

Rares mais rebelles affections de la muqueuse buccale

Carlos Madrid^{a, b}, Kahina Bouferrache^{a, b}, Sabina Pop^{a, b}, Tove Korsvold^a, Marcelo Abarca^{a, b}

^a Service de stomatologie et médecine dentaire – Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

^b Unité de stomatologie et de médecine dentaire pédiatriques, CHUV, Hôpital de l'Enfance de Lausanne

Quintessence

- Le lichen plan buccal (LPB) a une prévalence totale standardisée pour l'âge de 1,27%. Le LPB prend le plus souvent l'aspect d'une stomatite hyperkératosique. Les lésions du lichen plan buccal sont généralement bilatérales mais pas toujours symétriques. La muqueuse jugale, le dos de la langue et la gencive sont souvent affectés.
- Le traitement du LPB repose d'abord sur les dermocorticoïdes ou immunosuppresseurs topiques. La rémission complète du LPB est obtenue chez 47 à 75% des patients. Les corticostéroïdes systémiques sont réservés à des poussées réfractaires sévères de LPB.
- Les brûlures buccales qui apparaissent de façon strictement isolée autour de 60 ans chez les femmes sont déconcertantes car les signes objectifs sont absents alors que la symptomatologie subjective est bruyante. C'est le *Burning mouth syndrome* des anglo-saxons (BMS).
- La langue est plus touchée que les autres régions orales. La prévalence estimée est de 1-4,5%, les femmes à la post-ménopause ou celles ayant subi une ménopause thérapeutique précoce sont les plus souvent affectées ainsi que quelques hommes, généralement plus jeunes.
- Les thérapeutiques validées reposent sur des niveaux de preuve faibles. Le BMS répond à des traitements au long cours par anticonvulsivants systémiques ou topiques. Des doses faibles d'amitriptyline (10 à 20 mg par jour), bien qu'elles puissent aggraver la sensation de xérostomie, se sont également montrées efficaces.



Carlos Madrid

Les auteurs ne déclarent aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêt en relation avec cet article.

La muqueuse buccale est un continuum de la peau. Les maladies dermatologiques l'affectent donc sans égard pour la limite des lèvres: le lichen plan, les dermatites auto-immunes ou acquises, le psoriasis sont quelques exemples de dermatites à expression orale, parfois inaugurale.

La cavité buccale est un terrain de réactions immuno-allergiques et de toxidermies principalement iatrogènes! Les médicaments et les matériaux de restaurations dentaires sont ainsi de grands fauteurs de troubles d'une muqueuse qui réagit souvent par un ulcère, une hyperkératose, une bulle ou un érythème. Les douleurs buccales inexplicables affectent principalement la muqueuse. Elles génèrent de multiples investigations souvent inutiles. Elles imposent une stratégie diagnostique rigoureuse.

Lichen plan buccal érosif versus réactions lichenoïdes

La prévalence totale standardisée pour l'âge du lichen oral buccal (LPB) est 1,27% (0,96% chez les hommes et 1,57% chez les femmes) [1]. Dans la bouche, le LPB prend souvent l'aspect d'une stomatite hyperkératosique avec les *quasi* pathognomoniques stries de Wickham (fig. 1 📷). D'autres sites cutanés et les muqueuses génitales, œsophagiennes et conjonctives peuvent être atteintes de façon synchrone ou métachrone. La maladie apparaît principalement chez des sujets d'âge moyen. L'évolution est chronique avec une faible possibilité de dégénérescence maligne [2]. Les lésions du LPB sont généralement bilatérales mais pas toujours symétriques. La muqueuse jugale, le dos de la langue et la gencive sont souvent affectés. Sur la gencive, le LPB prend la forme d'une gingivite desquamative (fig. 2 📷) qui ne doit pas être confondue avec une gingivite tartrique [3]. À côté des formes réticulaires souvent quiescentes, le LPB peut prendre la forme de plaques ou papules. La forme atrophique est caractérisée par la présence de zones érythémateuses, vernissées, entourées de stries blanchâtres (fig. 3 📷). Elle est souvent associée à des formes érosives ou réticulaires. Le patient décrit des brûlures buccales, une dysgueusie qui peuvent altérer la mastication, l'élocution et la déglutition.

Dans le lichen érosif, les zones affectées sont ulcéreuses et combinées avec des plages atrophiques. Les ulcérations sont recouvertes d'un enduit fibrineux, les bords de l'ulcère sont irréguliers et il en émerge des stries hyperkératosiques. L'aspect des lésions est changeant de semaine en semaine.

