

# Ah ! Ces bobos dans la bouche

Pierre Poulin

1

La bouche est la porte d'entrée du tube digestif. C'est par la bouche que le nourrisson régurgite, qu'il ingère ce qui peut lui donner mal au ventre ou le rendre constipé ou encore qu'il boit le lait qui le nourrit, mais qui peut parfois provoquer des coliques ou des allergies.

Pour vous mettre l'eau... à la bouche, je vous présente des descriptions de lésions buccales chez des enfants et des photos en vous demandant de vous creuser les méninges pour poser le bon diagnostic.

## Cas n° 1

Catherine a un gros mal de gorge



Photo 1. Pharyngite

Vous recevez à votre cabinet Catherine, 3 ans. Elle fait 39 °C de fièvre depuis la veille. Elle a vomis. Elle se plaint de maux de tête, de maux de gorge et de maux de ventre. L'examen montre une augmentation du volume des amygdales, qui sont rouges, et des pétéchies au palais (photo 1). Elle a de gros ganglions cervicaux qui font 2,5 cm de chaque côté et qui sont sensibles à la palpation.

Quelle est, selon vous, la probabilité que cette enfant fasse une pharyngite à streptocoques ?

- 25 %
- 50 %
- 75 %
- 100 %

Que faites-vous ? Vous lui prescrivez d'emblée un antibiotique ? Vous lui faites passer un test de dépistage du streptocoque et la traitez si le résultat est positif ? Vous faites une culture et attendez le résultat ?

Le Dr Pierre Poulin, pédiatre, exerce au Centre de santé et de services sociaux de Beauce, ainsi qu'au Centre de réadaptation de Chaudière-Appalaches. Il est chargé de stage pour le Département de médecine familiale de l'Université Laval.

## Cas n° 2

Geneviève a des bobos dans la bouche



Photo 2. Ulcères dans le pharynx postérieur

Vous êtes de retour de vacances et commencez votre première journée au service de consultation sans rendez-vous. Geneviève, 2 ans et demi, se présente avec ses parents. Elle fait 38,5 °C de fièvre environ. Elle est plus irritable que d'habitude, ne mange pas et boit peu.

Voici ce que l'examen de la cavité buccale montre (photo 2).

Quel est votre diagnostic et quel sera votre traitement ? La mère vous précise qu'elle est enceinte de 32 semaines et demande s'il peut y avoir des conséquences pour le fœtus.

## Cas n° 3

Marijo a plein d'ulcères dans la bouche



Photo 3. Stomatite ulcéreuse

Marijo, 4 ans, vient vous voir avec ses grands-parents qui la gardent. Elle fait 40 °C de fièvre depuis la veille. Elle est irritable et semble avoir mal dans la bouche. Elle refuse de boire et de manger. Elle continue à faire des mictions régulières et a peu ou pas de signes de déshydratation.

Voici ce que vous voyez en examinant sa bouche (photo 3).

Les gencives sont hyperhémées et friables. La langue, le palais et le fond de la gorge comportent des lésions ulcéreuses. Quel est votre diagnostic et quel sera votre traitement ?

## Cas n° 4

Louis-Jean a un long filet sous la langue



Maman et papa viennent à la première visite postnatale du petit Louis-Jean, 5 semaines, qui est allaité. Les boires sont longs, fréquents et douloureux. La maman est fatiguée. Le gain de poids est limite. Les parents vous disent que leur bébé a le « filet » et veulent savoir si on ne devrait pas le faire couper pour qu'il ne nuise pas à la succion et plus tard au langage (photo 4). Le papa se demande si son fils embrassera aussi bien que lui... Que lui répondez-vous ?

Photo 4. Ankyloglossie

Source : Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002; 110 (5) : e63. Reproduction autorisée par l'American Academy of Pediatrics.

**Tableau I****Score de Centor modifié**

Critère	Points
Fièvre > 38 °C	1
Absence de toux	1
Adénopathie douloureuse	1
Amygdales enflées ou exsudat	1
Âge : de 3 à 14 ans	1
Âge : de 15 à 44 ans	0
Âge : > 45 ans	- 1

Source : McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P et coll. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. *JAMA* 2004 ; 291 (13) : 1587-95. Reproduction autorisée.

**Et maintenant les réponses****1. Catherine a un gros mal de gorge**

**Réponse :** Catherine a une chance sur deux de souffrir d'une pharyngite à streptocoques du groupe A. Le diagnostic de cette affection ne doit pas reposer uniquement sur l'examen clinique. En fait, les symptômes servent sans doute plus à éliminer la possibilité d'une infection à streptocoques<sup>1</sup>.

