الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

Ministère de l'Enseignement Supérieur

Et de la Recherche Scientifique

Université Mouloud MAAMRI

FACULTE DE MEDECINE

TIZI-OUZOU

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة مولود معمري

كلية الطب

تيزي وزو

ⵜⴰⵙⴷⴰⵡⵉⵜ ⵎⵓⵍⵓⴷ ⵎⵄⵎⵔⵉ

Département de : Médecine Dentaire

PROJET DE FIN D'ETUDE

Numéro d'ordre : ……..

Présenté et soutenu publiquement

Le : 01/07/2019

En vue de l'obtention du titre de docteur en médecine dentaire

Thème :

APHTOSE BUCCALE :

Démarche diagnostique et solutions thérapeutiques

Réalisé par :

AMOUR Louiza

BEGGAR Zineb

HIDOUCHE Amina

SADOUKI Amina

SIAD Manel

Encadré par :

Dr. MAKRI

Composition du Jury :

Dr. CHEHRIT	Président de jury
Dr. IDINARENE	Examinateur
Dr. MAKRI	Promoteur

Promotion 2019

Avant d'entamer dans le vif de sujet ,qu'il nous soit permis de remercier notre Dieu tout puissant de nous avoir donné le courage et la chance d'être ce qu'on est.

Remerciements

A notre promoteur

DR MAKRI

M.A EN PATHOLOGIE BUCCO DENTAIRE CHU MUSTAPHA BACHA ALGER

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la direction de ce mémoire. Vous avez fait preuve d'une patience et d'une écoute appréciable durant l'élaboration de ce travail. Nous vous remerciant pour votre aide vos contient votre disponibilités votre soutien moral ainsi que gentillesses .veillez trouver ici l'expression de notre immense gratitude et notre grand respect.

A notre président du jury

DR CHEHRIT

ET CHEF DE SERVICE DU PARODONTOLOGIE AU CHU T.O

Vous nous avez fait le grand honneur d'être le président du jury, nous nous souviendrons des qualités de l'enseignement théorique et clinique que vous nous avez prodigues durant notre cursus, vous avez su transmettre l'amour de votre travail. Veillez trouver ici toute l'expression de notre reconnaissance.

A notre examinateur

DR IDINARENE

M.A EN PARODONTOLOGIE AU CHU T.O

Vous nous faites l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury.
Nous vous exprimons toute notre reconnaissance pour la qualité de votre enseignement au cours de nos études. Nous tenions à vous exprimer ici notre considération et notre respect.

À l'ensemble des enseignants de médecine dentaire de Tizi-ouzou qui nous ont accompagnés, tout au long de nos études pratiques et cliniques, votre gentillesse et votre disponibilité nous ont inspiré Trouvez ici le témoignage de nos remerciements les plus sincères

Table des matières

Introduction……..……P01

Partie Théorique

1. Rappels :……..P02

1.1. Rappel anatomo- histologique de la muqueuse buccale :……..……...….P02

1.1.1. Variations topographiques de la muqueuse buccale **:**:…….P02

1.1.2. Histologie de la muqueuse buccale : ……...…….….P04

1.1.3. La fonction et le rôle de la muqueuse buccale :…..……...……...P07

1.1.4. Vascularisation et innervation de la muqueuse buccale :……..……..P07

1.1.5. Physiologie et milieu buccal :……P07

2. Lésions élémentaires :……...……P11

2.1. Aspects lésionnels de la muqueuse buccale :……...……P11

2.1.1. Les lésions élémentaires primaires:…….……P11

2.1.2. Les lésions élémentaires secondaires :……..……P12

3. Définition de l'aphte et de l'aphtose :……...……P15

3.1 Définition de l'aphte :…….……..……..P15

3.2. Définition de l'aphtose :…….……..……P15

3.3. Epidémiologie :…… ……P15

3.4. Etiopathogénie : …...…….……..P16

3.4.1. Etiologie :……..……..……...….P16

3.4.1.1. Facteurs environnementaux : ….……...……..…….P16

3.4.1.2. Facteurs locaux : ……..……..…….….P17

3.4.1.3. Facteurs hormonaux :…… … ……..……P17

3.4.1.4. Facteurs génétiques :…… P17

3.4.1.5. Facteurs immunologiques :…...…… ……...….P18

3.4.1.6. Facteurs généraux :…….……...P18

3.4.1.7. Les maladies systémiques :……..… ……..…...P20

3.4.2. La pathogénie :……...……...P21

3.5. La symptomatologie :……..P24

3.5.1. Aspect clinique de l'aphte :……P24

3.5.2. Anatomopathologie :……...…P25

3.5.3. Les formes cliniques des aphtoses buccales :……..…….……..…P26

3.6. Aphtose et pathologies associées :……....P34

3.6.1. Maladie de Behçet : …….……..…P34

3.6.2. Les pathologie gastro-intestinales :……....P38

3.6.3. Les fièvres récurrentes auto inflammatoires :…….P43

3.6.4. Infection par le VIH ……:.P44

3.6.5. Les grandes Syndromes :……P44

3.7. Démarche Diagnostique :……P45

3.7.1. Anamnèse médicale :……..P45

3.7.2. L'examen loco-régional :……...P46

3.7.3. L' examen endo-buccal :……P46

3.7.4. Examen de la lésion :……..……..…P47

3.7.5. Examen général :……...P47

3.7.6. Examens biologiques : ……..……....P47

3.7.8. Diagnostic positif :…….……....P48

3.7.9. Diagnostic différentiel :…….……P49

3.8. Traitements :……P58

3.8.1. Principes de traitement :……...P58

3.8.2. Traitement préventif :…….…...P59

3.8.3. Traitement symptomatique :……..……P60

3.8.2.1. Cautérisation:…….……..P60

3.8.2.2. Traitement topique :…….…P60

3.8.3.2.1. Anesthésiques locaux:…….……P61

3.8.3.2.2. Bains de bouche : …….……P61

3.8.3.2.3. Les Corticoïdes :……P61

3.8.3.3. Traitement par voie générale:……..P63

3.8.3.3.1. Corticothérapie générale ::……...……...P63

3.8.3.3.2. Colchicine ……...…...P64

3.8.3.3.3. Talidomide:……..…P64

3.8.3.3.4. Les Antalgiques:……..…..P65

3.8.3.3.5. Autres traitements :……..P65

3.8.3.3.6. Les traitements homéopathiques……...…P65
3.8.4. Traitement Adjuvant:……....P67
3.8.4.1. Les Vitamines :……...P67
3.8.4.2. Omega 3:……P67
3.8.5. Le Laser:…….....P67
3.8.6. Indication thérapeutique de l'aphtose buccale……..P68

Partie clinique

Méthodologie……..P70
Moyens et équipe de travail……P71
Discussion des résultats……..P74
Fiche d'observation……P75
Les cas cliniques……P77
Conclusion……...….P118
Bibliographie……P119
Résumé……...…P127

Annexes :

Tableau de figures
Liste des tableaux

INTRODUCTION

Le médecin dentiste est souvent confronté lors de sa pratique quotidienne à de multiples cas de lésions de la muqueuse buccale, dont les lésions aphteuses de la muqueuse buccale qui se situant parmi les lésions les plus fréquentes. Selon leur localisation, les patients peuvent présenter des symptômes variés. La cause de cette pathologie est multifactorielle, avec des mécanismes de formation mal connue même si certains facteurs semblent déclencher les symptômes.

Devant ce type de lésion, il est important d'établir un examen clinique précis et globale tout en évoquant les maladies systémiques qui nécessite une coopération interdisciplinaire (médecine interne, dermatologie, ORL...), le rôle du médecin-dentiste est indispensable pour identifier la cause locale voir une pathologie générale parfois sévère par un bon diagnostic.

La prise en charge des lésions aphteuses se base sur deux attitudes symptomatique et étiologique, le traitement comporte d'une part des mesures symptomatiques à tous les types d'aphtoses et d'autre part des traitements plus spécifiques de l'étiologie.

Une revue de connaissances théoriques a été préparée et présentée dans la première partie de notre travail. Dans cette partie, on a traité les points suivants :

- Un rappel anatomo-histologique de la muqueuse buccale, et de la physiologie du milieu buccal.
- Un rappel sur les lésions élémentaires de la muqueuse buccale primaire et secondaire.
- L'épidémiologie, l'étiopathogénie, la symptomatologie, maladies générales et aphtose buccales, démarche diagnostique, traitement des aphtoses buccales.

En complément à toutes les notions théoriques décrites sur le plan clinique et thérapeutique, un travail clinique porté sur la description de quelques cas cliniques présentant des aphtes a été conduit au niveau de service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi-Ouzou.

Partie Théorique

Une recherche bibliographique sur les aphtoses buccales

1. Rappels :

1.1. Rappel anatomo- histologique de la muqueuse buccale :

La bouche est une structure complexe, mosaïque, regroupant plusieurs types de tissus en un groupe hétérogène. Elle est recouverte par la muqueuse buccale.
On retrouvera comme structures les lèvres, les joues, la gencive, le palais dur, palais mou, la langue, le plancher, les amygdales, les glandes salivaires, les dents… etc.

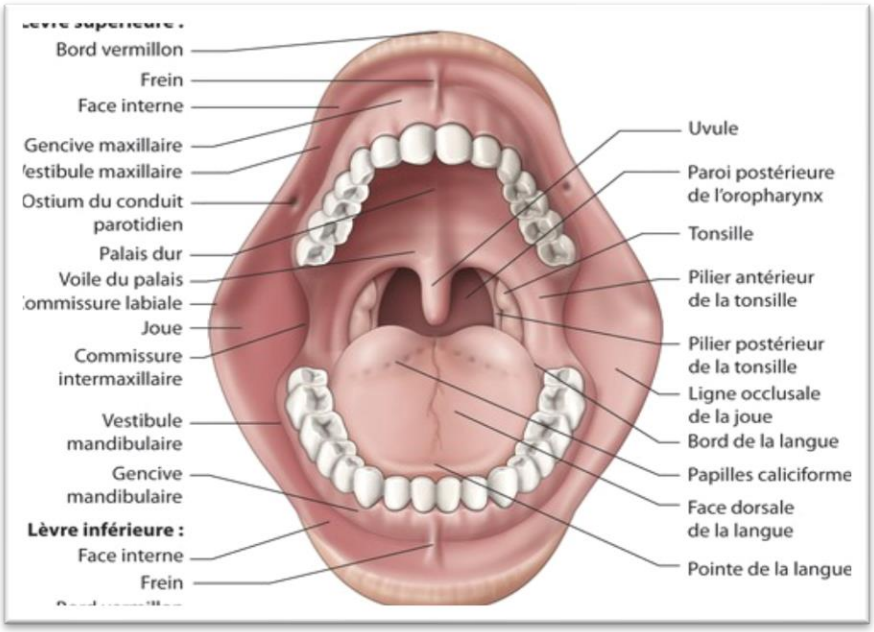


Figure 01 : Anatomie de la muqueuse buccale.

1.1.1. Variations topographiques de la muqueuse buccale :

En fonction de la topographie, SHRODER a classé la muqueuse buccale en trois types :

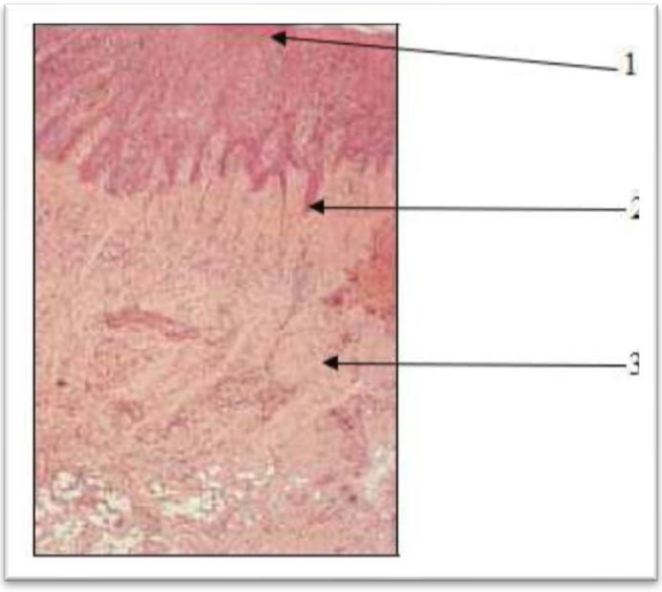
-Muqueuse masticatrice ;

-Muqueuse bourdante ;

-Muqueuse spécialisée.

1.1.1.1. Muqueuse masticatrice :

La muqueuse masticatrice tapisse les gencives et le palais dur, elle aide à la compression mécanique des aliments ; Kératinisée en surface, elle est solidement amarré aux structures osseuses sous-jacentes (palais et os alvéolaire), sans interposition de sous-muqueuse. Elle présente de longues crêtes épithéliales s'invaginant profondément dans le tissu conjonctif, riche en fibres de collagène, permettant un solide ancrage et une absence de mobilité par rapport aux plans profonds.

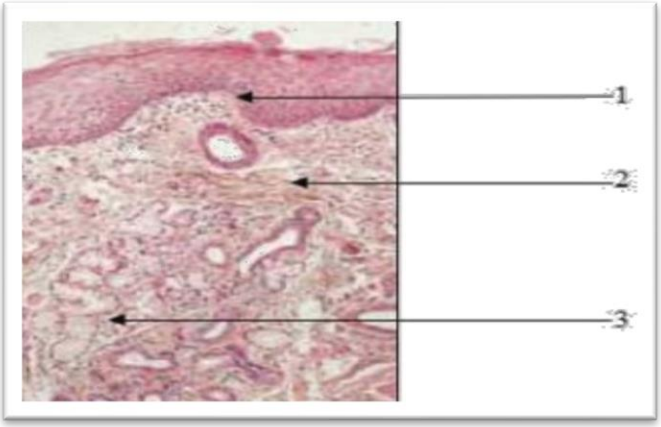


1 : kératinisation en surface ; 2 : crêtes épithéliales s'invaginant dans le chorion; 3 : chorion dense et fibreux .

Figure 02 : Muqueuse masticatrice (palais) (Auriol et al, 1998).

1.1.1.2. Muqueuse bordante :

La muqueuse bordante recouvre approximativement 60% de la cavité buccale n'adhérant pas fermement aux tissus sous-jacents . Souple et flexible ; elle revêt le versant muqueux des lèvres, le plancher, le palais mou et la face ventrale de la langue . Elle est non kératinisée en surface et ses crêtes épithéliales sont de faible amplitudes expliquant la souplesse de ce type de muqueuse , son chorion est très vascularisé et connecté aux muscles sous-jacents par une sous muqueuse de texture lâche : une couche de graisse comportant des glandes salivaires, des vaisseaux et des nerfs, sépare la muqueuse des muscles sous-jacents.