Le diagnostic différentiel le plus difficile est à établir avec les réactions lichenoïdes (LR): une hyperkératose histologiquement et cliniquement identique au LPB mais provoquée par un contact avec une substance sensibilisante. Les tableaux 1 et 2 📄 résument les facteurs associés à la réaction lichenoïde.

La prise en charge des lésions du LPB repose d'abord sur l'exclusion des facteurs de risque pour la réaction lichenoïde. Les matériaux dentaires suspects sont l'amalgame, le composite, le cobalt et même l'or [4]. L'allergie de contact au mercure jouerait un rôle dans la pathogénèse du LPB, particulièrement s'il y a un contact étroit entre la muqueuse et l'amalgame en l'absence de lichen cutané synchrone. En cas positivité des tests épicutanés aux composés mercuriels, la dépose des amalgames est recommandée: leur dépose partielle ou complète a amélioré significativement la plupart des patients.



Figure 1
Stries de Wickham, hyperkératose caractéristique des lichen réticulaires.



Figure 2
Lichen gingival, gingivite déquamative.



Figure 3
Lichen érosif et atrophique (forme mixte).

Pour les patients sans facteur de risque pour une LR ou chez lesquels les lésions persistent, le traitement du LPB repose sur l'emploi de dermocorticoïdes ou d'immunosuppresseurs topiques. La rémission complète du LPB a été obtenue chez 47 à 75% des patients. La posologie et la puissance du corticostéroïde topique choisi devraient être monitorées selon l'amélioration clinique observée. L'emploi de corticostéroïdes systémiques doit être réservé à des poussées réfractaires sévères de LPB. Dans ce cas, la prednisone orale (0,5 à 1 mg/kg/jour) doit être utilisée en cures courtes de 5 à 10 jours puis le relais pris par les corticostéroïdes topiques. Le traitement peut dès lors reposer d'abord sur un dermocorticoïde de forte puissance (clobétasol) suivi par un corticoïde topique de puissance moyenne (triamcinolone). Il n'existe aucune évidence de la supériorité d'une forme galénique des dermocorticoïdes utilisés (crème, pâte adhésive, bain de bouche). A noter qu'ils sont pour la plupart utilisés dans la bouche off-label malgré leur efficacité démontrée.

Douleurs buccales souvent inexpliquées

Le terme «stomatodynie», de *stoma* (la bouche) et *odyné* (la souffrance), recouvre des entités très variées. Pour Zakrzewska, la stomatodynie est scindée en *primaire* ou syndromique (idiopathique) et *secondaire* ou symptomatique d'une affection sous-jacente [5]. Il convient donc de distinguer la brûlure buccale comme un symptôme isolé d'une affection sous-jacente à identifier, de celle qui s'intègre dans un syndrome complexe: le *Burning mouth syndrome* (BMS).

Stomatodynies primaires: le *Burning mouth syndrome*

Les brûlures buccales qui apparaissent de façon strictement isolée autour de soixantaine ans chez les femmes déconcertent le médecin qui peine à les identifier, les expliquer et les prendre en charge compte tenu de l'absence de signe objectif opposée à une symptomatologie subjective bruyante.

La langue est la plus fréquemment touchée, moins souvent les autres régions orales et péri-orales. La prévalence estimée est de 1–4,5% [6]. Les femmes à la post-ménopause ou celles ayant subi une ménopause thérapeutique précoce sont les plus souvent affectées mais quelques hommes, généralement plus jeunes, sont atteints. Les critères d'inclusion et les signes inconstamment associés sont résumés dans le tableau 3 [↩](#). Les changements dans les perceptions gustatives et les troubles sensoriels associés chez beaucoup de patients ont suggéré l'existence d'un support neuropathique [7]. Même si les troubles psychologiques sont fréquents [8], un profil psychologique définitif n'est pas établi.

Les stratégies thérapeutiques reposent sur des niveaux de preuve faibles [5]. Les patientes BMS répondent relativement bien à des traitements au long cours par anticonvulsivants systémiques ou topiques. Des doses faibles d'amitriptyline (10 à 20 mg par jour) se sont

Tableau 1

Médicaments associés aux réactions lichenoïdes.

