen plan érosif de la muqueuse jugale



Photo 9. Réaction lichénoïde d'origine médicamenteuse



Photo 10. Lupus érythémateux discoïde de la muqueuse jugale

Troubles inflammatoires chroniques

Des ulcérations chroniques persistantes peuvent être observées dans le cadre de certains troubles inflammatoires chroniques, la plus classique étant le lichen plan érosif (*photo 8*), une mucodermatose de cause indéterminée touchant principalement la peau, la cavité buccale et la région génitale. Les lésions cutanées du lichen plan sont très caractéristiques et prennent l'apparence de papules prurigineuses de coloration pourpre ou violacée siégeant généralement sur le tronc, les avant-bras et les jambes.

Plusieurs types de lichen plan peuvent être présents dans la cavité buccale, les plus fréquents étant le lichen plan réticulaire, le lichen plan atrophique et le lichen plan érosif. Ce dernier prend la forme d'une ulcération chronique très douloureuse entourée de fines stries blanchâtres périphériques, ce qui permet de le distinguer d'une ulcération maligne. Les lieux de prédilection du lichen plan érosif sont les muqueuses jugales, la langue et la gencive. Les lésions peuvent être bilatérales et suivent habituellement un cours évolutif très prolongé (mois, années). Ce type de lichen plan est rarement associé à une atteinte cutanée, ce qui rend son diagnostic plus difficile. Plusieurs études confirment, par ailleurs, que le lichen plan érosif comporte un certain risque de transformation maligne, ce qui nécessite un suivi très étroit. Le traitement repose le plus souvent sur la prise de stéroïdes topiques ou généraux. La biopsie est généralement nécessaire pour confirmer le diagnostic.

Un certain nombre de médicaments peuvent induire des réactions dites lichénoïdes (*photo 9*) pouvant être confondues avec le lichen plan érosif conventionnel, notamment les antimalariques, les sels d'or ainsi que certains phénothiazines, diurétiques, AINS, inhibiteurs de l'ECA et anti-diabétiques oraux. Le retrait du médicament responsable constitue en pratique la principale façon de confirmer le diagnostic puisqu'il n'existe aucun critère fiable sur le plan

histologique permettant de distinguer une réaction lichénoïde d'origine médicamenteuse d'un véritable lichen plan érosif.

Le lupus érythémateux discoïde (*photo 10*) constitue, par ailleurs, une autre cause d'ulcération chronique de la cavité buccale. Les lésions du lupus discoïde intra-oral peuvent être facilement confondues avec celles du lichen plan érosif. Le lupus discoïde peut aussi se présenter sous forme d'une lésion mixte (blanche et rouge) ou d'une plaque de kératose, ressemblant ainsi à une leucoplasie. Contrairement au lichen plan érosif, les lésions du lupus discoïde intra-oral sont habituellement associées à une atteinte cutanée prédominante de la région cervicofaciale. L'immunofluorescence directe permet de distinguer assez facilement ces deux affections. Le traitement est apparenté à celui du lichen plan érosif bien qu'il fasse intervenir assez régulièrement la prise d'antimalariques.

La sialométaplasie nécrosante est une maladie relativement rare qui peut être confondue cliniquement et histologiquement avec un carcinome spinocellulaire. Elle serait vraisemblablement secondaire d'une nécrose ischémique du tissu salivaire. La pathogenèse de la sialométaplasie nécrosante est mal définie. La plupart des cas sont observés sur la voûte palatine, le palais dur étant touché plus souvent que le palais mou, généralement dans sa portion latérale. La sialométaplasie nécrosante commence habituellement par un gonflement douloureux qui fait place subséquemment à une ulcération chronique asymptomatique, de taille parfois importante, engendrée par le détachement du tissu nécrotique.