1 : absence de crête épithéliale au niveau de la couche basale de l'épithélium ; 2: chorion lâche ;

3 : glande salivaire accessoire .

Figure 03 : Muqueuse bordante (lèvre inférieure) (Auriol et al, 1998).

1.1.1.3. La muqueuse spécialisée :

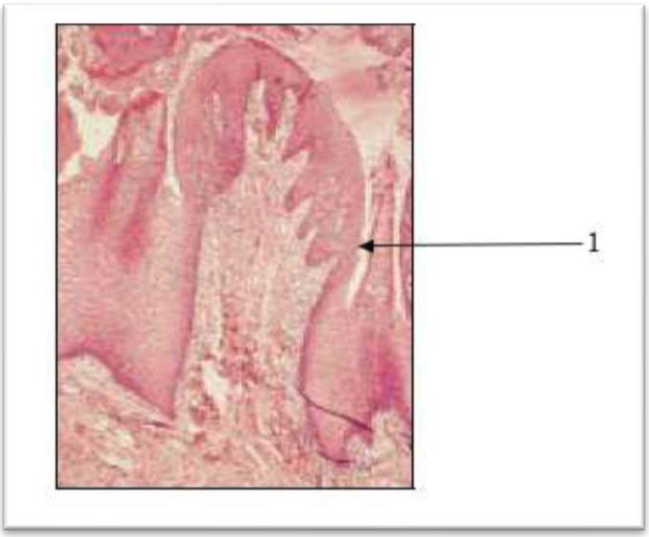
Se limite à la face dorsale de la langue, elle est kératinisée et pourvue de papilles intervenant dans la fonction gustative,

-les papilles filiformes, dispersées sur toute la surface dorsale de la langue, lui donnant un aspect râpeux ;

-les papilles fongiforme qui prédomine surtout sur les bords de la langue ;

-les papilles calciformes ou circumuvallées qui contribuent à former le « V » lingual vers la partie postérieur de la langue à l'union des 2/3 antérieurs et du 1/3 postérieure

-les papilles foliées, situées sur les bords latéraux de la région postérieure de la langue.



1-papille fongiforme

Figure 04 : Muqueuse spécialisée du dos de la langue (Auriol et al, 1998).

NB : les aphtes touchent en général la muqueuse bordante non kératinisée et non adhérente au plancher sous-jacent.

1.1.2. Histologie de la muqueuse buccale : [1, 13]

La muqueuse buccale est constituée d'un épithélium malpighien séparé d'un tissu conjonctif dénommé lamina propria ou chorion, par l'intermédiaire d'une lame basale qui mesure entre 1 à 2 micromètres d'épaisseur, il n'existe pas une limite nette entre muqueuse et sous-muqueuse. Dans nombreuses région (joues, lèvres, palais mou), une couche de graisse avec des glandes salivaires, des vaisseaux et des nerfs, sépare la muqueuse de l'os ou muscle sous-jacents.

Celle –ci correspond à la sous muqueuse, ailleurs (gencives, palais dur), cette sous muqueuse manque et la muqueuse est directement attachée au périoste du squelette sous –jacent, cette attache non élastique est dénommée mucoperioste.

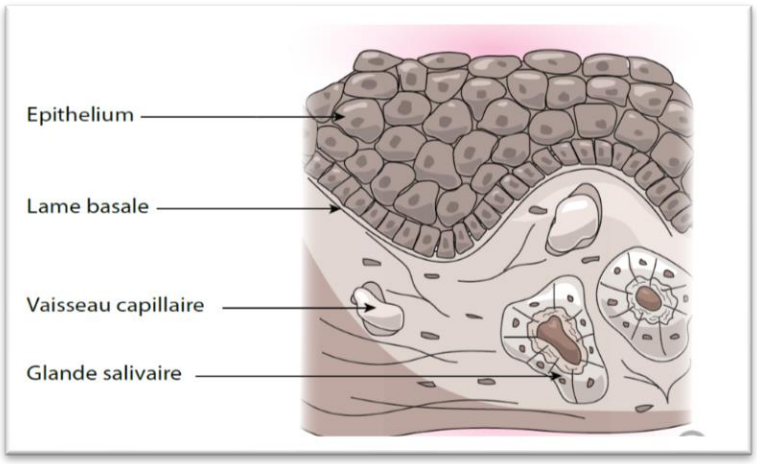


Figure 05 : schéma explicatif d'une coupe histologique de la muqueuse buccale.

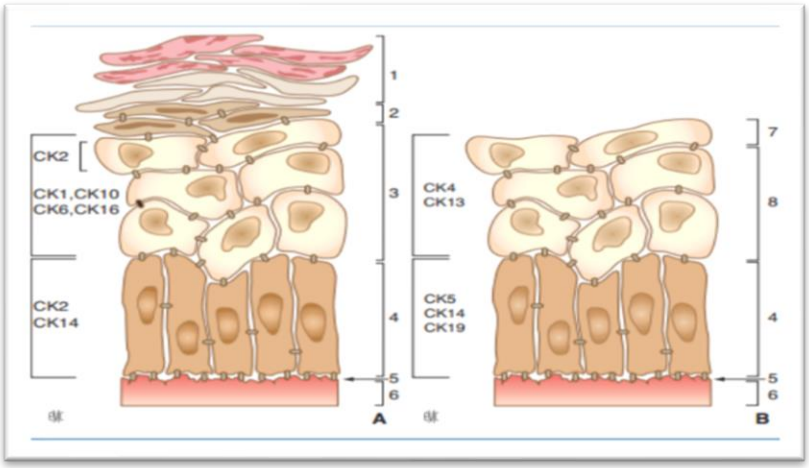
1.1.2.1. Epithélium :

Il est malpighien, pavimenteux, pluristratifié, composé de cellules étroitement liées les unes aux autres. L'aspect histologique varie selon le degré de kératinisation :

Les zones kératinisées ; on observe une superposition des couches cellulaires suivantes :

- L'assise basale ou germinative (Stratum germinatum) : Elle est adossée à la membrane basale. C'est le seul endroit où l'on retrouve des mitoses à l'état normal assurant ainsi la prolifération cellulaire et le renouvellement de cellules épithéliales. Il est formé de 2 à3 couches de cellules cylindriques ;
- La couche squameuse ou corps muqueux de Malpighi (Stratum spinosum) : Il est formé de 15 à 20 assises de cellules polyédriques, reliées les unes aux autres par des desmosomes, tendant à s'aplatir au fur et à mesure de leur ascension vers la surface ;
- La couche granuleuse (Stratum granulosum) : Formée de cellules aplaties. C'est la zone de transition correspondant à la maturation des kératinocytes. Elle n'est présente que dans les zones de muqueuse kératinisée, associée alors à une ortho kératose ;
- La couche kératinisée ou cornée (Stratum cornéum) : Elle n'est véritablement présente qu'au sein d'un épithélium ortho kératosique. Composée par des cellules aplaties en bandes opaques entièrement kératinisées, avec disparition des organites, du noyau et une rupture des ponts desmosiques.

Dans les zones non kératinisées, la couche granuleuse est absente. Dans cet épithélium ; les cellules de la couche superficielle restent vivantes, nuclées et leur cytoplasme renferme un glycogène abondant.



1. strate cornée ;
2. Couche granuleuse ;
3. Couche épineuse ;
4. Couche basale
5. Membrane basale ;
6. Chorion ;
7. Couche superficielle ;
8. Couche intermédiaire ;

CK : cytokératines.

Figure 06 : Organisation histologique de l'épithélium kératinisé et non kératinisé.

1.1.2.2. La membrane basale : [1, 3]

Elle constitue la limite entre l'épithélium de recouvrement et le chorion sous forme de mince bandelette, très fortement colorée au PAS et respectant les ondulations des crêtes épithéliales. Au microscope électronique, On distingue la lamina densa, la lamina lucida et les fibres d'ancrages. Elle a un rôle important d'échange et d'attache des keratinocytes. Sa rupture caractérise le caractère invasif d'un cancer.

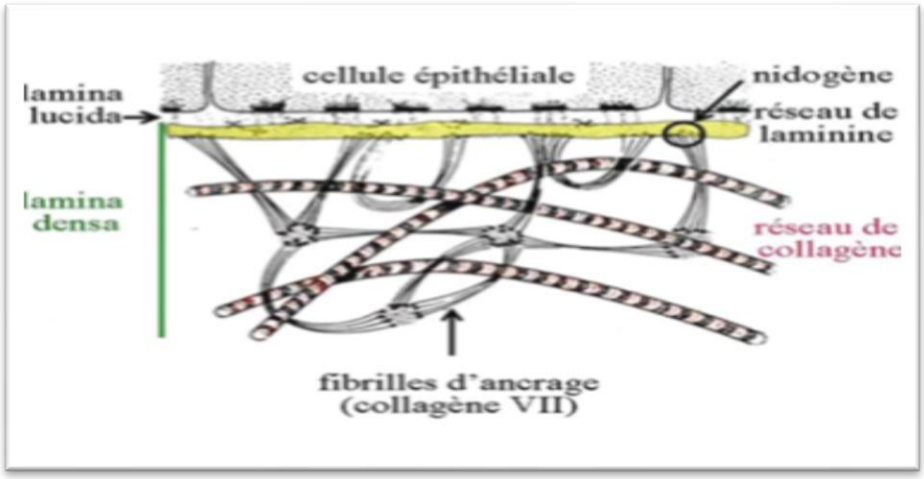


Figure 07 : Structure de la membrane basale.

1.1.2.3. Chorion :

C'un tissu conjonctif fibro-élastique lâche riche en fibroblastes, lymphocytes et plasmocytes. Il est bien vascularisé dans sa partie superficielle. Les glandes salivaires accessoires sont nombreuses et se situent dans sa couche profonde.

1.1.3. La fonction et le rôle de la muqueuse buccale :

La muqueuse buccale présente différents rôles :

- Fonction de protection des tissus profonds contre les forces mécaniques mises en jeu lors de la préhension des aliments et de leur mastication;
- Fonction de protection contre les micro-organismes saprophytes de la cavité buccale qui deviendraient agressifs en cas de blessure de la muqueuse;
- Fonction sensorielle assurée par de nombreux récepteurs à la température, au tact, et à la douleur disséminée dans la muqueuse;
- Fonction gustative liée aux bourgeons du gout principalement situés dans la muqueuse linguale dorsale;
- Fonction de protection immunitaire permanente par le système immunitaire local (organes lymphoïdes, lymphocytes et plasmocytes) et par les sécrétions salivaires constituees d'immunoglobulines (IgA , IgA et IgM) et de facteurs bactériostatiques (lysozyme lactoferrine).

1.1.4. Vascularisation et innervation de la muqueuse buccale :

1.1.4.1. Vascularisation artérielle

L'ensemble de la vascularisation artérielle de la muqueuse buccale vient du système carotidien externe et assuré par un réseau provient des artères de la sous-muqueuse et pénètrent dans la partie profonde du tissu conjonctif. L'artère palatine mineure irrigue le palais mou. Les artères buccale, alvéolaire postérieure et infra-orbitaire irriguent la joue. Sept artères sont impliquées dans la vascularisation de la gencive mandibulaire [6, 7].

1.1.4.2. Drainage veineux :

Est assuré par le système jugulaire interne et externe, les veines empruntent un trajet inverse de celui des artérioles [7].

1.1.4.3. Innervation :

Il s'agit d'une innervation sensorielle et motrice expliquée par la mastication et salivation. L'innervation est assurée par nerf trijumeau et d'autres fibres nerveuses issues des : nerf facial, nerf glossopharyngien (vague), pneumo-gastrique. Ils traversent la sous-muqueuse et atteignent la muqueuse, les terminaisons nerveuses se font dans la lamina propria , quelques fibres traversent la membrane basale et pénètrent dans l'épithélium. Il s'agit de terminaisons libres, associées à la perception de la douleur, du chaud et du froid. Quelques fibres nerveuses sont libres et associées à la vascularisation la pluparts localisées dans le tissu conjonctif et d'autres se terminent dans l'épithélium [6].

1.1.5. Physiologie du milieu buccal :

1.1.5.1. Le milieu buccal : [4, 27]

Il se définit comme un environnement physico-chimique qu'occupe et qu'influence la cavité buccale.

Le milieu buccal représente un compartiment ouvert sur deux côtés : les lèvres et le larynx. Il abrite des éléments de transit qui sont l'air et les aliments ; des éléments propres mais provisoires soit constants comme la salive, soit inconstants comme le fluide gingival et une flore buccale plus ou moins spécifique, mobile ou fixée telle que la plaque dentaire.
Tous les constituants fixes bordant ce compartiment telle la gencive, les muqueuses, la langue et les dents sont sensibles aux fluctuations du milieu.

1.1.5.2. La salive : [4, 27, 42]

C'est un liquide biologique aqueux, incolore insipide, filant et plus en moins visqueux selon sa provenance et les conditions de sa sécrétion.

C'est grâce à son contenu spécifique, qu'il assure l'équilibre du milieu buccal.
Son débit est continu et peut atteindre 0,8 à 1,5 litre/jour chez l'Homme, mais présente d'énormes variations, dont la prise de nourriture est la cause principale.
Facteurs de modifications de la salive

- Physiologique : Âge, hormones, stress ;
- Pathologique : Diabète, cancer, etc ;
- Psychologique : Anorexie nerveuse, la schizophrénie ;
- Pharmacologique : L'effet des médicaments est à considérer.

La salive est secrétée par des trois glandes salivaires principales (la glanes parotides , sous-mandibulaires et sub-linguales) et de multiples glandes accessoires répartie dans toute la cavité buccale .
- La glande parotide est la plus volumineuse des glandes principales, située dans la loge parotidienne, elle secrète sa salive dans la cavité buccale par le canal de sténon en regard de la première ou la deuxième molaire supérieur.

-La glande sous maxillaire située dans la loge homonyme, secrète la salive par le canal de Wharton qui parcourt le plancher de bouche d'arrière en avant et de dehors en dedans pour s'aboucher par le caroncule ,de part et d'autre du frein de langue .

-La glande sublinguale est présenté au niveau du sillon pelvi lingual, dans le prolongement antérieur de la glande sous maxillaire, le long du canal de Wharton, les canaux se jettent directement en surface à travers la muqueuse par un court trajet (canaux de Walther) ou par un seul canal longeant celui de Wharton : canal de rivinius.