Le score de Centor<sup>1,2</sup> (*tableaux I et II*) modifié est sans doute le meilleur moyen de prédire une pharyngite à streptocoques nécessitant un traitement antibiotique. Ce score est composé de quatre critères cliniques, auquel on ajoute l'âge comme facteur prédictif. Dans le cas où le patient répondrait à quatre critères ou plus, la probabilité qu'il s'agisse vraiment d'une infection à streptocoques ne dépasse pas 53 %<sup>1</sup>. Si vous traitez empiriquement cette enfant, il y a une chance sur deux<sup>1</sup> que vous lui donniez des antibiotiques inutilement, ce qui en cette ère de résistance n'est certes pas souhaitable. Si vous avez accès à un test rapide (sans doute l'idéal en cabinet privé), vous

**Tableau II****Risque d'infection à streptocoques\***

Score	Risque (%)
0	De 1 à 2,5
1	De 5 à 10
2	De 11 à 17
3	De 18 à 35
4 ou plus	De 51 à 53

\* Interprétation du score de Centor

Source : McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P et coll. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. *JAMA* 2004 ; 291 (13) : 1587-95. Reproduction autorisée.

peuvent traiter le patient en cas de résultat positif<sup>1</sup>. Si le résultat est négatif, il est tout de même recommandé de faire une culture de gorge. Si vous n'avez pas accès à un test rapide, faites la culture de gorge et traitez l'enfant si le résultat est positif. Si le score est de 0 ou de 1, la probabilité d'une pharyngite à streptocoques est inférieure à 10 %<sup>1</sup>. La culture ou le test rapide sont alors probablement inutiles. Vous n'avez donc simplement qu'à rassurer les parents.

On parlera de scarlatine si l'enfant présente une éruption diffuse en « papier sablé », s'accroissant aux plis de flexion (signe de Pastia)<sup>3</sup>. Vous devez également faire une culture ou un test de dépistage du streptocoque, mais vous pouvez tout de même prescrire d'emblée des antibiotiques. On peut aussi entreprendre un traitement antibiotique en cas de pharyngite compliquée, de contact prouvé avec un streptocoque du groupe A ou d'antécédents de rhumatisme articulaire aigu (RAA).

Si une pseudomembrane recouvre les amygdales de votre patient et que ce dernier se sent fatigué depuis plusieurs jours, n'oubliez pas de vérifier s'il y a présence d'une splénomégalie. Vous pourriez aussi faire un mononostest pour exclure la possibilité d'une mononucléose.

Par ailleurs, si le patient a une amygdalite, la langue

**Le diagnostic de la pharyngite à streptocoques du groupe A ne doit pas reposer uniquement sur l'examen clinique. En fait, les symptômes servent sans doute plus à éliminer la possibilité d'une infection à streptocoques.**

Repère

**Tableau III****Traitement de la pharyngite à streptocoques du groupe A chez l'enfant**

Antibiotique	Posologie quotidienne (voie orale)	Posologie maximale (voie orale)	Durée
<b>1<sup>re</sup> intention</b>			
Pénicilline V (Pen-Vee)	50 mg/kg/j en 2 doses	600 mg, 2 f.p.j.	10 jours
Amoxicilline	50 mg/kg/j en 2 doses	500 mg, 2 f.p.j.	10 jours
<b>En cas d'allergie</b>			
Azithromycine (Zithromax)	12 mg/kg/j en 1 dose	500 mg, puis 250 mg, 1 f.p.j.	5 jours
Céphalexine (Keflex)	50 mg/kg/j en 3 doses	500 mg, 2 f.p.j.	10 jours
Clarithromycine (Biaxin)	15 mg/kg/j en 2 doses	250 mg, 2 f.p.j.	10 jours
Estolate d'érythromycine	De 30 à 40 mg/kg/j en 3 doses	333 mg, 3 f.p.j.	10 jours

framboisée, les lèvres fissurées, les conjonctives rouges et est très irritable, il souffre peut-être de la maladie de Kawasaki.

La pénicilline V reste le premier choix pour traiter la pharyngite à streptocoques<sup>4,5</sup>. Même si des études ont montré l'éradication de la bactérie après cinq jours de traitement avec certaines céphalosporines ou certains macrolides, ces posologies ne sont pas recommandés. Chez les patients allergiques à la pénicilline, l'utilisation de macrolides (clarithromycine) ou d'une céphalosporine de première génération est une solution de rechange possible (tableau III).