Vasculites et infections chroniques

Les mycoses profondes, la tuberculose ainsi que la syphilis primaire et tertiaire sont des causes relativement rares d'ulcération chronique isolée. L'anamnèse du patient, le bilan paraclinique tout comme la biopsie de l'ulcère permettent



Photo 11. Nécrose de la langue secondaire d'une artérite temporale



Photo 12. Stomatite aphteuse récurrente



Photo 13. Stomatite aphteuse récurrente : anémie

de préciser le diagnostic. En raison de leur tableau clinique (chronicité, induration), les ulcères causés par ces problèmes peuvent être confondus avec une néoplasie maligne. L'ulcère tuberculeux démontre une grande affinité pour la surface dorsale de la langue alors que les ulcères de la gomme syphilitique touchent plus particulièrement le palais où ils prennent la forme d'une perforation centrale et d'une communication oronasale ou orosinusale. Ces dernières lésions sont rares de nos jours, mais leur fréquence pourrait augmenter compte tenu de l'incidence accrue de syphilis.

L'on ne saurait clore cette discussion sur les ulcères chroniques isolés sans souligner le fait que la granulomatose de Wegener et l'artérite temporale devraient toujours être recherchées en présence d'une ulcération atypique du palais ou de la langue. Ces ulcérations sont souvent confondues avec un processus malin et peuvent constituer, chez certains patients, la première manifestation de la maladie. La granulomatose de Wegener peut entraîner une nécrose étendue de la voûte palatine ou du procès alvéolaire supérieur⁶, ce qui n'est pas sans rappeler les changements observés dans le cadre d'un lymphome T/NK. Des cas de nécrose grave de la langue (*photo 11*) ont, par ailleurs, été signalés chez certains patients souffrant d'artérite temporale⁷. Les autres manifestations de ce trouble dans la cavité buccale sont la glossyrose, la claudication masticatoire et les odontalgies atypiques.

Ulcérations multiples récurrentes

Stomatite aphteuse et aphteuse récurrente

Sous sa forme sporadique ou récurrente, l'ulcère aphteux est une lésion multifactorielle, de nature immunologique, caractérisée par une infiltration de la muqueuse buccale par des lymphocytes CD₄. Les facteurs responsables de ce dérèglement immunitaire demeurent imprécis. L'ulcère aphteux survient le plus souvent de façon sporadique. Un cer-

tain nombre de patients sont cependant aux prises avec des ulcères aphteux qui peuvent récidiver de façon prolongée. Ces ulcérations récurrentes correspondent à ce qu'il convient d'appeler la stomatite aphteuse récurrente⁸ (*photo 12*).

Diverses anomalies peuvent être décelées à l'évaluation de ces patients, telles qu'une sidéropénie et une carence en acide folique ou en vitamine B₁₂. Des ulcères apparentés aux ulcères aphteux peuvent être, par ailleurs, observés chez des malades souffrant de certains troubles comme l'anémie (*photo 13*), la neutropénie, la maladie de Crohn (*photo 14*), la colite ulcéreuse, la maladie coeliaque, la maladie de Behçet (*photo 15*), le lupus érythémateux disséminé (*photo 16*), l'hypogammaglobulinémie ou l'infection par le VIH. Certains auteurs qualifient alors ces ulcères de stomatite aphteuse récurrente, puisqu'ils semblent faire intervenir une pathogenèse différente de celle de l'ulcère aphteux conventionnel. Des ulcérations aphteuses peuvent être aussi présentes dans certaines hémopathies malignes, telles que la leucémie et les syndromes myélodysplasiques où elles sont vraisemblablement attribuables à l'anémie et à la neutropénie qui accompagnent ces affections. Le diagnostic différentiel des ulcères notés chez les malades infectés par le VIH, quant à lui, est complexe et déborde largement des objectifs du présent article.

L'ulcère aphteux affectionne les muqueuses non kératinisées et s'observe principalement sur les lèvres, les muqueuses jugales, la muqueuse alvéolaire, le palais mou, la surface ventrale de la langue et le plancher buccal. Les lésions sont précédées d'une sensation de brûlure ou d'engourdissement local, laquelle fait place à l'apparition d'une macule érythémateuse dont la portion centrale se nécrose pour former l'ulcère. Nous distinguons trois types d'ulcère aphteux sur le plan clinique, soit l'aphte mineur, l'aphte majeur (périadénite nécrotique récurrente) et les ulcérations herpétiformes.