Les glandes salivaires accessoires sont les seules annexes de la muqueuse buccale. Grâce à leur sécrétion salivaire continue , elles assurent l'humidification permanente de la cavité buccale . Très nombreuses ,elles se répartissent dans toutes la muqueuse de la cavité buccale , y compris sur le versant interne des lèvres

En fonction de leur type de sécrétion on les classe en trois groupes :

-les glandes séreuses de Von Ebner enchâssées dans la partie postérieur de langue au contact du V lingual . Leur canaux excréteurs s'abouchent dans le sillon qui circonscrit la base des papilles caliciformes .

-les glandes séromuqueuses dans la partie antérieure de la langue et le versant interne ou muqueux des lèvres .Leur acini sont en prédominance à sécrétion muqueuses siègent sur les bords de la langue, le voile et la voute du palais ,la racine de la langue, en arrière du V lingual structure :

Elles sont constituées de grappes d'acini (lobules sécréteurs) formées de cellules muqueuses ,séreuses ou mixtes . Une couche de cellules myoépithéliales, douées d'une activité musculaire contractile ,circonscrit ces acini qui déversent leurs sécrétions dans des canaux excréteurs . ces derniers sont constitués par :

-une pièce intercalaire à bordure cellulaire cubique jeune ,capable dans des conditions pathologique de régénérer à la fois les cellules acineuses et le cellules myoépithéléliales périphériques .

-un canal strié dont les cellules sont très riches en mitochondries, dont le rôle est de concentrer du flux salivaire et permettre le transport des électrolytes du sang vers la salive et inversement

-les canaux excréteurs,i ntra-et extralobulaires ,revêtus d'un épithélium cylindrique riche en mitochondries .Au niveau de leur abouchement dans la muqueuse, leur bordure épithéliale devient malpighienne .

La salive sécrété en permanence par ces glandes prévient les infection de la muqueuse buccale .

1.1.5.2.1. Fonction de la salive sur le milieu buccal : [4]

La principale fonction de la salive est de protéger les tissus durs et les tissus mous buccaux, mais aussi de contribuer à la fonction de nutrition au sens large du terme.

1.1.5.2.1.1. Fonction de protection :

Ce rôle s'exerce à travers de nombreux constituants des salives. La réalité de cette fonction se manifeste à l'occasion des asialies ou hyposialies pathologiques ou induites par certaines thérapeutiques médicamenteuses ou ionisantes.
Cette protection tissulaire s'exerce schématiquement par :
- des effets physico-chimiques
- des effets biochimiques
- des effets immunologiques

1.1.5.2.1.2. Effets physico-chimiques :

Ces effets physico-chimiques s'exercent selon cinq mécanismes :

- La **dilution** de substances acidogènes ou Alcalinogènes ou toxiques .

- **L'élimination** par effet de chasse (en permanence il y a environ 2 ml de fluide buccal en bouche, puisque le taux moyen de sécrétion est de 0,5 ml/min, on en déglutit donc environ 0,5 ml/min en moyenne).

- **La déglutition** de ce fluide buccal chargé des substances et produits (très nombreux micro-organismes) qui s'y sont mêlées assure un véritable nettoyage physicochimique de la cavité buccale ;

- **L'effet tampon**; la relative stabilité du pH est le fait du pouvoir tampon qu'exerce la salive et de l'effet de dilution ;

- **La déminéralisation** au profit de l'émail de surface (stabilisation du pH, et réservoir à éléments inorganiques, en particulier, calcium).

1.1.5.2.1.3. Tapissement ou recouvrement de la muqueuse buccale :

La muqueuse buccale est exposée à de multiples agressions : caractéristiques physiques et chimiques des aliments, reflux acide Œsophagien, germes pathogènes.
De nombreux arguments plaident en faveur d'une participation de la salive dans la protection des épithélia du tractus alimentaire supérieur.
En effet, plusieurs protéines salivaires se fixent aux surfaces épithéliales : mucines (grâce au récepteur épithélial à mucine), α- amylase, cystatines, PRP.
Ces protéines constituent un film lubrifiant et une barrière contre la dessiccation et les facteurs environnementaux, ainsi que contre les enzymes d'origine bactérienne ou leucocytaire.
Ces protéines contribuent à réduire le potentiel toxique de nombreuses substances transitant par la cavité buccale (acides, alcali, substances bactériennes, virus et autres micro-organismes, composants de l'alimentation (les tannins ou poly phénols en particulier…).

- D'autres constituants des sécrétions salivaires pourraient exercer des effets directs bénéfiques pour les muqueuses buccales (les facteurs de croissance).
- L'effet protecteur vis-à-vis des surfaces dentaires se manifeste aussi, bien entendu à travers la pellicule acquise exogène ou biofilm salivaire.
- L'action antibactérienne repose sur de nombreux agents :

• IgAs
• Lysozyme / muramidase
• Peroxydase et Catalase
• Histatines

1.1.5.2.1.4. Fonction de nutrition:

La salive participe à la formation de bol alimentaire grâce aux substances lubrifiantes mucilagineuses qu'elle contient , joue également un rôle dans :

- Neutralisation du contenu œsophagien;
- Dilution du chyme gastrique;
- Formation du bol alimentaire;
- Facilitation de la deglutition;

- Dégradation initiale des amidons (α-amylase) ;
- Neutralisation des tannins alimentaires (PRP et histatines).
- Acuité gustative;

2. Lésions élémentaires : [11, 30]

La lésion élémentaire détermine l'aspect clinique de l'atteinte, contrairement à la lésion cutanée, l'aspect clinique des lésions buccales les rend plus difficile à reconnaitre en raison des caractéristiques histologiques de l'épithélium buccal (renouvèlement rapide) et de la nature du milieu buccal (microtraumatismes répétés, présence permanente de la salive ,fréquence des surinfections)

2.1. Aspects lésionnels de la muqueuse buccale :

Certains critères de morphologie sont à noter vis-à-vis des lésions élémentaires : la taille, la forme, les limites, l'agencement et l'extension.

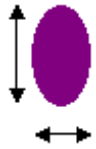
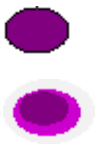
Critères d'étude d'une lésion élémentaire							
Taille	**Forme**		**Limites**		**Agencement**		**Extension**
		**Régulière** **Irrégulière**		**Nette** **Diffuse**		**Disséminé** **Groupé** **Confluent**	**Locale** **Régionale** **Générale**

Tableau 01 : Les principaux critères des lésions élémentaires.

2.1.1. Les lésions élémentaires primaires:

Les lésions élémentaires primaires sont les lésions qui apparaissent en premier sur une peau ou une muqueuse saine.

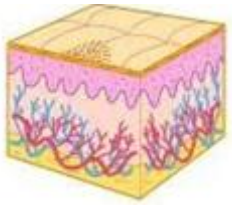
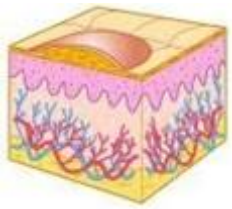
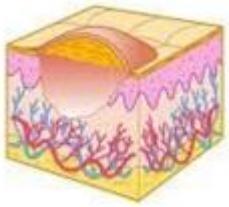
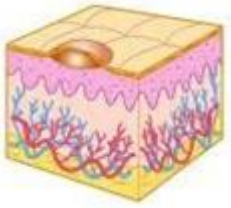
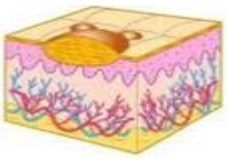
Type de lésion élémentaire I aire	Description	Schéma explicatif
la macule	La macule est une tâche circonscrite correspondant la simple modification de la couleur de la peau et de la muqueuse. De forme et de dimension variables, elle présente le plus souvent des limites nettes. Elle est sans relief ni infiltration. Elle est la conséquence d'une hypo ou hyperpigmentation, ou d'une anomalie de la circulation. Unique ou multiple, elle est localisée ou diffuse.	
La papule	Les papules sont de petites élevures en plateau, solides ou œdémateuses , inférieure à un centimètre de diamètre, circonscrites, isolées ou groupées ou confluant sous formes de plaques. Elles peuvent concerner l'épithélium ou le chorion sous-jacent.	
Le nodule	Les nodules sont des lésions fermes ou élastiques, palpables, saillantes, profondes, rondes ou ellipsoïdales de plus d'un centimètre de diamètre. Plus profond et plus volumineux que les papules, ce sont des nodosités bien définies ou une nouure aux limites indécises (érythème noueux)	
La vésicule	Les vésicules sont des élevures claires circonscrite, de petit diamètre (1 à 3 mm), contenant une sérosité transparente ou légèrement jaunâtre. Elles sont quasiment vésicules muqueuses, en général virales, sont de purement liquidienne, Les diagnostics malaisés car très passagers, réalisant de petites érosions bien limitées.	
La bulle	Les bulles sont des lésions liquidiennes circonscrites de grande taille (supérieure à 3 mm de diamètre) , elles sont particulièrement fragiles rapidement rompues et laissent place à des érosions ou des ulcérations	

Tableau 02 : Les lésions élémentaires primaires.

2.1.2. Les lésions élémentaires secondaires :

correspondent à l'évolution naturelle ou compliquée d'une lésion élémentaire primitive.

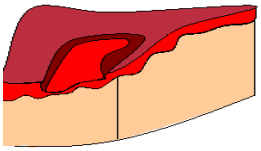
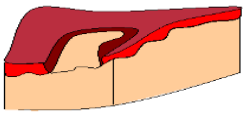
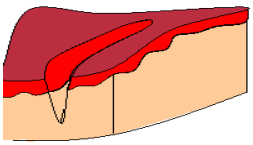
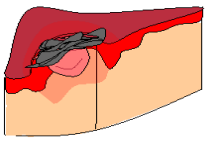
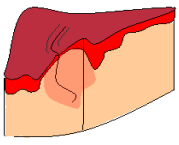
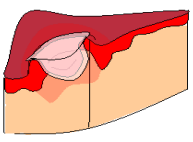
Type de lésion élémentaire IIaire	La description	Schéma explicatif
L'érosion	Les érosions sont des pertes de substance superficielles à fond plat, bien limitées, pouvant cicatriser sans laisser de marque. En effet, les érosions sont caractérisées par une disparition partielle ou totale de l'épithélium. Elles résultent d'un traumatise mineur, ou font suite à la rupture ou la perte du toit d'une vésicule ou d'une bulle ou à une intense inflammation du derme papillaire. L'absence de marque cicatricielle est liée à un respect de l'intégrité du derme, contrairement aux ulcérations, où ce dernier est altéré.	
L'ulcération	Les ulcérations sont des pertes de substance intéressant toute la hauteur de l'épithélium et s'étendant au chorion ou plus profondément., à bord irrégulier laissant après cicatrisation une marque définitive	
La fissure	Il s'agit d'érosion linéaire de l'épithélium et de la partie supérieure du chorion .elle s'observe surtout sur la langue mais sur les commissures labiales (perlèche)	
Les croûtes	Ce sont des concrétions séreuses, purulentes ou hémorragiques qui peuvent s'observer par fois sur la muqueuse buccale.	
Kératose	Les kératoses sont caractérisées par un épaississement de la couche cornée, modérée ou importante. Elle peut être circonscrite, diffuse ou généralisée	
L'atrophie	Les atrophies sont des diminutions des éléments constitutifs de la peau et des muqueuses, de l'épiderme et surtout du derme. Elle peut être acquise ou congénitale.	

Tableau 03 : Les lésions élémentaires secondaires.

L'anatomie et l'histologie de la muqueuse buccale sont des études macroscopique et microscopique fondamentales, elles sont considérées comme la base indispensable de l'application clinique et de la pratique médicale et chirurgicale de médecin dentiste.

Notre objectif de ce rappel est de connaitre cette base avant d'entamer notre étude.

3. Définition de l'aphte et de l'aphtose :

3.1. Définition de l'aphte : [8, 11, 30]

Le terme aphte, dérivant du grec aptien (brûler), est utilisé pour la première fois par Hippocrate au IVe siècle av. J.-C.

Les aphtes sont des ulcérations superficielles ou des érosions de petite taille, de forme arrondie ou ovalaire, évoluant en 8 à 10 jours. Ce sont les lésions de la muqueuse buccale les plus fréquentes, touchant la majorité de la population générale. Malgré qu'elles soient bénignes, elles peuvent s'avérer très douloureuses et gênantes dans le quotidien, amenant parfois le patient à consulter en urgence. D'origine multifactorielle, l'étiologie ainsi que le mécanisme de ces lésions ulcéreuses, pourtant fréquentes, restent néanmoins méconnus .Ces lésions évoluent spontanément vers la guérison sans laisser de séquelles cicatricielles et divers traitements peuvent être mis en place afin d'accélérer la disparition de ces troubles et de diminuer les gênes occasionnées.

3.2. Définition de l'aphtose :

L'aphtose buccale est classiquement une affection récidivante de la muqueuse buccale qui évolue trois à quatre poussées par an . Elle ne laisse généralement pas de séquelles. On la qualifie de simple dans les cas habituels, et de complexe lorsque les récidives surviennent avant même la guérison de la poussée précédente, ou lors d'association à d'autres pathologies.

3.3. Epidémiologie :

L'aphtose buccale est la pathologie ulcéreuse la plus fréquente de la muqueuse buccale qui est retrouvée chez 50% de la population générale dans au moins une poussée dans sa vie.

Elle commence pendant l'enfance ou l'adolescence, avec un pic de fréquence entre 10 et 19 ans. Près de 1 % des enfants présente une ABR dans les pays développés. Ce pourcentage peut atteindre 40 % dans certains groupes sélectionnés d'enfants, avec une aphtose buccale commençant avant 5 ans et une fréquence de patients atteints croissant avec l'âge .

Une certaine prédominance semble exister pour la femme et pour les filles, avec des poussées plus fréquentes pendant l'ovulation ou avant la période menstruelle et pendant la grossesse .

La fréquence et la sévérité des poussées diminuent avec l'âge. Les aphtes géants peuvent commencer après la puberté. L'aphtose herpétiforme tend à affecter des personnes plus âgées.

Elle affecte à des degrés divers 5 à 66% de la population, selon les groupes étudiés.

Des aphtoses buccales récurrentes ont été trouvés chez 2% des suédois alors que 17.7% d'entre eux avaient des antécédents d'aphtose buccale récurrente sur un intervalle de deux ans.

Ces aphtoses buccales récurrentes ont également été trouvés chez 1,9% des espagnols et 0, 5% des Malaisiens.

De même, on retrouve une prévalence plutôt élevée en Amérique du Nord et chez une population arabe urbanisée mais plutôt faible chez les Arabes Bédouins du Koweït.