Antibiotiques	Tétracycline
Anticonvulsivants	Carbamazépine
	Oxcarbazépine
	Phénytoïne
	Valproate de sodium
Antidiabétiques	Chlorpropamide
	Glipizide
	Insuline
	Tolbutamide
Antidiarrhéiques	Bismuth
Antifongiques	Amphotéricine B
	Kétoconazole
Antihypertenseurs	Aténolol
	Enalapril
	Hydrochlorothiazide
	Méthildopa
	Métoprolol
Psychiatrie	Benzodiazépines
	Antidépresseurs tricycliques
	Lithium
Antimalariques	Chloroquine
	Hydroxychloroquine
	Quinidine
	Quinine
Antimycobactériens	Aminosalicylate de sodium
	Isoniazide
	Rifampicine
	Streptomycine
Antiretroviraux	Zidovudine
Agents chimiothérapeutiques	Dactinomycine
	Imatinib
Immunomodulateurs	Sels d'or
	Interféron- α
	Penicillamine
AINS	Aspirine
	Diflunisal
	Ibuprofène
	Indométhacine
	Naproxène
	Rofécoxib
	Sulindac

également montrées efficaces. Enfin, dans des séries courtes, un bénéfice de la capsaïcine topique avec rémission partielle ou totale de la douleur a été observé [9].

Stomatodynies secondaires: à exclure dans tous les cas

On peut subdiviser les stomatodynies secondaires selon leurs causes: locales, référées et systémiques. Le tableau 4 résume les principales caractéristiques des stomatodynies secondaires. Les douleurs oro-faciales peuvent découler de lésions affectant les régions listées dans le tableau 5.

Les douleurs dentaires sont les plus communes et peuvent irradier vers des territoires variés de l'aire crânio-maxillo-faciale. Elles sont généralement exacerbées par les stimulations locales (température, percussion) et tendent à se modifier avec le temps: une douleur oro-faciale chronique inchangée de longue date a peu de chances d'être d'origine dentaire. A l'opposé, des douleurs neuropathiques, des myalgies, des douleurs d'origine vasculaire sont fréquemment projetées dans le territoire dentaire et peuvent mimer une odontalgie en faisant errer le diagnostic clinique. La douleur oro-faciale accompagne de nombreuses atteintes de la gencive et des autres muqueuses orales. La gingivite ulcéro-nécrotique, les stomatites aphteuses récidivantes, les stomatites herpétiques, candidosiques, le lichen plan et les maladies vésiculo-bulleuses sont redoutablement douloureux en bouche (fig. 4).

Les sinusites maxillaires sont souvent accompagnées de douleurs dentaires: la douleur est sourde et constante, plusieurs dents (principalement celles dont les racines sont intra-sinusiennes) sont alors sensibles à la percussion et le patient éprouve la sensation que ses dents sont «longues».

Les douleurs en rapport avec les glandes salivaires sont surtout liées aux pathologies obstructives qui les affectent. Cela explique l'exacerbation de ces douleurs au moment des repas. Le syndrome de Sjögren entraîne des douleurs principalement en rapport avec les atteintes muqueuses orales. Les tumeurs des glandes salivaires peuvent aussi induire des douleurs qui peuvent mimer celles d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire.

Stomatodynies secondaires référées

Dans le territoire oro-facial, les douleurs référées ne sont pas rares et constituent une difficulté spécifique de la démarche diagnostique [10]. Les V^e, VII^e, IX^e et X^e

Tableau 2

Matériaux dentaires associés aux réactions lichenoïdes y compris parfums des produits dentaires.

Métaux dentaires	Beryllium, cobalt, cuivre, chrome, or, mercure, nickel, palladium, argent, étain
Autres matériaux de restauration dentaire	Composite, verre ionomère, porcelaine
Parfums	Baume du Pérou, cannelle, aldéhyde cinamique, eugénol, menthol, peppermint, vanilline
Composés acryliques	

Tableau 3Signes d'inclusion et signes associés le plus fréquemment dans le *Burning mouth syndrome*.

Signes cliniques subjectifs cardinaux	<ul style="list-style-type: none"> – Sensation de brûlure buccales depuis 4 à 6 mois – Sensation quotidienne de brûlure profonde de la muqueuse buccale – Intensité croissante des douleurs au cours de la journée, aucune perturbation du sommeil – Pas d'aggravation lors de la prise d'aliments ou de boisson, voire amélioration
Signes objectifs	Aucun
Signes associés	<ul style="list-style-type: none"> – Altérations du goût: goût amer permanent, goût métallique permanent, confusion des saveurs – Xérostomie: strictement subjective (quantité et composition de la salive normale) – Anomalies sensorielles: perception de changements non objectivables de la muqueuse (décrits en terme de boutons ou de rugosités); exacerbation des douleurs par certains aliments classiques: vin rouge, vinaigre, sauce à salade, épices

Tableau 4

Les principales causes de stomatodynies secondaires, caractéristiques cliniques, prises en charge.