Photo 14. Stomatite aphteuse récurrente : maladie de Crohn

Photo 15. Stomatite aphteuse récurrente : maladie de Behçet

Photo 16. Stomatite aphteuse récurrente : lupus érythémateux disséminé

L'aphte mineur se définit comme une ulcération de diamètre inférieur à 1 cm, dont la guérison se produit habituellement à l'intérieur de 7 à 14 jours. La plupart des aphtes mineurs surviennent de façon sporadique ; chaque poussée comporte de un à cinq ulcères, et est souvent espacée de la suivante de plusieurs mois, parfois même de quelques années. En revanche, certains aphtes mineurs sont très chroniques et entraînent une gêne masticatoire relativement importante. L'aphte majeur, qualifié aussi de périadénite récurrente, est un type d'ulcère beaucoup plus grave pouvant atteindre un diamètre de 1 à 3 cm et pouvant laisser une cicatrice. La durée de cet ulcère est de trois à six semaines. Les ulcérations herpétiformes, quant à elles, comportent de multiples ulcérations de faible diamètre (de 1 mm à 2 mm) dont le nombre peut parfois avoisiner la centaine. Ces ulcérations sont souvent très récurrentes et n'ont aucun lien, comme tel, avec une maladie herpétique.

Le traitement de l'ulcère aphteux repose généralement sur la prise de stéroïdes topiques. Des stéroïdes généraux sont parfois administrés dans les formes plus graves de stomatite aphteuse récurrente. D'autres médicaments, tels que la dapsonne, le lévamisole, la colchicine, la pentoxifylline, l'acide 5-aminosalicylique (5-AAS) et la thalidomide

peuvent être utiles dans certaines circonstances.

Lésions d'origine médicamenteuse

Des ulcérations orales récurrentes peuvent accompagner la prise de plusieurs médicaments. Ces ulcères ont un tableau clinique très variable et doivent être distingués de la stomatite aphteuse ou aphteuse récurrente. Parmi les médicaments les plus souvent en cause, mentionnons les antinéoplasiques et les immunodépresseurs qui exercent des effets importants sur la fonction médullaire. Cette myélo-dépresseur constitue aussi le mécanisme des ulcérations liées à la prise de certains médicaments (carbamazépine, propylthiouracile, clozapine, captopril et ticlopidine). Des ulcérations récurrentes peuvent aussi survenir sur une base immunologique, s'inscrivant dans le cadre d'un syndrome lupique, d'une réaction lichénoïde ou d'un tableau s'apparentant à celui du pemphigus ou de l'érythème polymorphe.

Mucodermatoses

Des ulcérations orales particulièrement importantes peuvent être observées dans le cadre de certains troubles immunobulleux chroniques, tels que le pemphigus, la pemphigoïde bulleuse, la pemphigoïde des muqueuses,

Diverses anomalies peuvent être décelées à l'évaluation des patients aux prises avec des ulcères aphteux récurrents, telles qu'une sidéropénie et une carence en acide folique ou en vitamine B₁₂, pour ne nommer que les plus importantes. Des ulcères apparentés aux ulcères aphteux peuvent être, par ailleurs, observés chez des malades souffrant de certains troubles comme l'anémie, la neutropénie, la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse, la maladie cœliaque, la maladie de Behçet, le lupus érythémateux disséminé, l'hypogammaglobulinémie ou l'infection par le VIH. Certains auteurs qualifient alors ces ulcères de stomatite aphteuse récurrente, puisqu'ils semblent faire intervenir une pathogenèse différente de celle de l'ulcère aphteux conventionnel.