L'aphtose buccale n'a pas de distribution géographique bien définie, comme la maladie de Behçet qui est plus fréquente chez les patients venant de Turquie, d'Afrique de nord ou du Japon (historiquement « La route de la soie »), alors qu'elle est nettement plus rare en Europe (sauf dans le bassin méditerranéen) ou dans les pays nordiques.

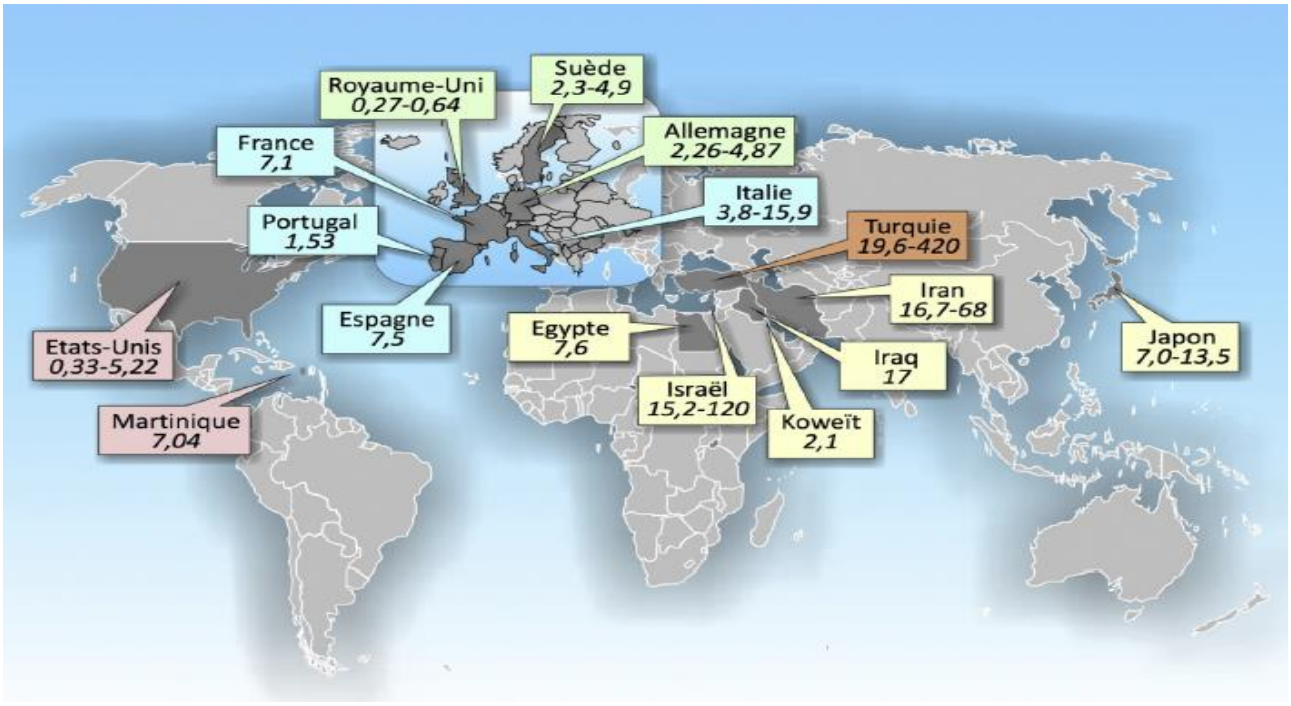


Figure 08 : Répartition de la prévalence la maladie de Behçet dans le monde. Les chiffres représentent des taux de prévalence pour 100 000 habitants [8].

3.4. Etiopathogénie :

Les causes de l'aphtose restent inconnues et sa pathogénie discutée. On évoque généralement une affection multifactorielle mettant en jeu un mécanisme immunitaire complexe.

3.4.1. Etiologie :

3.4.1.1. Facteurs environnementaux :

3.4.1.1.1. Stress : [6, 62]

Plusieurs études suggèrent que certaines perturbations psychologiques comme le stress ou l'anxiété pourraient jouer un rôle dans l'apparition des aphtoses buccales. Certaines d'entre elles se sont penchées sur la mesure du cortisol et ont pu constater une augmentation du cortisol dans les urines, le sérum et la salive chez des personnes présentant des ABR. En outre, le cortisol, « hormone du stress », influence le métabolisme, la réponse immunitaire et vasculaire et intervient également dans les pathologies inflammatoires auto-immunes. Et même Un état anxieux sérotonine-dépendant a été documenté dans les cas d'ABR.
Par exemple les poussées d'aphtose buccale étant plus fréquentes en période scolaire ou d'examen à l'université. Ce stress aurait un impact sur la survenue des aphtose buccales et non sur la durée de l'affection.

3.4.1.1.2. Le manque de sommeil : [66]

Le manque de sommeil est probablement responsable de désordre au niveau du système immunitaire. Les personnes souffrant de pathologies mentales ou qui ont un affaiblissement de leur système immunitaire sont sujets aux aphtoses buccales. De plus, la sécrétion de certaines hormones comme l'hormone de croissance (GH), le cortisol, l'hormone corticotrope (ACTH) dépend du rythme du sommeil. Vers 23H (heure habituelle du coucher), le pic de sécrétion de GH débute et dure pendant plusieurs heures. Cette sécrétion de GH a une influence sur la prolifération des fibroblastes, la migration des kératinocytes et sur la différentiation des cellules T. Ainsi, une diminution de la sécrétion de GH pourrait favoriser la survenue d' aphtose buccale récurrente et retarder la guérison.

3.4.1.2. Facteurs locaux : [8, 19,17, 39, 77]

Des blessures ou des irritations buccales occasionnées par l'effet toxique des matériaux dentaires (résine, amalgame), par une chirurgie buccale semble favoriser le développement d'aphte chez quelque patient susceptible. Une corrélation significative existe entre la sévérité des aphtes, leur nombre, leurs récidives et une faible hygiène buccodentaire.

Les aphtes buccaux sont rares là où la muqueuse buccale est kératinisée , certaines études ont montré que des groupes de sujets qui fument ou chiquent le tabac auraient soit moins d'aphtose buccale récurrente, soit des formes plus légères que des groupes comparables de sujets non-fumeurs ou non chiqueurs, ce qui tendrait à connaitre au tabac et plus précisément la nicotine un rôle protecteur sur l'apparition des aphtes, peut-être par les effets vasoconstricteurs périphériques de la nicotine ou, plus vraisemblablement, par la couche de kératine et de parakératine formée secondairement.

Néanmoins, l'effet protecteur de la nicotine n'apparaitrait que si la consommation de tabac est importante ou alors si la période de consommation est assez longue.

3.4.1.3. Facteurs hormonaux : [8]

Les aphtes, et en particulier les aphtes géants, peuvent être soumis à une évolution cyclique chez les femmes ; ils apparaitraient quelques jours avant les menstruations. La grossesse et aphtes peuvent aller de pair cela due aux changements hormonaux qui peuvent affecter la façon dont votre corps réagit aux toxines ainsi que sur l'approvisionnement en sang dans les tissus des gencives. Cela rend les femmes plus sujettes aux problèmes de santé bucco-dentaire.

3.4.1.4. Facteurs génétiques : [8, 82]

La notion d'aphtose buccale familiale représente plus de 40% des patients affectés. Ces patients peuvent présenter des aphtes à un âge plus précoce, avec des signes plus sévères que dans les cas non familiaux. Le risque de présenter une aphtose buccale est augmenté si les deux parents sont atteints et il est plus important chez des jumeaux monozygotes par rapport au jumeau dizygotes.

La transmission de certains polymorphismes génétiques (codant pour des cytokines pro-inflammatoires) joue un rôle dans la formation des aphtes et prédispose les membres de la famille. Cela concerne en particulier les interleukines (IL-1β, IL-2, IL4, IL-5, IL-6, IL-10, IL-

12), l'IFNγ, et le TNFα. On a en effet observé une augmentation de l'ARNm associé à l'IL-2, l'IFN et au TNF et une diminution de l'ARNm de l'IL-10. L'augmentation des concentrations de ces cytokines renforce l'hypothèse d'une réponse immunitaire de type Th-1 dans les aphtoses buccales récurrentes.

Certaines études se sont intéressées au polymorphisme du gène codant pour l'enzyme NOS (oxyde nitrique synthase) dans le développement des aphtose buccales et ont montré un lien entre différents polymorphismes de ce gène et l'apparition de l'aphtose buccale. Cette enzyme NOS permet de produire du monoxyde d'azote (NO). Ce dernier stimule une autre enzyme : la guanylate cyclase soluble qui permet la conversion du GTP en GMPc ; composant nécessaire à la relaxation des muscles de la bouche et à la vasodilatation. Il inhibe également l'agrégation plaquettaire et l'adhésion des monocytes. Un déficit en NO pourrait ainsi expliquer les désordres de l'endothélium et les complications thrombo-emboliques retrouvés dans la formation des aphtes.

Il y'avait aussi une corrélation entre certains haplotypes HLA et l'augmentation du risque d'aphtose buccale. Le rôle de l'HLA est de présenter l'antigène aux lymphocytes T. L'antigène doit être conjugué à une cellule présentatrice de l'antigène pour être reconnu par les lymphocytes T et ainsi stimuler la réponse immunitaire. Une variation au niveau de ce système HLA pourrait donc modifier la présentation de l'antigène et modifier la réponse immunitaire. Chez les patients atteints d'aphtose buccale, on a constaté une augmentation de l'HLA-A33, B-35, B-81, B-12, DR-7 et DR-5 et une faible incidence de l'HLA-B5 et DR-4. Néanmoins, les études réalisées sur les systèmes d'histocompatibilité ont été faites sur différents groupes et sur différentes ethnies d'où la possibilité de variations dans l'interprétation des résultats.

3.4.1.5. Facteurs immunologiques : **[39]**

Il est observé des aphtes dans 60%Des cas de déficit immunitaire commun variable, et dans plus de 60% Des cas de déficit en IgA. Des Aphtes sont fréquents dans les syndromes myélodysplasiques. Quel qu'en soit la cause une neutropénie peut induire des aphtes. Des Aphtes majeurs peuvent se voir en cas d'effondrement des lymphocytes T (CD4<100/mm3).

3.4.1.6. Facteurs généraux :

3.4.1.6.1. Allergie alimentaires : [17, 39]

Certains patients rapportent une concordance d'apparition des aphtes avec la prise de certains aliments, additifs alimentaires ou arômes : huiles essentielles, acide benzoïque, cannelle, lait de vache, café, chocolat, pommes de terre, tomate, farine de blé, miel, fromages et en particulier de gruyère ou de cheddar, crustacés, poivre, paprika, moutarde, fruits secs comme les noix, les noisettes ou les amandes, dattes, citrus, fruits astringents et certains alcools. Le mécanisme mis en jeu dans cette hypersensibilité alimentaire serait d'origine non immunologique.

3.4.1.6.2. Des carences nutritionnelles : [26]

Des carences nutritionnelles en particulier en : fer, folâtres, vitamines B1, B2, B6, B12, et en zinc pourraient expliquer certains cas d'aphtoses. Le fer est essentiel au fonctionnement des cellules épithéliales de la cavité buccale tandis que la vitamine B12 et les folâtes jouent un rôle important dans la synthèse de l'ADN et dans la division cellulaire. Une atrophie de cet

épithélium pourrait donc expliquer pourquoi certains patients ayant des déficiences hématologiques (fer, folates, vitamines B12) sont sujets aux aphtoses buccales. De même Une carence en zinc entraine des anomalies multiples et participe au développement de maladies des muqueuses, de faibles concentrations en zinc ont été retrouvées chez les patients souffrant d'aphtosek buccale.

3.4.1.6.3. Médicaments : [8, 17, 39 ,80]

Des médicaments pourraient être à l'origine de lésions aphtoïdes ; les plus relatés dans la littérature sont les suivants :

- Les AINS ; le groupe des arylcarboxyliques ; Flurbiprofène, dérivé de l'acide propionique et le Piroxicam (Felfène®, Brexin®) contentant des groupements thiols et l'acide fénamique (Nifluril®) seraient également imputés dans la genèse d'aphtes iatrogéniques.
- Les sels d'or : indiqués pour les patients souffrant de rhumatismes ;
- La D-pénicillamine : antibiotiques chélateurs de métaux lourds également prescrits dans le cadre de rhumatismes ;
- Le nicorandil : vasodilatateur utilisé pour les pathologies cardiaques (ainsi que le captopril, inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine I et le phénindione, anticoagulant) ;
- Certains antiépileptiques : carbamazépine, hydantoïne et barbituriques ;
- Le méthotrexate, antagoniste de l'acide folique (vitamine B9), utilisé pour certains types de cancers, la polyarthrite rhumatoïde et sporiasis ;
- L'alendronate : bisphosphonate, traitement de l'ostéoporose post-ménopausique ;
- L'hexachlorophène et l'hypochlorite de sodium : antiseptiques ;
- Le lauryl sulfate de sodium : contenu dans certains dentifrices ;
- La chimiothérapie : il s'agit d'aphtes chimio induit. Ces lésions buccales font partie des effets secondaires les plus courants lors de la chimiothérapie. Ce traitement provoque des aphtes car il attaque des cellules à division rapide qui sont les cellules de la muqueuse et de système immunitaire cela crée un milieu propice à l'aphtose ;
- Dodecyl sulfate de sodium ou Lauryl sulfate de sodium est un détergent et tensioactif classiquement retrouvé dans les dentifrices et exerce une action antimicrobienne. Il aide aussi à la diffusion du dentifrice à travers la bouche et créer une sensation de propreté. Il rongerait la muqueuse buccale et réduirait donc les propriétés protectrices de l'épithélium buccal. Il détruirait la mucine (principal constituant du mucus) en dénaturant les glycoprotéines exposant ainsi l'épithélium sous-jacent et augmenterait donc l'incidence des aphtoses buccales.

Il s'agirait de toxidermies aphtoïdes ou d'aphtes induits ; ce diagnostic d'aphtose médicamenteuse sera confirmé par la guérison a l'arrêt de la substance incriminée.

3.4.1.7. Les maladies systémiques :

3.4.1.7.1. La maladie de Behçet : [7, 39]

La maladie de Behçet est une vascularite systémique inflammatoire pouvant affecter les vaisseaux (artères ou veines), quelle que soit leur taille. Les aphtoses buccales récurrentes constituent un symptôme initial et sont présents chez pratiquement tous les patients à un moment donné dans la pathologie. De ce fait, ils constituent un critère majeur de diagnostic. Cette aphtose buccale récurrentes peut d'ailleurs précéder pendant des années les autres signes cliniques surtout chez l'enfant. Un nombre important d'aphtes (supérieur à 6), apparus en même temps, de taille différente avec une localisation au niveau du voile du palais et de l'oropharynx serait en faveur de la maladie de Behçet. Ces aphtes peuvent se présenter sous les trois formes d'aphtoses : mineure, majeure ou herpétiforme.