Affection	Cause/Clinique	Diagnostic/Douleur	Examens complémentaires	Traitement
Candidose	Infection mycosique, formes <ul style="list-style-type: none"> – Pseudo membraneuse – Erythémateuse – Atrophique 	Placards blanchâtres Surélevés Éliminés au grattage Douleur diffuse Goût métallique Plaque érythémateuse plane palais et langue Douleur diffuse Goût métallique	Prélèvement	Antifongique
Stomatite géographique	Cause inconnue: infections, chocs émotionnels, stress, état allergiques, hérédité Zone érythémateuse décapillée principalement sur la langue Liseré circiné blanchâtre en périphérie des zones érythémateuses Lésions en constant mouvement (érythème migrant)	Le siège des douleurs correspond avec les lésions de décapillation ou d'érythème La douleur est inconstante souvent liée à une surinfection candidosique Zones lisses dépourvues de papille filiformes sur la langue Erythème + liseré périphérique ailleurs Parfois associée à une langue fissurée	Diagnostic strictement clinique. Aucun examen complémentaire n'est indiqué en général car ils sont anxio- et/ou algogènes	Antifongiques + ou – anxiolytiques si douleur
Anémie ferriprive	Carence en fer d'où diminution de l'activité des peroxydases salivaires et réduction de la protection de la muqueuse buccale contre les radicaux libres	Langue douloureuse de façon diffuse Gerçures ou fissures des commissures labiales Coloration pâle des muqueuses Langue rouge, lisse, décapillée, douloureuse Avec ou sans dysphagie	Diagnostic biologique d'une anémie	Correction du déficit amène une cicatrisation des lésions ad integrum: permet de suivre l'efficacité de la compensation de la carence ferrique
Anémie pernicieuse – Carence en vitamine B₁₂	Défaut d'absorption de la vitamine B ₁₂	Atrophie des papilles linguales Démangeaisons, paresthésies buccales Dysgueusie Intolérance aux prothèses Xérostomie		Dosage sérique vit. B ₁₂
Autres carences vitaminiques	Déficit alimentaire en vitamines B ₁ , B ₂ , B ₆	Ulcérations buccales		Dosage sérique des vitamines
Xérostomie	Pathologies systémiques Radiothérapie Médications sialoprives	Absence de miction salivaire aux ostia Salive épaisse, collante Adhésion des muqueuses entre-elles avec ulcères buccaux douloureux	Test du morceau de sucre Buvard Sialométrie	Médications sialagogues: pilocarpine, céviméline
Diabète	En cas de carence insulinaire, accroissement du catabolisme buccal et diminution de la résistance tissulaire et de la réparation	Augmentation de la viscosité salivaire Baisse du pH Baisse du débit salivaire Gingivo-Stomatites Candidoses chroniques en foyer Parodontite agressive	Diagnostic biologique du diabète	L'équilibration du diabète ne parvient pas toujours à stabiliser les lésions buccales qu'elles soient trophiques ou infectieuses Les mesures d'hygiène locale doivent être drastiques

Tableau 5

Différentes structures anatomiques dont les lésions peuvent provoquer des stomatodynies.

Région	Structures anatomiques
ORL	Yeux Oreilles Nez Sinus maxillaires Pharynx
Bouche	Dents Parodonte osseux Tissus mucogingivaux Glandes salivaires Articulation temporo-mandibulaire
Crâne	Os crâniens



Figure 4
Bulles palatines dans une pemphigose bulleuse orale.