Photo 17. Pemphigus vulgaire : atteinte jugale



Photo 18. Pemphigoïde orale : atteinte jugale et vestibulaire

la dermatose à IgA linéaire, la dermatite herpétiforme et l'épidermolyse bulleuse acquise, caractérisés par la production d'anticorps dirigés contre certains épitopes des desmosomes (pemphigus) et de la membrane basale (pemphigoïde et variantes). La fixation des anticorps sur ces structures, suivie par l'activation du complément, provoque une réaction inflammatoire qui conduit à la formation d'une bulle (ou d'une vésicule), puis d'un ulcère. Des distinctions importantes existent entre ces troubles sur les plans clinique, épidémiologique et immunologique. Dans le cadre de cet article, nous limiterons la discussion au pemphigus et à la pemphigoïde des muqueuses en raison de leur affinité particulière pour la cavité buccale.

Le pemphigus est une maladie très rare (de 1 à 5 cas par million) apparaissant généralement entre 30 et 50 ans. Plusieurs types de pemphigus sont décrits, le plus fréquent étant le pemphigus vulgaire dont les anticorps pathogènes sont dirigés contre la desmogléine-1 et la desmogléine-3, des constituants des desmosomes. La cavité buccale est souvent le premier endroit atteint par le pemphigus vulgaire. De 50 % à 70 % des patients subissent, en effet, des lésions intra-orales qui peuvent précéder de quelques mois à quelques années l'apparition de lésions cutanées⁹. Bien que les bulles soient considérées comme les lésions les plus caractéristiques du pemphigus, elles sont rarement observées dans la bouche en raison de leur minceur et de leur faible résistance au traumatisme masticatoire. Des bulles flasques, partiellement vidées de leur contenu, sont parfois rencontrées. Les lésions intra-orales les plus fréquentes sont, sans contredit, de larges érosions irrégulières, recouvertes ou non d'une pseudomembrane nécrotique (photo 17). L'épithélium retrouvé au pourtour de ces érosions est friable et a tendance à se détacher facilement, causant parfois un dénudement extensif de la muqueuse orale. Le signe de Nikolsky est positif (formation d'une bulle ou décollement épithélial provoqué par le frottement de la muqueuse

à l'aide d'une tige montée). L'immunofluorescence directe ou indirecte permet de confirmer le diagnostic. Le traitement du pemphigus repose sur la prise de stéroïdes ou d'immunodépresseurs.

La pemphigoïde des muqueuses est une maladie bulleuse auto-immune nettement plus fréquente que le

pemphigus, qui touche généralement les personnes de plus de 60 ans. Ce type de pemphigoïde est considéré comme une variante de la pemphigoïde bulleuse, un trouble observé chez les patients de 70 et 80 ans et qui possède une grande affinité pour la peau. L'atteinte cutanée demeure marginale dans la pemphigoïde des muqueuses et n'apparaît que tardivement. Les anticorps de la pemphigoïde bulleuse et de la pemphigoïde des muqueuses sont dirigés contre certains antigènes des hémidesmosomes et de la membrane basale⁹. La bouche est la structure la plus touchée par la pemphigoïde des muqueuses. Les lésions intra-orales prennent la forme de bulles flasques ou tendues ou d'ulcérations extensives (photo 18). Les bulles de la pemphigoïde des muqueuses sont plus épaisses que celles du pemphigus et sont, par conséquent, plus facilement repérables. Les gencives, les lèvres, les muqueuses jugales, la langue, le palais et l'oropharynx peuvent être touchés. Le signe de Nikolsky est positif. Les lésions intra-orales sont souvent très chroniques et peuvent s'échelonner sur plusieurs années. La muqueuse oculaire est le deuxième point le plus touché par la pemphigoïde des muqueuses⁹. L'atteinte de l'œil est grave et peut entraîner la cécité. Les autres muqueuses atteintes par la pemphigoïde des muqueuses sont la muqueuse nasale, pharyngée, laryngée, œsophagienne, vaginale, anale et rectale. L'examen histologique révèle la présence d'un clivage sous-épithélial et de dépôts d'immunoglobulines et de C₃ le long de la membrane basale. Les stéroïdes constituent la pierre angulaire du traitement mais la nicotinamide, la dapsonne, la minocycline, la thalidomide, les immunodépresseurs, la plasmaphérèse et l'administration d'immunoglobulines par voie intraveineuse peuvent, au besoin, compléter le traitement. ❧