3.4.1.7.2. Maladies de chron et rectocolite ulcèro- hémorragique : [17]

La maladie de crohn comporte des manifestations buccales très diverses, qui peuvent parfois précéder l'atteinte intestinale. Certaines sont spécifiques (histologiquement granulomateuses), d'autre non spécifiques (non granulomateuses), au nombre desquelles figurent des ulcérations parfois allongées voire presque linéaires dans le fond du cul-de –sac vestibulaire ,et des ulcérations aphtoides de grande taille qui seraient moins douloureuses que des aphtes vrais ,souvent recouvertes par un épais magma fibrino-leucocytaire. Il a été aussi rapporté quelques observations d'association de rectocolite hémorragiques et d'ulcération buccales aphtoides.

3.4.1.7.3. La maladie cœliaque : [39, 91]

La Maladie cœliaque ou intolérance au gluten c'est une maladie du tube digestif liée à la présence de gluten (protéine contenue dans certain céréales) dans l'intestin grêle, il se produit alors un phénomène semble à une réaction allergique, responsable d'une inflammation intestinale qui entraine une mauvaise absorption des nutriment, minéraux et vitamines. Cette maladie peut être à l'origine d'aphtose secondaire, Chez Les malades atteints de maladie cœliaque la prévalence des aphtes a été évalué à 22,7%. À l'inverse une maladie cœliaque est présente chez 1,2% à 2,8% Des patients atteints d'aphtose. Chez Ces patients la disparition de l'aphtose a été observée, après an de régime dans 89% des cas.

3.4.1.7.4. L'infection par VIH : [26]

Plusieurs épisodes d'aphtose buccale récurrente ont été rapportés chez des patients atteints du VIH dont le statut immunitaire est déficient. Ces épisodes d'aphtose buccale récurrente semblent d'ailleurs plus sévères et plus douloureux chez ces patients, ce qui peut amener à une dysphagie voire une malnutrition et compromettre leur état de santé. Il s'agirait principalement d'aphtes géants et herpétiformes. De plus, le nombre de lésions par épisode est plus important quand le patient est au stade SIDA par rapport à celui qui se trouve en phase de primo-infection ou de latence, ce qui prouve que l'immunosuppression a un impact sur la sévérité des lésions.

3.4.1.7.5. La neutropénie cyclique : [17]

Est une Affection hématologique rare caractérisée par une chute brutale et temporaire de la production des polynucléaires neutrophiles. Elle survient en moyenne toutes les 3 semaines et

dure quelques jours. Les manifestations buccales douloureuses type aphtoïde s'accompagnent de gingivite, arthralgie, fièvre, malaise, et adénopathies cervicales.

3.4.1.7.6 Les syndromes et maladies rare :

3.4.1.7.6.1. Le syndrome PFAPA : [87]

Le syndrome PFAPA (Periodic Fever Aphthous stomatitis Pharyngitis Adenitis) ou syndrome de Marshall associe des épisodes de poussées fébriles (F) récidivant régulièrement à d'autres symptômes : aphtes buccaux (A), pharyngite (P) exsudative et adénopathies cervicales (A). Il s'agit de la fièvre périodique la plus fréquente avec 90% des cas qui se déclarent avant l'âge de 5 ans. L'état fébrile est caractérisé par sa périodicité : il dure entre 3 et 6 jours et récidive toutes les 3 à 8 semaines. Il est associé dans 70% des cas à une stomatite aphteuse avec principalement des aphtes mineurs. Ce syndrome évolue spontanément vers la guérison.

3.4.1.7.6.2. Le déficit en mévalonate kinase : [39, 92]

Il s'agit d'une maladie autosomique récessive liée à des mutations du gène MVK codant pour le mévalonate kinase. Il a été montré qu'un déficit en cette enzyme pourrait être à l'origine de maladies auto-inflammatoires avec une augmentation de la sécrétion d'IL-1β. Le spectre clinique va du syndrome hyper-IgD à l'acidurie mévalonique. Le syndrome hyper IgD se caractérise par des épisodes de fièvre élevée qui durent entre 3 et 6 jours et survenant toutes les 2 à 8 semaines. Des aphtes buccaux sont associés dans 50% des cas.

3.4.1.7.6.3. Le MAGIC syndrome : [26]

Le MAGIC syndrome : « Mouth and genital ulcers with inflamed cartilage » est un syndrome qui associe des lésions aphtoïdes et génitales avec une inflammation du cartilage à type de chondrite de l'oreille externe,du nez ,de l'appareil respiratoire ,costal .

3.4.1.7.6.4. Le syndrome de Sweet : [26]

Il s'agit d'une dermatose aiguë du sujet jeune qui associe une fièvre et une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. Il débute par un syndrome pseudogrippal puis des signes cutanés apparaissent 1 à 3 semaines plus tard. L'atteinte buccale ou génitale se traduit par des lésions aphtoïdes ou des ulcérations.

3.4.2. La pathogénie :

La physio pathogénie des lésions aphteuses n'est pas complètement élucidée ; Certaines constatations non spécifiques autorisent des hypothèses immunitaires dans l'aphtose buccale. Des hypothèses bactériennes et/ou virales ont également été avancées, sur base de certaines constatations.

3.4.2.1. Pathogénie immunitaire : [8]

3.4.2.1.1. Anomalies inflammatoires et cellulaires au niveau des aphtes :

Au niveau de la muqueuse buccale de ces patients, les anomalies lymphocytaires suivantes sont constatées :

Phase préulcéreuse	Infiltrat mononucléé constitué de lymphocytes large granular lymphocytes (LGL) et de lymphocytes T4 helper (CD4+)
Phase ulcéreuse	Apparition des lymphocytes T suppresseurs cytotoxiques CD4+ ; diminution des cellules mononucléées, y compris les lymphocytes T CD4+ et CD8+, aussi bien au niveau des lésions qu'en dehors. Des lymphocytes polymorphonucléaires apparaissent également dans les lésions, sans hyperréactivité de leur chimiotactisme et sans déficit de leur fonction phagocytaire ; certaines lésions présentent une activation des cellules mastocytaires avec dégranulation
Phase de guérison	Remplacement des lymphocytes T suppresseurs cytotoxiques CD4+ par des lymphocytes T CD4+

Tableau 04 : Les différentes phases de l'anomalie inflammatoire et cellulaire observéesau cours de formation de l'aphte.

Des signes de vascularite leucocytoclasique et de vascularite par complexes immuns (avec dépôt vasculaire d'IgM, IgG et C3, et dépôt de C3 granuleux sur les membranes basales) sont retrouvés au niveau des lésions. Ces dépôts semblent avoir un rôle secondaire dans l'étiopathogénie des lésions, alors que l'infiltrat leucocytoclasique tient sans doute un rôle prépondérant.

Les lésions ont des taux élevés d'interféron gamma, de tumor necrosis factor alpha (TNFa), d'interleukine (IL) 2, IL4 et IL5, et un déficit fonctionnel d'IL10.

Les lésions aphteuses présentent une augmentation de molécules d'adhésion cellulaire, la vascular cell adhesion molecule (VCAM) 1, l'E-sélectine et l'intercellular adhesion molecule (ICAM) 1 au niveau des kératinocytes. Les connexines, marqueurs des gap junctions, sont présentes autant au niveau des lésions qu'au niveau des muqueuses saines voisines.

3.4.2.1.2. Anomalies inflammatoires au niveau du sang circulant :

Les anomalies suivantes peuvent être constatées au niveau du sang périphérique, en association ou isolément :

Phase 01	Augmentation des lymphocytes T CD8+ circulants.
Phase 02	Diminution des lymphocytes T CD4+ ; in vitro, ces cellules T circulantes peuvent provoquer une lyse des cellules épithéliales orales.
Phase 03	Réduction des cellules T « vierges » CD4+ (CD5+ 2H4T)
Phase 04	Augmentation des cellules T « mémoire » CD4+ (CD29+ 4B4+)

Phase 05	Augmentation des cellules T gamma-delta (rôle probable dans la pathogénie des lésions) lors des poussées, ce qui révèle une cytotoxicité à médiation cellulaire anticorps-dépendante.
Phase 06	Elévation sérique des IL6, IL2R (soluble intercellular adhesion molecules), sans corrélation avec l'activité de l'affection.
Phase 07	Niveau normal ou élévation des cellules natural killer, sans altération de leurs sous-types (CD16+, CD56+ et CD14+) et sans altération de leur fonction cellulaire basale, ou parfois réduction de celle-ci lors des exacerbations des formes majeures d'aphtose ou des phases ulcéreuses tardives des formes mineures d'aphtose buccale.

Tableau 05 : Les différentes phases de l'anomalie inflammatoire et cellulaire au niveau du sang circulant.

Les taux sériques d'Ig sont généralement normaux, avec des variations à la hausse ou à la baisse parfois rapportées dans certains groupes de patients, mais sans déficit des sous-classes d'IgG.Les taux sériques de complément C9 sont parfois augmentés, ainsi que ceux d'a2-microglobuline, sans doute révélateurs non spécifiques de la phase inflammatoire aiguë. Les marqueurs auto-immunitaires (anticorps antinucléaires, facteurs rhumatoïdes de type IgM, anti-acide désoxyribonucléique [ADN], anti-ribonucléoprotéine [RNP], anti-Sm et SSB) sont absents. Par ailleurs, on peut noter la présence d'anticorps circulants de type IgM dirigés contre la muqueuse buccale (également contre d'autres épithéliums épidermoïdes non kératinisés et contre la muqueuse du côlon) dans 70 à 80 % des aphtoses récidivantes banales, surtout lors des poussées et dans les formes chroniques. La spécificité et le rôle pathogénique de ces auto-anticorps ne sont pas probants.

3.4.1.2.2. Aspects microbiens : [8, 25, 71, 88]

Les streptocoques buccaux ont été suspectés depuis près de 20 ans dans la pathogénie de l'aphtose buccale. Il semblerait que les anticorps anti-streptocoques soient capables d'avoir une réaction croisée avec une protéine de choc thermique mitochondriale humaine (HSP de 60 kDa) avec donc une augmentation de la concentration des anticorps sériques anti-hsp chez les patients atteints d'aphtose. De plus, des travaux ont montré également une réaction croisée entre l'HSP de 65 kDa de mycobactéries et Streptococcus oralis, ce qui fait augmenter considérablement le taux d'anticorps contre cette HSP. Les lymphocytes de ces patients atteints d'aphtose ont aussi une activité lymphoprolifération La réaction immunitaire qui se produit pourrait mettre en jeu des lymphocytes Tγδ.

Ces lymphocytes sont présents au niveau des muqueuses et sont impliqués dans l'immuno-régulation locale et dans la cytotoxicité anti-tumorale. Ils vont reconnaitre certains antigènes desmicro-organismes. Par conséquent, l'ABR mettrait en jeu une réponse immunitaire médiée par les cellules T contre les antigènes de Streptococcus oralis avec également la présence d'anticorps contre cette bactérie qui pourrait aussi reconnaitre une protéine de choc thermique mitochondriale humaine, ce qui entrainerait la destruction de la muqueuse buccale.

La présence d'Helicobacter pylori a été signalée dans les aphtes, mais sans augmentation des anticorps IgG sériques à leur égard.

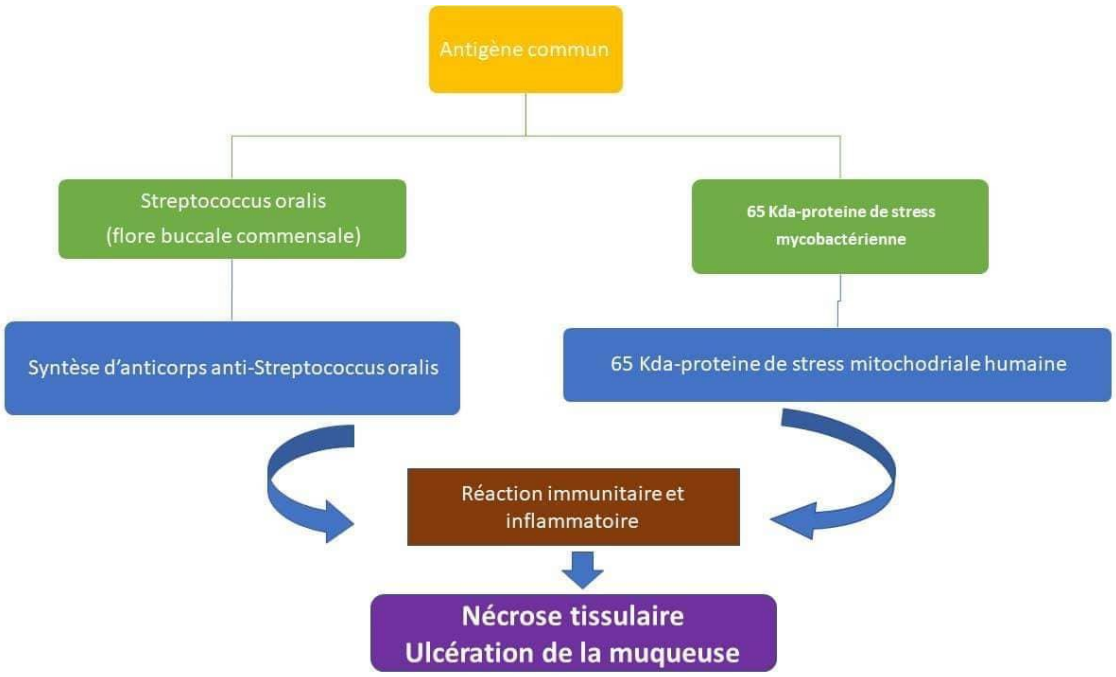


Figure 09 : Hypothèse sur l'étiologie des aphtes [8].

3.5. La symptomatologie clinique : [33]

L'aphte est une lésion épithéliale de la muqueuse buccale et de l'oropharynx, qui peut être une érosion ou bien une ulcération superficielle.

Les aphtes buccaux regroupent les aphtes banals, les aphtes géants et l'aphte miliaire.

3.5.1. Aspect clinique de l'aphte : [10, 35]

Quelle que soit la forme clinique, la lésion élémentaire est la même. Parfois précédée par une sensation de brulure ou picotement, la lésion initiale est une macule érythémateuse sur laquelle survient la classique ulcération : ronde ou ovalaire, à bords réguliers, entourée d'un halo rouge, avec un fond plat fibrineux jaune ou grisâtre.
Les aphtes se retrouvent le plus souvent au niveau des muqueuse bordantes non kératinisées (face ventrale de la langue, pointe de la face inferieure de la langue, sur la face interne des lèvres supérieure ou inférieure, et des joues sur l'oropharynx).