## 2. Geneviève a des bobos dans la bouche

### Réponse : Geneviève souffre d'une herpangine<sup>6</sup>.

Contrairement à ce que son nom laisse supposer, cette affection n'est pas causée par le virus de l'herpès, mais par un virus de type coxsackie. C'est une infection généralement bénigne qui ne nécessite aucun traitement, si ce n'est la prise d'analgésiques. L'herpangine survient le plus souvent à la fin de l'été et à l'automne. Le diagnostic est clinique, la culture virale ou la sérologie n'étant utilisées que pour des cas spéciaux.

Et si vous constatez des lésions semblables sur les mains (photo 5) et les pieds d'un patient, vous diagnostiquerez évidemment alors la maladie « pieds-mains-bouche », traduction du *Hand, foot and mouth disease*.



Photo 5. Vésicules sur les mains

Cette maladie peut être due aussi aux coxsackie A-16 ou l'entérovirus 71. Dans ce dernier cas, le tableau clinique sera souvent plus grave.

Petite différence : dans l'herpangine, les lésions se trouvent souvent dans le pharynx postérieur alors que dans la maladie « pieds-mains-bouche », elles se situent plus sur la langue et sur la partie antérieure de la bouche<sup>7</sup>.

Le coxsackie peut aussi donner des infections des voies respiratoires (bronchiolites, pneumonies), une conjonctivite hémorragique aiguë, des myocardites et des péricardites. Il est souvent responsable des méningites virales qu'on voit à la fin de l'été et au début





**Photos 6.** Lésions cutanées disséminées causées par le virus de l'herpès simplex

de l'automne. Il n'entraîne toutefois pas de complications pour le fœtus.

Des lésions ulcéreuses de la bouche peuvent parfois

être associées à des affections générales<sup>7</sup> telles que la maladie de Crohn, le syndrome de Stevens-Johnson, la maladie de Behçet (avec ulcères génitaux et uvéite), la neutropénie ou l'agranulocytose. Si votre patient présente une fièvre récidivante associée à une stomatite aphteuse, à une pharyngite et à une adénite, vous pourrez épater vos collègues en leur disant que vous soupçonnez un syndrome de PFAPA<sup>8</sup> (Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis et adenite). De cause encore inconnue, ce dernier peut être accompagné d'arthralgies. Il commence généralement avant cinq ans et se traite dans la majorité des cas par une dose unique de 1 mg/kg à 2 mg/kg de prednisone. Il se produit souvent une résolution spontanée après de 4 à 8 années d'évolution.

### 3. Marijo a plein d'ulcères dans la bouche

**Réponse :** Elle souffre d'une gingivostomatite herpétique, causée par le virus de l'herpès simplex de type I. Les enfants atteints sont généralement malades, souffrants et doivent souvent être hospitalisés parce qu'ils refusent de prendre quoi que ce soit par la bouche à cause de la douleur. Le traitement vise à soulager la douleur et à favoriser l'hydratation. Si un patient atteint de gingivostomatite herpétique vient consulter un médecin dans les 72 premières heures, il est alors possible de tenter un traitement par l'acyclovir par voie orale<sup>9</sup> (15 mg/kg, 5 fois par jour) afin de diminuer la durée et la gravité de la maladie. Certaines préparations prétendent diminuer la douleur (Ex. : mélange 1 : 1 de Maalox et de diphenhydramine), mais leur efficacité n'a jamais été prouvée et leur posologie n'a jamais été bien précisée.


Si Marijo était atteinte de dermatite atopique et que les lésions apparaissaient un peu partout sur son corps (photos), on parlerait d'*eczema herpeticum* ou de pustulose de Kaposi-Juliusberg<sup>10</sup> (photos 6 a, b et c). Dans ce cas, il serait indiqué de traiter par l'acyclovir et de suivre de près la dissémination des lésions herpétiques.

**Il ne faut pas oublier que des lésions ulcéreuses de la bouche peuvent parfois être associées à des affections générales, telles que la maladie de Crohn, le syndrome de Stevens-Johnson, la maladie de Behçet (avec ulcères génitaux et uvéite), la neutropénie ou l'agranulocytose.**

Repère

#### 4. Louis-Jean a un long filet sous la langue

### Réponse : La question de l'ankyloglossie a toujours été controversée et fait l'objet de débats entre les interventionnistes et ceux qui ne le sont pas.

