

# Atelier: Pathologies 'molles'

Expert: Dr J-P Carrel

Animatrice: Dr M Francis Dällenbach

Colloque MPR  
14 septembre 2011

# Objectifs d'apprentissage

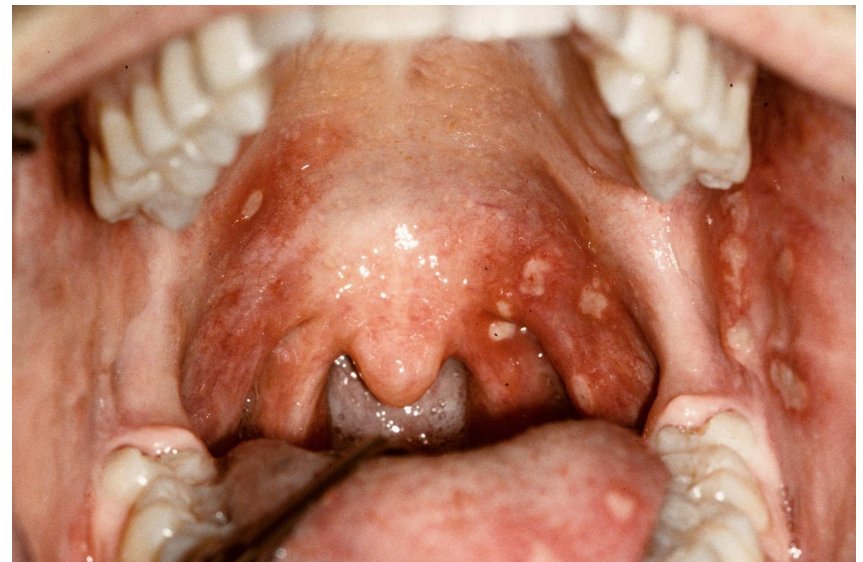
- Reconnaître la présentation clinique des pathologies orales fréquentes
- Identifier les méthodes diagnostiques éventuelles
- Choisir le traitement approprié ou l'indication à un avis de spécialiste

## Vignette clinique 1

Patiente de 18 ans, BSH se plaint depuis 5 jours de douleurs dans la bouche sans odynophagie.

Examen physique: BEG, afébrile, 0 ADP latérocervicale. Ulcérations multiples de la muqueuse buccale, de 2 à 6 mm Ø.

Notion de récurrence.



Votre description / DD / Diagnostic



- Ulcérations ovalaires ou arrondies monomorphes de 2 à 10 mm Ø
- Bords réguliers, parfois légèrement déchiquetés
- Fond nécrotique jaunâtre ou grisâtre
- Base infiltrée
- Entouré d'un halo rouge foncé
- Centre déprimé en forme de cupule

## Diagnostic

Aphtes vulgaires:

- Poussées récurrentes
- Début souvent dans l'enfance ou adulte jeune
- Clinique évocatrice
- Evolution favorable en 7-10 jours
- Guérison sans cicatrice

## Etiologie

- Ulcération ischémique secondaire à une vasculite
  - origine dysimmunitaire?
  - ischémie explique douleurs ++
- Facteurs favorisants
  - traumatismes (signe de Nazzaro)
  - certains aliments ?

## Traitement

- Traitement symptomatique
  - Produits du commerce peu efficaces
  - Xylocaïne visqueuse avant les repas
- Prednisone 1mg/kg/j. pendant 3 jours
  - Si poussée invalidante
- Thalidomide prescription par spécialiste
  - Réservé pour aphtose
  - Poussées subintraitées