Ils sont en revanche plus rares au niveau des muqueuses masticatoires kératinisés telles que la gencive ,le palais dur et la face dorsale e la langue .

Figure 1 : aphte arrondie, bord régulier, fond jaune, halo rouge.

La formation d'un aphte buccal peut être schématiquement divisée en 4 phases :

Phase 1	**Prodromique**, le patient perçoit une sensation de picotements ou de brulures ,sans signes clinique apparents (durée jusqu' 'à 24 h)
Phase 2	**Pré-ulcérative ,**une petite papule ou macule érythémateuse se développe avec un léger halo rouge et induré ,la région est douloureuse (durée de 18 h à 72 h)
Phase 3	**Ulcérative** ,la lésion érythémateuse blanchit et s'érode, l'aphte s'ulcère mais ne saigne jamais, la douleur diminue progressivement au fil des jours (durée de 4 à 6 jours)
Phase 4	**De cicatrisation ,**la plaie se ré-épithélialise de manière indolore (durée de 4 à quelques semaines).

Tableau 06 : Les phases de formation de l'aphte [10].

3.5.2. Anatomopathologie : [35]

En microscopie optique, c'est une ulcération non spécifique, le centre de la lésion est caractérisé par une nécrose de type ischémique par oblitération vasculaire, avec disparition de corps muqueux de Malpighi.

Au niveau des artérioles ,on note un œdème de l'intima avec infiltrat lymphoplasmocytaire débordant dans le chorion. La réaction inflammatoire du chorion est souvent intense et touche parfois les glandes salivaires accessoires (d'où le terme de périadénite décrite par Sutton pour les aphtes géants).

En périphérie de la nécrose, les vaisseaux sont dilatés avec turgescence des cellules endothéliales et phénomène de diapédèse et de margination et des polynucléaires et lymphocytes.

Cet aspect microscopique correspond à une lésion de vascularite.

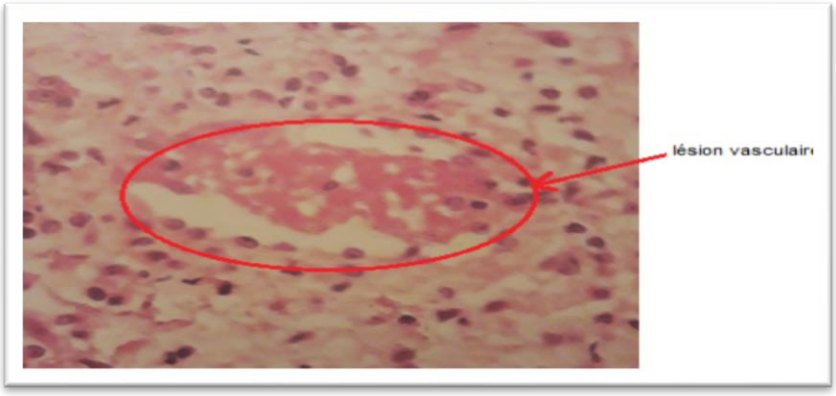


Figure 11 : Histologie (X250) aphte buccal ;lésion vasculaire.

3.5.3. Les formes cliniques des aphtoses buccales :

3.5.3.1. Aphtose commune (banale, vulgaire, simple) : [35]

La poussé est constituée de 1 à 3 éléments, mesurant de 3 à 6 et jusqu'à 10 mm de diamètre, évoluant spontanément en 8 jours vers la guérison sans laisser de cicatrice.

Des circonstances déclenchant sont parfois évoquées et sont souvent propres à chaque patient:

- Alimentaires (noix, gruyère, fraises, chocolat ,tomates, peau des fruits) ;
- Soins dentaires (détartrage , rouleau de coton salivaire) ;
- Stress, fatigue.

Les poussées sont rares, avec des périodes de latence de plusieurs mois. c'est la forme d'aphtose la plus fréquente ,représentant 60 à 80 % des aphtoses ,pouvant débuter dès la petite enfance .

Le bilan de l'aphtose commune est essentiellement étiologique essayant de retrouver les circonstances déclenchantes des poussées afin de pouvoir les éviter (aliments). l'aphtose banale ne nécessite aucune investigation complémentaire si elle est isolée .

Figure 2 : Aphte banal sur le bord de la langue .

3.5.3.2. Aphtose multiple : [35, 56]

L'aphtose multiple est plus rare, faite de quatre à dix éléments bien individualisés ; les aphtes peuvent être multiples simultanés.

Quelquefois confluents, ils prennent un aspect « herpétiforme », évoquant une poussée d'herpès récurrent. Comme pour l'aphtose commune, le bilan de l'aphtose multiple est essentiellement étiologique, essayant de retrouver des circonstances déclenchantes des poussés afin de pouvoir les éviter (évictions alimentaires….)

Il n'y a pas de signe associés et l'état général est conservé.

Les aphtoses multiples guérissent en une dizaine de jours.

Figure 3 : Aphtes multiples simultanés (gencive).

3.5.3.2.1. Aphtose miliaire : **[35]**

C'est une forme particulière d'aphtose multiple. Les lésions sont très nombreuses, de dix a 100 éléments punctiformes, rarement confluents. Cette forme d'aphtose est extrêmement douloureuse.

L'aphtose miliaire doit être différenciée d'une stomatite herpétique de primo-infection, diagnostic clinique parfois difficil, mais certains éléments peuvent orienter vers l'infection virale :

- Confluence des éléments réalisant des ulcérations à contours polycycliques ;
- Malaise général avec fièvre adénopathies ;
- Lésions péribuccales .

Un prélèvement virologique d'une lésion permet éventuellement d'écarter le diagnostic d'herpès.

D'autres infections peuvent être aussi évoquées, comme l'herpangine, pour les localisations essentiellement postérieures (voile).

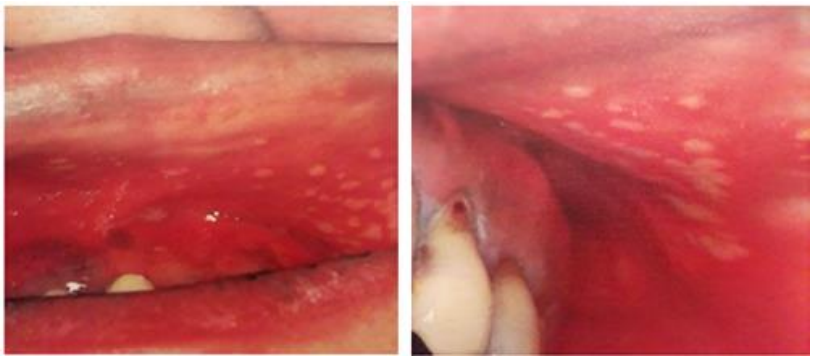


Figure 14 : Aphtoses miliaire, lèvre supérieure et joue .

3.5.3.3. Aphtose géante : [35]

Elle est caractérisée par taille importante des aphtes, supérieure à 1 cm, pouvant atteindre, voire dépasser 3 cm . La lésion est le plus souvent coexister.

L'ulcération est parfois infiltrée d'œdème, parfois nécrotique, et évolue sur plusieurs semaines parfois plusieurs mois.

Les signes fonctionnels sont importants, à types de dysphagie, dysphonie, hypersialorrhée.

Dans certains cas (aphtes géants nécrotiques ou creusant) , l'évolution vers la guérison se fait au prix de cicatrice rétractiles , parfois mutilantes (amputation de la luette), on parle alors de périadénite de Sutton (autrefois periadenitis mucosa necrotica recurrens, ou ulcère de Mikulicz).

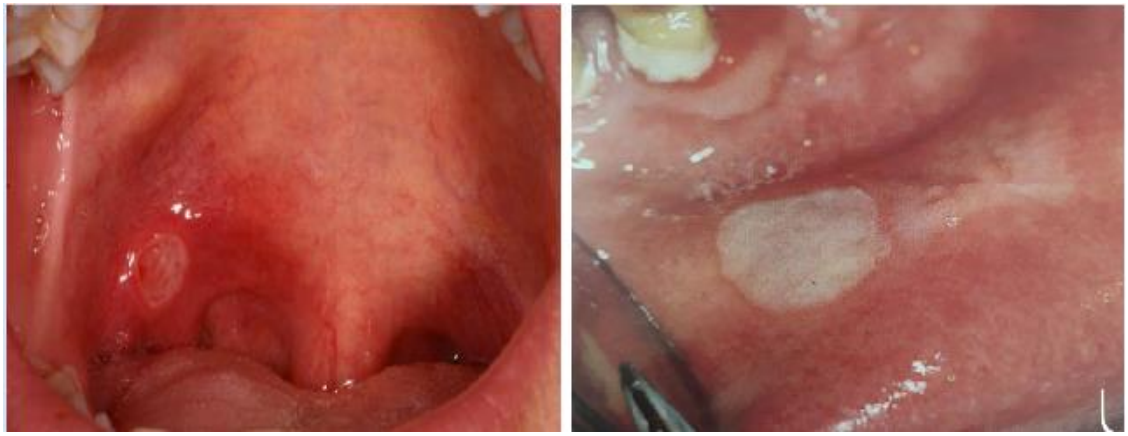


Figure 15 : Aphtose géante sur le palais et lèvre inferieure .

Aphtose	Caractéristiques
-Aphte banal	- 1 à 10 lésions par poussée - Phase prodromique courte (type picotement ,sensation de cuisson) - Fore ronde (ou ovalaire dans le pli de vestibule) - 2 à 10 mm de diamètre - Fond régulier couleur jaunâtre (beurre frais) ou grisâtre - Bords nets - Base infiltrée - Halo érythémateux - Rarement confluentes - Pas de saignement - Cicatrise en 7 à 14 jours - Localisée seulement sur les muqueuses peu kératinisées (cela exclut la gencive le plais et le dos de la langue le plus souvent)
-Aphte géant :	- 1 à plusieurs lésions - Phase prodromique courte - Forme plus ou moins ronde et régulière - 1 à 5 cm de diamètre - Bord surélevé, fond creusé - Contours nets et réguliers - Inflammation plus profonde atteignant le chorion - Cicatrisation plus longue : 2 à 3 mois souvent synéchiante et mutilante pouvant amputer la luette, souder les piliers ou le bord du voile à la paroi pharyngée postérieure - Fréquemment localisée sur le voile, le pharynx, les amygdales ,la luette - Adénopathie plus fréquente
-Aphte miliaire :	- Plusieurs dizaines d'aphtes en bouquet - Diamètre inferieur à 2mm - Lésions érosives multiples, plates, souvent confluentes prenant alors des contours polycycliques ressemblant aux aphtes géants ou à la lésion de l'herpès - Peu profonde - Cicatrisation en 7 à 30 jours mais la récidive est parfois si fréquente que les ulcérations deviennent virtuellement continues - Peut se situer sur la face dorsale de la langue .

Tableau 07 : Tableau résumant la symptomatologie des aphtes [2].

3.5.4. Les aphtoses récurrentes :

Les ulcérations récurrentes de la muqueuse buccale correspondent le plus souvent à une aphtose récurrente idiopathique mais peuvent être associe à des pathologies systémiques à rechercher au cours de l'interrogatoire et des examens complémentaires ; on parlera de l'aphtose récurrente secondaire.

3.5.4.1. Aphtose récurrente idiopathique :

L'aphtose récurrente est définie par la répétition d'au moins 3 épisodes d'aphtes par an.

3.5.4.1.1. L'aphtose mineure : [35]

La forme mineure d'aphtose buccale récurrente est la variété la plus fréquente. Elle atteint préférentiellement le sujet entre 10 et 40 ans.

Les symptômes sont généralement mineurs. Elle est caractérisée par la présence d'aphtes buccaux classiques, à savoir des ulcérations superficielles rondes ou ovales, habituellement de 2 à 4 mm de diamètre (mais parfois jusqu'à 1 cm), avec une pseudomembrane jaunâtre entourée d'un halo étroit érythémateux. Le fond jaunâtre devient grisâtre avant la guérison. Au niveau du fond des vestibules, site fréquent, leur forme est plus linéaire.

Ces aphtes sont isolés (aphte banal, d'aspect vulgaire) ou multiples (deux à six).

Ces lésions mineures surviennent surtout sur la muqueuse labiale et buccale, ainsi qu'au niveau du plancher buccal. Elles sont inhabituelles au niveau de la gencive, du palais ou du dos de la langue.

Elles guérissent en 7 à 14 jours sans laisser de cicatrice. Elles récidivent après un intervalle de1à4mois.

Cette forme mineure d'aphtose buccale récurrente est la forme la plus fréquemment rencontrée chez l'enfant.

3.5.4.1.2. L'aphtose majeure : [45]

La forme majeure est sévère mais plus rare, plus douloureuse que la forme mineure.

L'aphte est décrit également sous le terme de « aphte nécrosant », jadis appelé «périadénite » de Sutton ou periadenitis mucosa necrotica recurrens.

Ces lésions débutent habituellement après la puberté, ces lésions sont habituellement plus profondes, ovales, uniques ou multiples (deux à six) et peuvent dépasser 1 cm de diamètre jusqu'à atteindre 3 cm. Elles sont entourées d'œdème.

Ces aphtes nécrosants ont une prédilection pour les lèvres, le voile (palais « mou ») et les piliers amygdaliens, mais peuvent affecter n'importe quel site, y compris la face dorsale kératinisée de la langue.

Ces ulcérations sévères persistent jusqu'à 6 semaines, et laissent souvent une cicatrice.

Des signes généraux peuvent accompagner ces lésions (état subfébrile, dysphagie, malaise) avec élévation de la vitesse de sédimentation.

Cette forme peut survenir lors de la prise de nicorandil (antiangoreux), avec des aphtes sévères

3.5.4.1.3. Forme herpétiforme :

La troisième forme est l'aphtose buccale récurrente herpétiforme, décrite aussi par les termes d'aphtes miliaires ou d'ulcérations herpétiformes de Cooke.

Cette forme herpétiforme peut avoir une prédilection pour la femme, et débute plus tardivement que les autres formes, 67 à 85 % des patients commençant avant l'âge de 30 ans.

Elle est caractérisée par la survenue récidivante et en « **bouquet** » de multiples petites ulcérations extrêmement douloureuses, disséminées, et qui peuvent se distribuer dans la totalité de la cavité buccale. Une dizaine à une centaine d'ulcérations peuvent être présentes à un moment donné, chacune mesurant 1 à 3 mm.