Un article paru dans *Pediatrics* en 2002 sur l'influence de l'ankyloglossie sur l'allaitement et les effets de la frénuloplastie<sup>11</sup> ébranle les convictions des non-interventionnistes. Dans cette étude, les médecins ont proposé cette intervention aux parents de bébés présentant un frein lingual court et des difficultés de succion. De façon surprenante, les problèmes de mise au sein se sont améliorés chez tous les bébés et la douleur des mamans a diminué de façon très considérable. Aucune complication n'est survenue à la suite de l'intervention somme toute mineure. On devrait probablement envisager cette solution chez les bébés dont l'allaitement est difficile et qui ont un frein lingual court (*figure*). Il n'a toutefois jamais été montré que l'ankyloglossie nuisait au langage. Et le petit Louis-Jean devrait embrasser au moins aussi bien que son père. 

Date de réception : 15 mars 2007

Date d'acceptation : 14 mai 2007

Mots-clés : streptocoque, pharyngite, herpangine, gingivostomatite herpétique, ankyloglossie

Le Dr Pierre Poulin a agi à titre de conférencier pour la société pharmaceutique Lilly et pour Janssen en 2006.

### Bibliographie

- McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P et coll. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. *JAMA* 2004; 291 (13) : 1587-95.
- Hafner JW. The clinical diagnosis of streptococcal pharyngitis. *Ann Emerg Med* 2005; 46 (1) : 87-9.
- Gershon A, Hotez P, Katz S. *Krugman's Infectious Diseases of Children*. 11<sup>e</sup> éd. Philadelphie : Mosby; 2004. pp. 647-8.
- Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM et coll. Practice guidelines for the diagnosis and management of Group A streptococcal pharyngitis. *Clin Inf Dis* 2002; 35 (2) : 113-25.
- Conseil du médicament du Québec. Pharyngite-amygdalite chez l'enfant et chez l'adulte. Guide janvier 2005. Site Internet : <http://64.233.167.104/search?q=cache:BCSRsJFjo9UJ:www.cdm.gouv.qc.ca/site/download.php%3F8d178ad8aadfcd8cc39e6c28759c0904+Pharyngite-amygdalite+chez+l%27enfant+et+chez+l%27adulte&hl=fr&ct=clnk&cd=1&gl=ca> (Date de consultation : 10 mars 2007).
- Kliegman RM, Jenson HB, Behrman RE. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17<sup>e</sup> éd. Philadelphie : WB Saunders; 2004. pp. 1042-8.
- Kliegman RM, Jenson HB, Behrman RE. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17<sup>e</sup> éd. Philadelphie : WB Saunders; 2004. pp. 1214-5.
- Kliegman RM, Jenson HB, Behrman RE. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17<sup>e</sup> éd. Philadelphie : WB Saunders; 2004. pp. 821-2.
- Faden H. Management of primary herpetic gingivostomatitis in young children (Review Articles). *Ped Emerg Care* 2006; 22 (4) : 268-9.
- Menni S, Gualandri L, Boccardi D et coll. Kaposi varicelliform eruption in an infant. *J Pediatr* 2005; 146 (3) : 432.
- Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002; 110 (5) : e63.

### Summary

**Buccal lesions.** The diagnosis of streptococcal pharyngitis is based on throat culture or rapid strep test. Clinical symptoms and signs can rule out this diagnosis and obviate the need to do a throat culture. Herpangina is an infection of the mouth usually caused by Coxsackie. Lesions appear as vesicles on the posterior pharynx. If there are lesions on the hands and/or feet, we speak of "hand, foot, and mouth disease." It is a benign condition and does not require treatment apart from analgesia. However, coxsackie virus can cause other more severe infections like pneumonia, myocarditis, meningitis, and encephalitis.

Also to consider are systemic diseases that could produce buccal lesions, such as Crohn's disease, Kawasaki disease, etc. If a child has painful ulcerative lesions inside the mouth with high fever, it could be herpetic gingivostomatitis. It can be helpful to treat the patient with acyclovir, especially if the infection started in the last 48-72 hours. If the child has atopic dermatitis, exercise care to ensure that he doesn't develop a Kaposi varicelliform eruption, which could be a more severe infection. If a newborn has ankyloglossia and poor or difficult breast feeding, a frenuloplasty should be envisaged, and this could alleviate the sucking problems.

**Keywords:** streptococcus, pharyngitis, herpangina, herpetic gingivostomatitis, ankyloglossia

**Si un patient atteint de gingivostomatite herpétique consulte un médecin dans les 72 premières heures de l'apparition des lésions, il est alors possible de tenter un traitement par l'acyclovir par voie orale (15 mg/kg, 5 fois par jour) afin de diminuer la durée et la gravité de la maladie.**

Repère