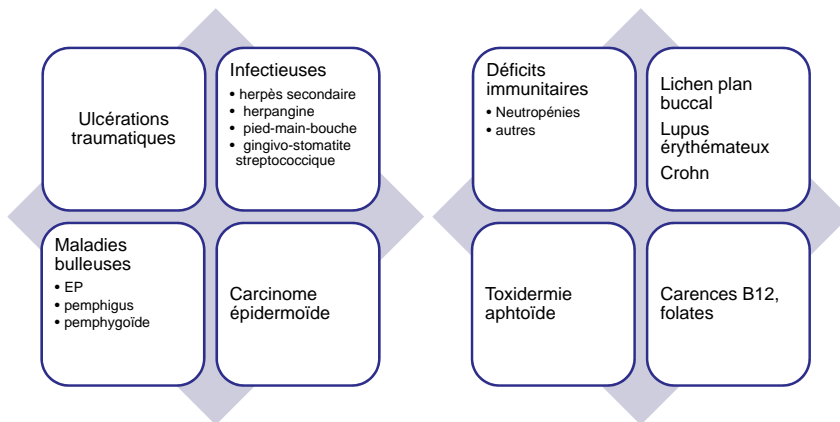
Forme classique



Forme particulière

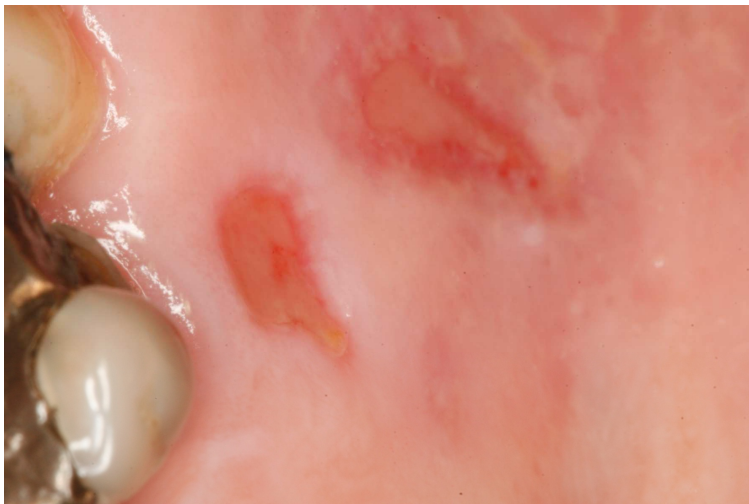
- Bords déchiquetés, discrètement bourgeonnants
- Parfois forme linéaire
  - Dans les plis (fond du vestibule)

## Diagnostic différentiel



### Herpès (primo-infection)

- Atteinte constante du bord libre de la gencive
- Lésions étendues de formes irrégulières.
- Associées à des ADPs



### **Herpès buccal récurrent**

- Ulcérations polygédodiques
- Post vésiculeuses
- Localisation fréquente au palais dur



### **Herpangine**

- Petites ulcération post vésiculeuses + vésicules
- Base non indurée, fond érythémateux
- Localisation postérieure



### **Toxidermie aphtoïde**

- lésions multiples à base non-indurée
- notion prise médicamenteuse récente
- atteinte cutanée possible

## **Vignette clinique 2**

- Patient de 44 ans, présente depuis 3 jours une odynophagie et sensation d'une brûlure de la cavité buccale et dans la gorge sans EF ni autres symptômes
- Connu pour un asthme avec introduction depuis 2 semaines de Symbicort® et céfuroxime pour une pneumonie de la base G.
- Examen clinique : lésions blanchâtres sur la langue, les faces internes des joues et du voile du palais sur fond érythémateux.



Description/ DD/ Diagnostic



- Enduit blanchâtre ou jaunâtre
- Sur muqueuse érythémateuse
- Se détache avec une compresse
- Pas de localisation préférentielle
- Extension au pharynx

## Diagnostic

### Candidose buccale

- Contexte de prise médicamenteuse
  - Corticoïdes
  - Antibiotiques
- Clinique
  - « lésions » s'éliminant à la compresse
- D'autres facteurs favorisants:
  - diabète, tabac, tr. immuns, prothèse dentaire



Candidose jugale, lésions typiques



Forme aiguë conventionnelle = muguet



Forme aiguë érythémateuse

## Traitement candidose oro-pharyngée

### *Topique :*

Mycostatine®, Daktarin gel® : 3x/j en dehors des repas

### *Systémique :*

Imidazolés (! Résistance chez VIH)

### **Prévention:**

Bains de bouche à l'eau + bicarbonate

Conservation nocturne des prothèses dentaires au sec

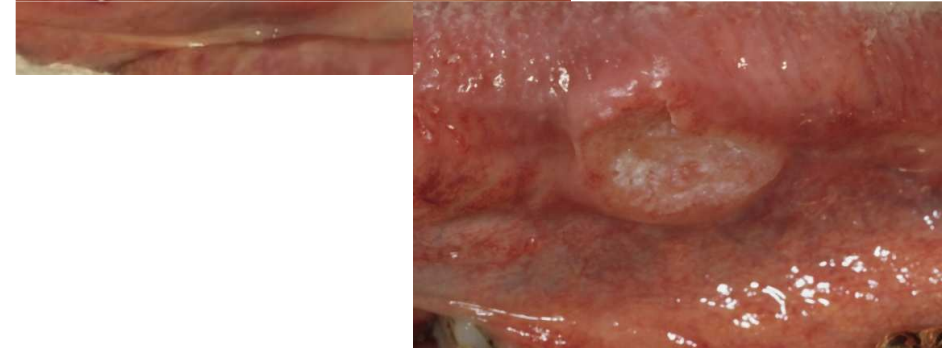


### **Lichen plan buccal**

Lésion réticulée kératosique  
(ne s'élimine pas à la compresse)

## Vignette clinique 3

- Patiente de 65 ans, connue pour une HTA, dyslipidémie, ostéoporose (# poignet 2009), vient pour un renouvellement de son ordonnance.
- Traitement : HCTZ 25mg/j; pravastatine 40mg/j, Calcimagon® F 1x/j et Fosamax® 70mg/semaine
- Habitudes : tabac 40 UPA; OH 3U/jour
- BEG, afebrile, TA 138/86 mmHg, FC rég 82'. Auscultation C-P physiologique. 0 ADP
- Examen buccal : ulcération unique de 6mm Ø sur le bord de la langue, indurée, indolore.