Date de réception : 6 janvier 2004

Date d'acceptation : 16 mai 2004

Mots-clés : stomatite, ulcérations orales, néoplasies buccales

Bibliographie

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2^e éd. Philadelphie: M.B. Saunders Company; 2002.
2. Weinberg MA, Estefan DJ. Assessing oral malignancies. *Am Fam Physician* 2002; 65 (7): 1379-84.
3. Jansisyanont P, Blanchaert RH Jr, Ord RA. Intraoral minor salivary gland neoplasm: a single institution experience of 80 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2002; 31 (3): 257-61.
4. Solomides CC, Miller AS, Christman RA, Talwar J, Simpkins H. Lymphomas of the oral cavity: histology, immunologic type, and incidence of Epstein-Barr virus infection. *Hum Pathol* 2002; 33 (2): 153-7.
5. Van der Waal RI, Buter J, Van der Waal I. Oral metastases: report of 24 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2003; 41 (1): 3-6.
6. Lilly J, Juhlin T, Lew D, Vincent S, Lilly G. Wegener's granulomatosis presenting as oral lesions: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85 (2): 153-7.
7. Rockey JG, Anand R. Tongue necrosis secondary to temporal arteritis: a case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94 (4): 471-3.
8. Scully C, Gorsky M, Lozada-Nur F. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis: a consensus approach. *J Am Dent Assoc* 2003; 134 (2): 200-7.
9. Vaillant L. Maladies bulleuses auto-immunes de la muqueuse buccale. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1999; 100 (5): 230-9.

S U M M A R Y

Chronic oral ulcers. Differential diagnosis of chronic oral ulcers is relatively complex. From a clinical viewpoint, these ulcers can be divided in chronic solitary ulcers and recurrent oral ulcerations. Traumatic ulcer, epidermoid carcinoma and erosive lichen planus are common causes of chronic solitary ulceration but other diseases such as salivary adenocarcinoma, lymphoma, sarcoma, metastatic carcinoma, discoid lupus erythematosus, syphilis, tuberculosis, systemic mycoses, Wegener's granulomatosis and giant cell arteritis should be also considered. Recurrent aphthous stomatitis is the prototype of recurrent oral ulcerations. Aphthous-like ulcers can be observed in various systemic diseases such as anemia, neutropenia, coeliac disease, Crohn's disease, ulcerative colitis, Behcet's syndrome, systemic lupus erythematosus, HIV infection and other types of immunodeficiency. Autoimmune bullous mucodermatoses such as pemphigus, mucous membrane pemphigoid, bullous pemphigoid, herpetiform dermatitis, IgA linear dermatosis and congenital or acquired epidermolysis bullosa are also occasional causes of chronic oral ulcerations.

Keywords: stomatitis, oral ulcers, mouth neoplasms



1

VISEZ SANTÉ, VISEZ LES ŒUFS !

Désormais, les œufs peuvent afficher fièrement le symbole Visez santéSM

Le symbole Visez santéSM de la Fondation des maladies du cœur du Canada indique aux consommateurs que l'œuf constitue un aliment nutritif selon les critères de la Fondation. Ceci prouve que les œufs représentent un choix sain et sensé.

Voilà une bonne nouvelle pour vos patients! En effet, un gros œuf ne contient que 70 calories, 5 grammes de matières grasses et 6 grammes de protéines. Ceci signifie que vos patients soucieux de leur poids peuvent probablement consommer plus d'œufs qu'ils ne le croient.

AVEZ-VOUS PARLÉ D'ŒUFS À VOS PATIENTS RÉCEMMENT ?

 1. Pour en savoir plus sur les critères de sélection des œufs, consultez le site Web de la Fondation des maladies du cœur du Canada. Les producteurs d'œufs du Canada approuvés pour afficher le programme Visez SantéSM ont été évalués par une organisation de produits. Voir www.oeufcanada.ca. Information supplémentaire (561) 336-6266. www.oeufcanada.ca ou www.oeufcanada.ca.

 OFFICE CANADIEN DE COMMERCIALIZATION DES ŒUFS

www.oeufcanada.ca