	Aphtose buccale récurrente mineure	**Aphtose buccale récurrente majeure**	**Aphtose buccale récurrente herpétiforme**
Sex-ratio	M=F	M=F	F> M (?)
Fréquence	+/- 80%	+/- 10%	+/- 10%
Age de début	5-19 ans	10-19 ans	20-29 ans
Forme	Ronde /ovalaire	Irrégulière	Rondes confluentes
Nombre d'ulcérations	1-5 aphtes	1-10 aphtes	10-100 aphtes
Localisations	Antérieures	Antérieures > postérieures	Antérieures et postérieures
Taille des ulcérations	< 10 mm	>10 mm	1-2mm (plus large en cas de confluence)
Durée	4-14 jours	> 30 jours	< 30 jours
Taux de récurrence	1-14 mois	< 1 mois	< 1 mois
Localisations	Lèvres, joues, langue, plancher buccal	Lèvres, joues, langue, palais, pharynx	Lèvres, joues, langue, pharynx, palais, gencive, plancher buccal
Cicatrice	Non	possible	Non

Tableau 08 : Tableau résumant les caractéristiques des aphtoses buccales récurrentes [35].

3.5.4.2. Aphtose buccale récurrente d'origine systémique :

Certaines affections systémiques sont à rechercher systématiquement par l'interrogatoire, l'examen clinique et éventuellement quelques examens biologiques simples :

- Déficit nutritionnel : (fer, folates, vitamine B12) ;
- Maladie cœliaque ;
- Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

3.5.4.2.1. Aphtose bipolaire de Neumann :

Du fait de sa double localisation à la fois buccale et génitale.

Quant aux aphtes génitaux ils sont fréquents chez les femme dans un rapport de 3/1 et sont particulièrement nécrosants, douloureux et récidivants. Ces aphtes possèdent les mêmes caractères lésionnels que ceux de la muqueuse buccale (trois à quatre centimètres de diamètre de forme indurée).

L'aphtose bipolaire de Neumann est considérée, par certains auteurs comme une forme fruste de syndrome de Behçet.

On trouve L'aphtose buccale récurrente secondaire dans les affections et les maladies suivantes qu'on va les détailler dans le sous chapitre aphte et maladies générales.

- Syndrome MAGIC ;
- La neutropénie cyclique idiopathique ;
- La neutropénie bénigne familiale ;
- Déficit immunitaires : Infection VIH.
- Syndrome de FAPA ou PFAPA chez l'enfant (Periodic Fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis, Adenitis) ;
- Syndrome de Sweet ;
- La maladie de Behçet.

3.6. Aphtose et pathologies associées :

Il est primordial de ne pas attribuer directement l'aphtose à une cause uniquement locale ,car celle ci peut être le reflet d'une maladie systémique.

L'aphtose est classiquement retrouvée dans plusieurs pathologies.

3.6.1. Maladie de Behçet : [15]

La maladie de behçet fut décrit en 1937 par le dermatologue turc Hulusi Behçet , elle est ubiquitaire , mais elle touche avec prédilection les populations de l'Asie centrale et de l'Est ,et du pourtour méditerranéen , selon une distribution géographique rappelant les itinéraires de «la route de la soie».

3.6.1.1. Définition : [7, 15]

La maladie de Behçet est une vascularite systémique d'étiologie inconnue mais certainement multifactorielle, survenant essentiellement chez l'adulte jeune, marquée par des poussées d'inflammations aigues séparées par des phases de rémission.

Sur le plan clinique, elle se manifeste par une aphtose buccale ou bucco-génitale, les lésions oculaires et cutanées, le tracus gastro-intestinal , les articulations et vaisseaux sont moins fréquemment touchées.

Sur le plan Histologique , c'est une vasculite qui touche les artères, les veines, on observe au niveau des lésions une infiltration lymphocytaire et monocytaire péri vasculaire.

3.6.1.2. Etude clinique :

La maladie de Behçet est une vascularite comportant initialement une triade associant aphtose buccale, aphtose génitale et uvéite. De diagnostic essentiellement clinique, on pourra la confondre avec une aphtose récidivante idiopathique tant qu'elle ne présentera pas de signes exo-.buccaux.

3.6.1.3. Les signes généraux : [36]

Les symptômes généraux qui accompagnent les poussées de maladie de Behçet sont généralement discrets. On peut constater un état fébrile modéré ou parfois important (39 à 40 °C) en cas de manifestations neurologiques, pulmonaires ou digestives, mais les adénopathies périphériques sont rares.

3.6.1.3.1. Les critères de diagnostic de maladie de Behçet :

3.6.1.3.1.1. Les critères majeurs :

3.6.1.3.1.1.1. Aphtoses buccales : [36]

En effet les aphtes buccaux existent dans 98% des cas. Ces aphtes sont identiques à ceux qui sont observés dans l'aphtose commune, avec souvent des cicatrices, mais peuvent se situer sur les muqueuses kératinisées telles que le palais ou le pourtour de la langue. On ne peut les différencier de l'aphtose buccale banale, mais leur nombre, leur répétition et l'invalidité qu'ils entrainent, doivent inquiéter.

Figure 16 : Aphte pharyngien dans une aphtose buccale Récidivante[36].

3.6.1.3.1.1.2. Aphtoses génitales : [37, 65]

L'aphtose génitale survient dans environ 80 % des cas de maladie de Behçet, plus fréquemment chez la femme. Elle accompagne parfois l'aphtose buccale, réalisant l'aphtose bipolaire de Touraine

Ils siègent chez l'homme sur le scrotum, plus rarement sur la verge ou dans l'urètre ; chez la femme, sur la vulve, le vagin et le col. Ils peuvent être soit disséminés et douloureux, soit totalement latents. Les aphtes génitaux laissent des cicatrices dépigmentées permettant un diagnostic rétrospectif.

Figure 17 : Aphtes scrotaux dans une maladie de Behçet [37].

3.6.1.3.1.1.3. Atteinte oculaire : [8]

L'atteinte oculaire constitue l'un des critères majeurs de la maladie de Behçet. Elle se présente comme une inflammation récidivante de l'œil, suraiguë, décrite sous le terme d'uvéite.

Cliniquement, l'uvéite a trois présentations majeures, selon la région anatomique de l'œil, si l'inflammation est antérieure, on parle d'uvéite antérieure, si elle se situe dans la partie centrale de l'œil, le vitré, l'uvéite est dite intermédiaire et si elle prédomine à l'arrière de l'œil, c'est une uvéite postérieure.

Figure 18 : Atteinte oculaire (iritis) dans une maladie de Behçet [8].

3.6.1.3.1.1.4. Atteinte cutanée : [65]

Les manifestations cutanées, très variées, se voient dans 70 % des cas. Elles comprennent, par ordre décroissant de fréquence, l'hypersensibilité cutanée aux effractions cutanées (80 à 100 %), les lésions pustuleuses spontanées (60 %), les lésions d'érythème noueux (30 à 40 %). D'autres lésions sont également décrites, comme une éruption maculaire et papuleuse, ou un dermographisme.

3.6.1.3.1.2. Les critères mineurs: [3, 41, 60]

- Les manifestations articulaires sont arthralgies ou oligoarthrites asymétriques et non déformantes du genou, du poignet, de la cheville ;
- Les manifestations vasculaires sont des thromboses veineuses superficielles ou profondes notamment veines caves , iléo fémorales, sous Clavière ,cérébrales, sus-hépatiques ,et des anévrismes ou des thromboses artérielles ;aorte abdominale, artère rénale ,pulmonaire, thoracique ,sous Clavière ,fémorale ,poplitée ;

Les manifestations neuropsychiatrique apparaissent souvent entre 30 et 45 ans ; la méningo-encéphalite, la paralysie des nerfs crâniens ,l'atteinte motrice centrale, les troubles sensitifs, les syndromes pyramidal, le syndrome cérébelleux, l'hypertension intracrânienne bénigne.

3.6.1.3.1.2.1. Maladie de Bechet et système HLA :

Un profil génétique particulier ; l'HLA-B51 est souvent associé à la maladie de Behcet .Le fait de présenter cet allèle augmenterait significativement le risque de développer la maladie.il joue un rôle potentiel dans le dysfonctionnement des neutrophiles observé au cours de la maladie de behcet.

Autre molécule HLA B ont été possiblement impliques dans la susceptibilité génétique a la maladie de behcet tel que HLA -B5701, HLA -B15 et HLA- B2702.

3.6.1.3.2. Le traitement : [3, 46]

Il n'a pas de traitement curatif, ni de traitement de font de la maladie de Behcet. Le traitement est celui des symptômes qui est le même que celui des aphtes et des aphtoses idiopathiques et son efficacité est similaire. Les analgésiques ou les AINS sont efficaces dans le traitement des atteintes articulaires. Les thrombophlébites récidivantes superficielles sont traitées et ensuite prévenues avec un traitement continu par un antiagrégant plaquettaire.

Les thromboses veineuses profondes ou cérébrales requièrent un traitement anticoagulant efficace (héparine, relais par coumarines) pendant au moins 6 mois .

La sévérité de certaines atteintes viscérales nécessite une corticothérapie générale per os à doses fortes à la phase aigüe. Elle justifie d'utiliser un traitement préventif des poussées par traitement systémique, souvent immunosuppresseur ou interféron.

3.6.2. Les pathologie gastro-intestinales :

3.6.2.1. Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin MICI : [63]

La muqueuse intestinale et la muqueuse buccale partagent la même origine embryologique (endodermique), ce qui pourrait expliquer la relation entre les pathologies inflammatoires de l'intestin et l'aphtose chronique.

Les deux principales MICI sont la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH).

3.6.2.2. La maladie de Crohn :

3.6.2.2.1. La définition : [6]

C'est une affection inflammatoire chronique d'étiologie inconnue pouvant atteindre tous les segments du tube digestif depuis la cavité buccale jusqu'à l'anus, mais le plus fréquemment l'iléon, le colon et l'anus; les lésions sont discontinues séparées par des zones de muqueuse saine.

3.6.2.2.2. Les signes cliniques : [20, 61]

La maladie de Crohn est une pathologie chronique évoluant par poussées inflammatoires

avec des symptômes digestifs et extra-digestifs :

◗ Les symptômes digestifs :

– Une diarrhée : le signe révélateur ;

– Des douleurs abdominales le plus souvent localisées dans la fosse iliaque droite ;

– Une masse abdominale palpable ;

– Des sténoses digestives associées au syndrome de König (épisodes sub-occlusifs) ;

– Des lésions anales : fissures, fistules et abcès péri-rectaux plus ou moins associés à des rectorragies;

– Un retentissement sur l'état général : fièvre, amaigrissement, asthénie ;

– Complications possibles : occlusion du grêle suite à une sténose digestive, fistules, abcès, perforations et hémorragies voire une cancérisation.

◗ **Les symptômes extra-digestifs :**

– Articulaires : arthralgies, arthrites, spondylarthrite ankylosante, sacro- iléite ;

– Oculaires : iritis, uvéite, épisclérite ;

– Hépato-biliaires : stéatose, cholangite sclérosante, hépatite granulomateuse, cirrhose ;

– Rénales : fistules, lithiases, amylose avec albuminuria élevée ;

– Cutanées : érythème noueux , pyoderma gangrenosum, ulcérations cutanées granulomateuses ;

– Thrombo-emboliques : hypercoagulabilité sanguine, thrombose du sinus caverneux.

- **Les manifestations bucco-dentaires:**

◗ Les signes dentaires

Plusieurs études mettent en évidence un risque accru de caries dentaires.

De nombreux facteurs sont impliqués dans le processus de cariogenèse chez un patient

atteint de la maladie de Crohn : le syndrome de malabsorption, un régime alimentaire riche en

glucides et des repas fractionnés et répétés, une modification de certains composants salivaires en particulier lorsqu'il existe une granulomatose des glandes salivaires accessoires, une modification de la flore bactérienne avec une augmentation de Streptococcus mutans.

◗ **Les signes parodontaux :**

Il existe une perte d'attache, une aggravation des poches parodontales, des récessions et des mobilités dentaires qui semblent être liées aux phénomènes inflammatoires avec libération de cytokines (IL1, IL2) et de facteurs tumoraux (TNFα) qui sont à l'origine de destructions tissulaires importantes. Cependant, ce lien de causalité n'a pas encore été clairement

établi.

◗ **Les signes muqueux :**

Ils sont retrouvés dans 4 à 14 % des cas, plus fréquents dans la maladie de Crohn que dans

la rectocolite ulcéro-hémorragique. Ils peuvent parfois précéder de plusieurs années les manifestations gastro-intestinales et représenter ainsi le seul élément de diagnostic.

Ces manifestations peuvent être soit liées à la maladie, soit y être associées.

◗ **Les signes associés à la maladie :**

– Lésions ulcéreuses aphtoïdes récidivantes souvent confondues avec des aphtes récurrents;

– Lichen plan ;

– Pyostomatite végétante : affection cutanéomuqueuse rare considérée comme un marqueur

des maladies inflammatoires intestinales. Elle est plus fréquente dans la rectocolite ulcéro-hémorragique. Il s'agit d'une miliaire pustuleuse indolore qui atteint le plus souvent la

muqueuse gingivale et labiale, respectant le plancher buccal formant par confluence un aspect caractéristique en «traces d'escargot»;

– Le syndrome de Gougerot-Sjögren : modifications immunologiques des glandes salivaires accessoires;

– Les dermatoses neutrophiliques (syndrome de Sweet), le psoriasis et l'épidermolyse bulleuse acquise;

– Les manifestations carentielles : carence en vitamines (B6, B12, C.) en magnésium, en zinc, à l'origine de lésions à type de glossites, d'agueusie et de stomatodynies ;

– Plus rarement : des lésions vésiculo-pustuleuses, une dysgeusie métallique.

Figure 4 : Manifestations buccales: parodontopathie eet ulcère aphtoide linéaire profonds.

3.6.2.1.2. La rectocolite hémorragique :

3.6.2.1.2.1. La définition : [6]

C'est une pathologie inflammatoire chronique idiopathique, touchant le rectum voir le colon gauche, respectant le grêle et l'anus. Elle se manifeste essentiellement par des diarrhées hémorragiques. L'atteinte est toujours continue sans intervalle de muqueuse saine.

3.6.2.1.2.2. Les signes cliniques : [6]

La rectocolite hémorragique étant une maladie systémique, elle se manifeste par des signes digestifs et extra-digestifs :

◗ **Les signes digestifs *:***

Le début peut être brutal ou insidieux. Il existe parfois des facteurs déclenchants (surmenage, perte d'un proche, antibiothérapie…).