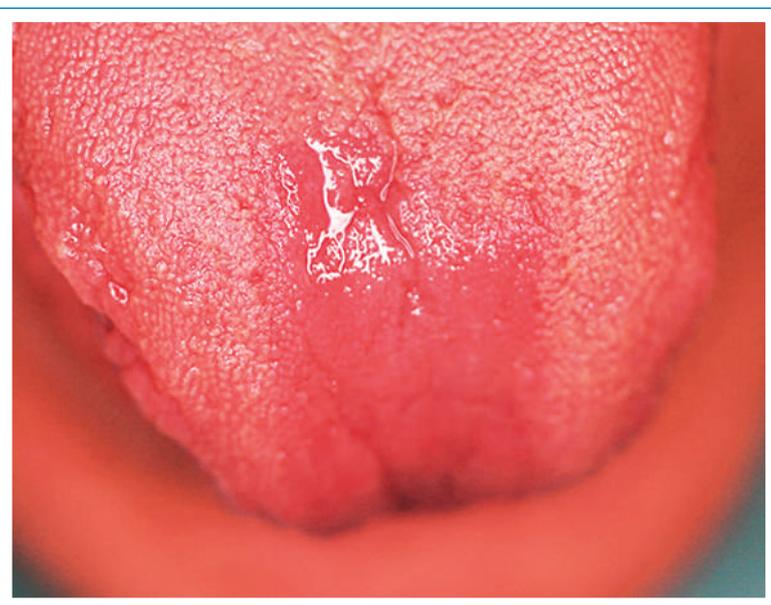


Figure 5
Glossite atrophique dans une carence ferrique.

paires de nerfs crâniens convergent dans le noyau spinal du trijumeau qui constitue le support anatomique de ces douleurs. L'angor est un exemple classique depuis le muscle cardiaque jusqu'à l'angle mandibulaire ou même aux molaires mandibulaires en simulant parfois parfaitement une «rage de dents». La présence d'antécédents d'ischémie myocardique, l'exacerbation de la douleur à l'exercice, son accalmie au repos ou son soulagement par la prise de dérivés nitrés éclairent le diagnostic.

Stomatodynies secondaires de cause systémique

L'arthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique et le lupus érythémateux disséminé affectent souvent les articulations temporo-mandibulaires et se trouvent associés à des douleurs oro-faciales musculéo-squelettiques. Il existe un chevauchement important entre les patients atteints de fibromyalgie et ceux atteints de dysfonctions crânio-mandibulaires. Les douleurs buccales dysfonctionnelles et la fibromyalgie pourraient partager des mécanismes physiopathologiques communs en particulier des troubles des régulations descendantes et centrales de la douleur. Dans la maladie de Lyme, des douleurs musculaires masticatrices de la face mais aussi strictement dentaires peuvent être rapportées par les patients. La sclérose en plaque peut s'accompagner d'une névralgie trigéminalle parfois inaugurale. Enfin, bien que les effets de la carence en vitamine B₁₂ soient bien connus avec l'apparition d'une glossite atrophique (fig. 5 ) , les manifestations buccales des anémies sont encore trop souvent confondues avec un syndrome de brûlures buccales.

La figure 6  schématise la démarche étiologique et diagnostique dans les stomatodynies. Le mécanisme générateur de la douleur est probablement voisin dans les stomatodynies primaires et secondaires qui ne se différencient que par l'identification de la cause. En revanche, il paraît essentiel d'envisager précocement le diagnostic de stomatodynie primaire lorsqu'aucune lésion n'est cliniquement objectivable dans la bouche et lorsque l'examen neurologique des paires crâniennes sensitives et motrices de la tête et du cou est négatif. Le diagnostic positif de stomatodynie primaire posé précocement devrait éviter un cortège d'examen complémentaires onéreux et peu contributifs qui sont autant de renforçateurs du sentiment d'échec du patient et du corps médical. La positivité de l'examen clinique et/ou de l'examen neurologique doit engager à la recherche de la cause locale, référée ou systémique d'une stomatodynie secondaire.

Conclusions

L'ambition d'un tel article ne peut être que de donner quelques coups de projecteurs sur une discipline mal connue du médecin, toutes spécialités confondues (!), probablement comme le font remarquer de plus en plus de pédagogues américains, parce que la séparation trop brutale et précoce de la médecine dentaire de la médecine humaine dans le cursus des études médicales réduit drastiquement l'enseignement des maladies buccales. Quelques heures sur l'entier du cursus aux Etats-Unis,