Votre description



## Clinique

- Aspect nodulaire irrégulier, ulcero-bourgeonnant
- Siégeant sur une muqueuse kératosique
- Induration ++ profonde à la palpation
- Evolution chronique
- Saignement au contact
- Douleur variable, absente au début



<b>Plancher buccal</b>	32,1%
<b>Langue</b>	30,1%
<b>Gencive</b>	18,2%
<b>Trigone rétro-molaire</b>	7,4%
<b>Palais</b>	4,8%
<b>Muqueuse jugale</b>	4,3%

Tableau 2 : Répartition des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale selon Krutchkoff et coll. [8]

## Diagnostic

### Carcinome épidermoïde invasif

- Contexte tabac + OH
- Clinique :
  - aspect caractéristique
  - localisation compatible
  - lésion chronique augmentant de volume

→ Ad biopsie

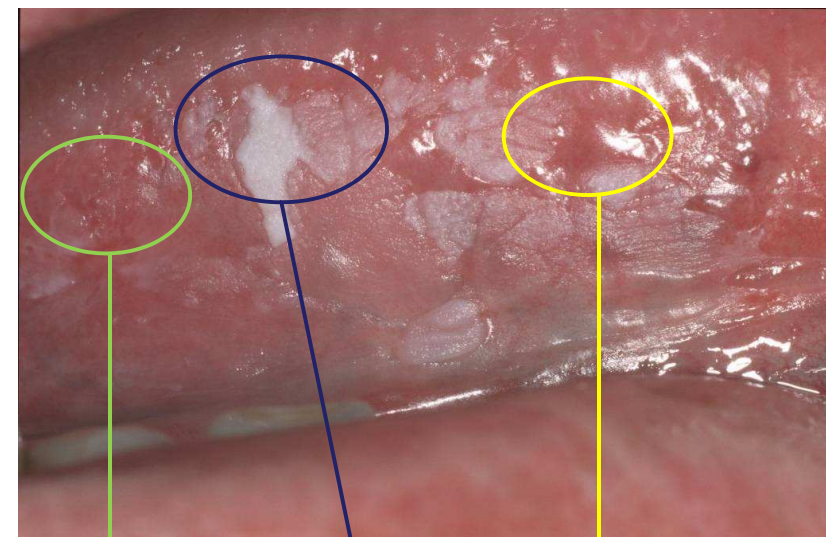
## Prévention - dépistage

Attitude face au tabac

Dépistage

- Examen clinique systématique (surtout fumeur actif)
  - lésions précancéreuses
  - kératose tabagique (localisation)
- Examen ORL (>40UPA/ présence lésions buccales)
- Contrôle annuel chez le dentiste

Ne pas hésiter à adresser en stomatologie  
(022.379.40.26) pour contrôle/biopsie



Ulcération

Kératose

Erythème

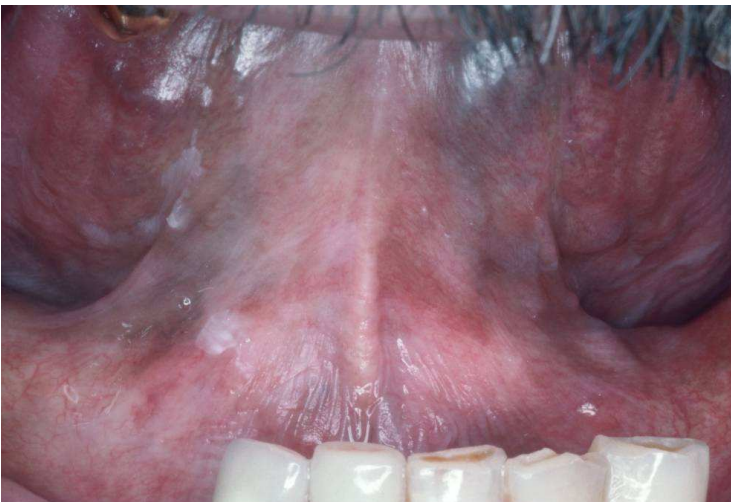
Probable dysplasie



Kératose tabagique probablement simple: à suivre !



Kératose verruqueuse



Kératose tabagique étendue: à surveiller



Kératose labiale avec petite ulcération suspecte



Kératose-mélanose-érythème  
(souffrance de la muqueuse)

## Messages clés

- Diagnostic et prise en charge de lésions buccales fréquentes par le MPR (aphtes, candidose oro-pharyngée)
- D'autres nécessitent l'avis du spécialiste (lichen)
- Rôle du MPR dans le dépistage des lésions pré-cancéreuses et cancéreuses dans une population à risque