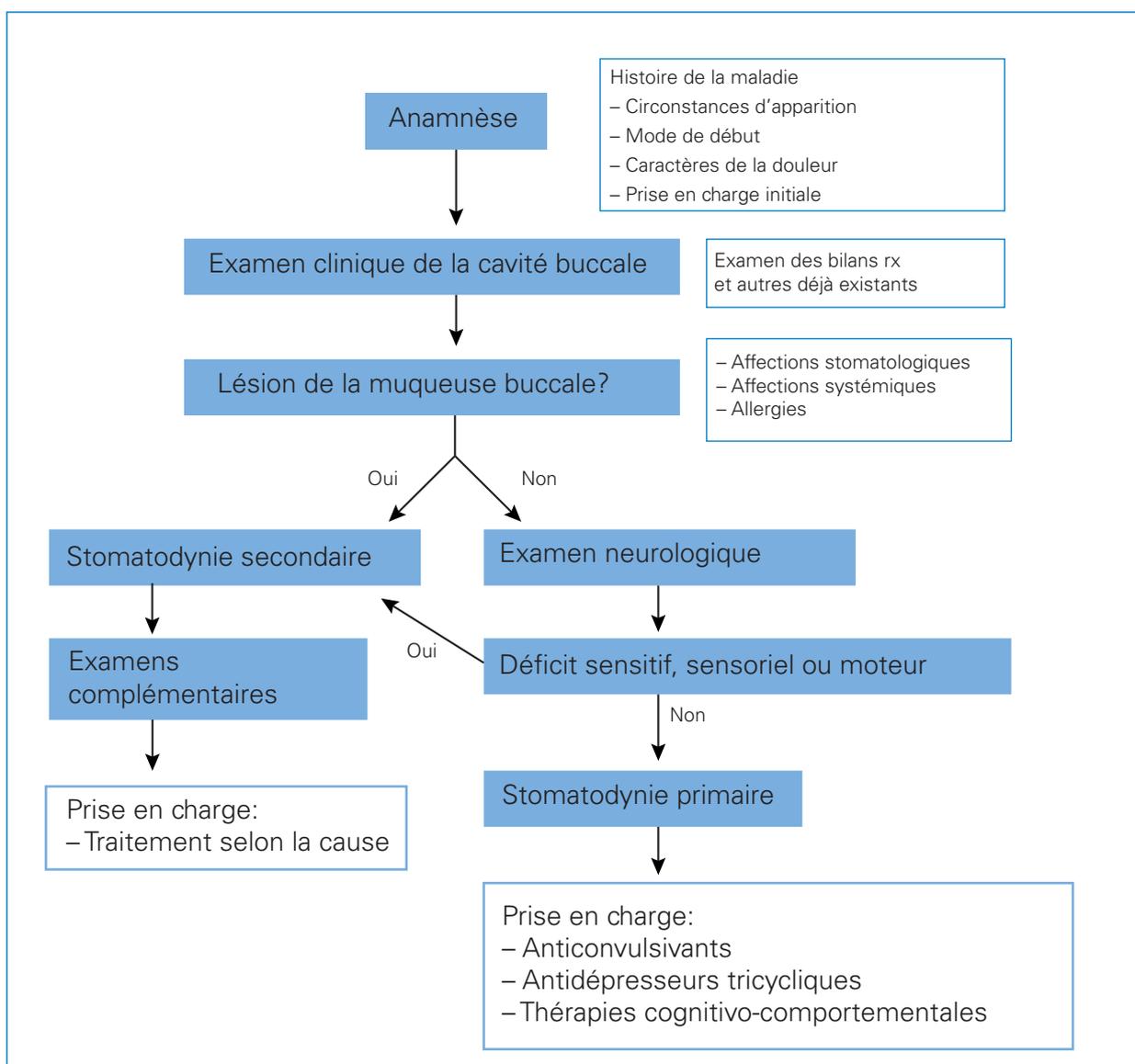


Figure 6

Arbre décisionnel mis en œuvre dans notre service pour le diagnostic et la prise en charge des stomatodynies primaires et secondaires.

moins encore en Suisse, cela ne fait pas beaucoup si l'on considère la fréquence croissante des demandes des patients aux médecins de premier recours et aux spécialistes concernant des affections buccales dentaires ou non dentaires.

Nous plaidons pour une collaboration élargie de nos spécialités et pour une formation nettement accrue du médecin au diagnostic et à la prise en charge des affections stomatologiques. Les universités américaines ont amorcé un virage très net dans le domaine de la formation de base des médecins à la stomatologie et à la médecine dentaire après que le rapport du Surgeon General ait mis en évidence l'impact désastreux de l'état bucco-dentaire sur la santé générale des citoyens américains.

Peut-être pourrions-nous tirer partie de cette expérience en Suisse et redonner à la bouche sa place dans le corps humain...

Correspondance:

Dr Carlos Madrid, PhD, DDS, MsSc
 Policlinique Médicale Universitaire
 Rue du Bugnon 44
 CH-1011 Lausanne
[carlos.madrid\[at\]hospvd.ch](mailto:carlos.madrid[at]hospvd.ch)

Références

La liste complète des références numérotées se trouve sous www.medicalforum.ch.