Le symptôme dominant est la *diarrhée* le plus souvent hémorragique avec des émissions rectales de sang (rectorragies), de pus ou de glaires associés à des ténesmes.

Le patient peut se plaindre également de douleurs abdominales localisées à la fosse iliaque gauche ou diffuses à tout l'abdomen avec parfois des douleurs anales.

Un retentissement sur l'état général est fréquent en particulier lors des poussées : fièvre, amaigrissement, asthénie, anorexie, nausées et vomissements.
Des complications peuvent survenir au cours de l'évolution de la maladie parmi lesquelles on peut citer : le mégacolon toxique (distension importante du colon), perforations, hémorragies massives, septicémies, complications thromboemboliques, cancérisation (18 à 20 % de risque à partir de 10 à 20 ans d'évolution.

◗ **Les signes extra-digestifs :**

– Articulaires : la polyarthrite périphérique, la sacro-iléite et la spondylarthrite ankylosante;
– Oculaires : l'uvéite, l'épisclérite ;
– Hépato-biliaires : la stéatose, la cholangite sclérosante, l'hépatite, voir la cirrhose ;
– Hématologique et vasculaire : anémie hémolytique auto-immune, purpura auto-immun, thromboses veineuses ;
– Pancréatique : la pancréatite chronique ;
– Rénales : la lithiase rénale, l'amylose ;
– cardio-pulmonaires : les broncho-pneumopathies chroniques, la sarcoïdose, péricardite, endocardite ;
– Endocriniennes : l'hyperthyroïdie ;
– Cutanées : l'érythème noueux et le *pyoderma gangrénusum*.

◗ **Les manifestations buccales:**

– L'aphtose buccale : moins fréquente que dans la maldie de Crohn. Les lésions ulcéreuses de gravité et d'étendue variables en fonction de la gravité de la pathologie;
– La pyostomatite végétante : manifestation buccale retrouvée dans les maladies inflammatoires intestinales en particulier dans la rectocolite. Elle se traduit par des lésions ulcéreuses et pustuleuses intéressant le palais et la muqueuse labiale. Elle peut être associée à une dermatose : la pyodermite végétante qui atteint la région axillaire et vulvopérinéale;
– L'épidermolyse bulleuse acquise qui évolue indépendamment des manifestations digestives; le diagnostic repose sur l'examen histologique avec immuno-fluorescence directe qui met en évidence des dépôts d'IgG et de C3 sous la lamina densa ;
– Les manifestations buccales carentielles : glossite, chéilite, glossodynies, stomatodynies

Figure 20 : Manifestations buccales (des lésions aphteuses) chez un malade atteint de la rectodite hémorragique.

3.6.2.2. La maladie cœliaque : [25, 55, 71]

La maladie cœliaque est une entéropathie qui touche essentiellement les parties hautes du tube digestif (duodénum et jéjunum) et qui résultent d'une intolérance au gluten chez des sujets prédisposés. Le gluten est un composé retrouvé dans différentes céréales : l'orge, le blé, l'avoine et le seigle. La maladie cœliaque est 'une pathologie auto-immune due à une réponse immunitaire inappropriée après ingestion de gliadine (composant du gluten). Cette réaction conduit à une atrophie des villosités au niveau de l'intestin et à une malabsorption des nutriments.

Plusieurs publications dans la littérature émettent l'hypothèse d'un lien entre les aphtoses buccales récurrentes et la maladie cœliaque, la prévalence de patients qui ont une aphtose buccale récurrente et une maladie cœliaque varie entre 18 et 20%.

- **Diagnostic de l'allergie au gluten**

Ce diagnostic se réalise par un dosage des anticorps de type IgA orientés contre la gliadine et contre l'endomysium. Un livre publié récemment et consacré à l'écosystème intestinal évoque l'intérêt de dépister de manière plus systématique l'allergie au gluten par le dosage sérologique de ces anticorps, afin de décider qui doit être orienté vers la biopsie pour confirmer le diagnostic définitif. Un laboratoire de biologie au Grand Duché de Luxembourg a mis au point une méthode de dépistage précoce et non invasif de l'allergie au gluten. Suite à une réaction immune contre la gliadine (protéine du gluten), la muqueuse intestinale produit des immunoglobulines IgA sécrétoires contre cette protéine. Comme la maladie cœliaque constitue une atteinte de la muqueuse de l'intestin grêle, il est envisageable que les anticorps IgA produits sur place par la muqueuse intestinale constituent un indicateur plus précoce et peut-être plus fiable de l'allergie au gluten que la détection des anticorps dans le sérum. Ce dosage se réalise via un prélèvement et une analyse de selles. D'ailleurs, une étude a démontré que les IgA et IgG anti-gliadine sécrétés par la muqueuse intestinale peuvent être produits en l'absence des anticorps spécifiques correspondants dans le sérum.

- **Aphtose et allergie au gluten**

Une étude menée par Pascal EPPE ; Dr Georges Mouton en 2005 a corrélé l'aphtose avec la maladie cœliaque, une allergie sévère au gluten suscitant l'atrophie des villosités intestinales. Les patients atteints de cette pathologie présentent des diarrhées grasses, de l'asthénie, de l'anémie, de l'ostéoporose, de la dépression et souffrent fréquemment de pathologies auto-

immunes (thyroïdite ou diabète de type I). En l'absence de diagnostic et de traitement, la maladie cœliaque peut même entraîner de lourdes complications néoplasiques. Son diagnostic est crucial, car il permet de prévenir ces pathologies responsables d'un accroissement de la morbidité et de la mortalité. L'étude démontre donc la coexistence plus fréquente, mais loin d'être systématique, entre l'aphtose et la maladie cœliaque. Le dentiste pourrait aiguiller ces patients vers leur médecin traitant ou vers leur gastroentérologue, afin de diagnostiquer une éventuelle maladie cœliaque.

3.6.3. Les fièvres récurrentes auto inflammatoires :

Les fièvres récurrentes sont des maladies auto-inflammatoires liées à une altération de l'immunité innée.

3.6.3.1. La neutropénie cyclique idiopathique et agranulocytose : [16, 41, 61]

La neutropénie cyclique idiopathique est caractérisée par la survenue très stéréotypée toutes les 3 semaines de fièvre et d'aphtes, associés à une neutropénie. Des infections cutanées et des douleurs abdominales peuvent survenir au maximum de la neutropénie. L'ensemble des symptômes disparaissent en quelques jours et récidivent tous les 16 à 28 jours pendant des dizaines d'années.

- **La neutropénie** :

c'est la diminution du taux de globules blancs particulièrement les polynucléaires neutrophiles au-dessous de 1800/mm³ .
L'agranulocytose c'est une affection grave caractérisée par une diminution importante des polynucléaires neutrophiles quand ce chiffre est inferieur à 500/mm³ ou par absence complète de granulocytes.
La diminution du taux de globules blancs peut être de cause inconnue, elle peut être rencontrée dans les leucémies ou bien consécutive à certaines médications (Chimiothérapie antimitotiques).
Ces affections s'expriment avant tout par un risque infectieux majeur. Les manifestations buccales sont fréquentes traduites par des ulcérations persistantes, récidivantes, nécrotiques, extensives en profondeur et en surface et douloureuses.

3.6.3.2. Syndrome de PFAPA : [14, 17]

Le syndrome PFAPA (ou syndrome de Marshall) associe fièvre toutes les 3 à 10 semaines, aphtes, douleur pharyngée et amygdalite, douleurs cervicales et adénopathies cervicales. Elle commence habituellement dans l'enfance, mais s'observe aussi à l'âge adulte.
L'aphtose est également retrouvée dans le PFAPA syndrome qui est la cause la plus fréquente de fièvre récurrente d'origine inflammatoire. Son diagnostic se base sur des critères diagnostiques, après exclusion d'autres pathologies, en particulier les fièvres périodiques mono-géniques. Seront retrouves pharyngite, adénopathies cervicales, céphalées, coryza, douleurs abdominales et diarrhée. Les critères utilisés actuellement sont peu précis et peu spécifiques tout comme son traitement ; le pronostic
Reste néanmoins bon et sans séquelles avec en général une rémission durant l'enfance.

3.6.3.3. Le déficit en mévalonate kinase : [39]

Le déficit en mévalonate kinase est responsable de deux tableaux cliniques : le syndrome hyper-IgD en cas de déficit partiel, et l'acidurie mévalonique en cas de déficit complet. Il commence souvent avant l'âge d'un an, par une fièvre qui dure 1 semaine et se répète toutes les 3 à 4 semaines, associée à des aphtes et un exanthème maculo-papuleux dans 80 % des cas.

3.6.3.4. La maladie périodique ou fièvre familiale méditerranéenne : [41]

La maladie périodique ou fièvre familiale méditerranéenne est une affection héréditaire, touchant essentiellement les sujets jeunes, associant fièvre élevée, douleurs abdominales et parfois aphtes ou pseudo-érysipèle, évoluant par poussées paroxystiques durant 1 à 2 jours.

3.6.4. Infection par le VIH : [58]

Les manifestations buccales de l'infection à VIH sont fréquentes et variées au cours des stades symptômatique de la maladie.ces manifestations clairement en relation avec la chute des lymphocytes CD4, principaux marqueurs de l'immunité.

Plusieurs épisodes d'aphtose buccale recurrente ont été rapportés chez les patients atteints du VIH dont le statut immunitaire est déficient est déficient. Ces épisodes d'ABR semblent d'ailleurs plus sévères et plus douloureux chez ces patients ,ce qui peut amener à une dysphagie voir une malnutrition et compromettre leur état de santé.il s'agirait principalement d'aphtes géants et herpétiforme.de plus, le nombre de lésions par épisode est plus important quand le patient est au stade SIDA par rapport à celui qui se trouve en phase de primo-infection ou de latence ,ce qui prouve que l'immunosuppression a un impact sur la sévérité des lésions (taux de lymphocytes T CD4+ <100mm3). On retrouverait davantage d'aphtes géants quand le nombre de Lc T CD4+ et CD8+ est diminué et lors de l'augmentation de l'inversion du ratio CD4+/CD8+ avec une augmentation relative du nombre de Lc T CD8+. Bien que l'ARN du VIH et des antigènes du VIH aient parfois été trouvés dans les macrophages situés à la base des ulcérations, il semblerait que leur origine soit donc immunologique. A noter qu'on retrouve souvent le terme d'ulcérations buccales et non pas d'aphtes. Le diagnostic d' aphtose buccale recurrente ne peut être établi qu'après avoir exclu une maladie d'origine virale, bactérienne ou fongique.

3.6.5. Les grandes Syndromes :

3.6.5.1. Syndrome MAGIC : [17, 89]

Le MAGIC syndrome : « Mouth and genital ulcers with inflamed cartilage » est un syndrome d'origine suspectée auto-immune qui regroupe des ulcérations buccales et génitales associées à une inflammation des cartilages (polychondrite chronique atrophiante).les rares cas relevés sont souvent diagnostiqués au départ comme maladie de Behçet puis l'apparition de la chondrite vient préciser le diagnostic .elle débute souvent par une atteinte du pavillon de l'oreille (aubergine)respectant le lobule .puis s'en suivent des douleurs des cartillages costaux ou des articulations des membres. le traitement consiste en l'administration de corticoïdes et

d'immunosuppresseurs. Le syndrome de MAGIC associe des lésions aphtoïdes et génitales avec une inflammation du cartilage.

3.6.5.2. Syndrome de Sweet : [41, 59]

Le syndrome de Sweet est une dermatose neutrophile qui atteint le plus souvent les femmes d'âge moyen . Il débute par un syndrome pseudo grippal souvent puis des signes cutanés apparaissent 1à 3 semaines plus tard accompagnés d'une fièvre pouvant aller jusqu'à 40°.
Les lésions sont des papules évoluant en plaques érythémateuses bien délimités. elles seront sensibles ou douloureuses , de taille variable sur le visage ,le cou ,la face et les membres. L'atteinte buccale ou génitale se traduit par des lésions aphtoïdes ou des ulcérations.
La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.la guérison sera spontanée en 5 à 6 semaines.

3.7. Démarche Diagnostique : [8, 12, 23, 25]

La démarche diagnostique repose sur l'examen clinique bucco-facial méthodique et précis, il est dirigé par l'anamnèse et l'aspect lésionnel, vers la recherche de lésions buccales et/ou de lésions systémiques associées.

L'orientation diagnostique suppose donc de savoir reconnaître une véritable lésion initiale. En effet, il est important de ne pas attribuer à l'ulcération une cause uniquement locale, car celle-ci peut être également le reflet d'une maladie générale. L'anamnèse et l'examen clinique, préalables à des examens complémentaires restent donc la seule attitude à prendre.

3.7.1. Anamnèse médicale :

La consultation débute par un interrogatoire :

-Nom et prénom du malade ;
-Âge et sexe du patient ;
-Adresse et profession
-Motif de la consultation ;
-Histoire de la maladie : début, épisodes antérieurs similaires (récidives), durée ; L'évolution (les circonstances d'apparition de l'ulcération et la notion de facteur déclenchant (aliments, traumatisme, stress, la prise de médicament) ; L'existence d'une lésion extra-buccale (notamment génitale) .

-Les antécédents personnels et /ou familiaux (la présence des maladies systémiques et leurs traitements) ;

-Tics et habitudes (tabac , alcool)

Face à des ulcérations récurrentes, il faudra préciser :

- La première apparition des lésions ;
- La fréquence et la durée des épisodes ;
- Le nombre d'ulcération par épisodes ;

- La forme de l'ulcération : mineur, majeur, herpétiforme ;
- L'extension et la sensibilité de la lésion ;

3.7.2. L'examen loco-régional :

- **A L'inspection** :

La symétrie du visage et du cou (tuméfaction faciales ou cervicales) .

Face à des lésions cutanées visibles de premier abord, le praticien demande si d'autre zones du corps sont touchées.

3.7.3. L'examen endo-buccal :

- **A l'inspection** :

l'examen clinique est effectué sous un bon éclairage (scialytique), des écarteurs (un miroir buccal), des compresses (pour tirer sur la langue et essuyer la muqueuse)

Figure 21 : Plateau d'examen clinique en médecine dentaire.

L'examen sera réalisé sur un patient assis en face du médecin :

- La bouche ouverte.
- Evaluation professionnelle de l'halitose et de l'hygiène bucco-dentaire .

L'examen des muqueuses doit répondre à une méthode stricte et soigneuse ; afin de n'ignore aucune région anatomique et aucune lésion en commençant par (maxillaire droit → vestibule → Maxillaire gauche → palais → la langue → vestibule mandibulaire gauche → mandibule antérieur → mandibule droite)

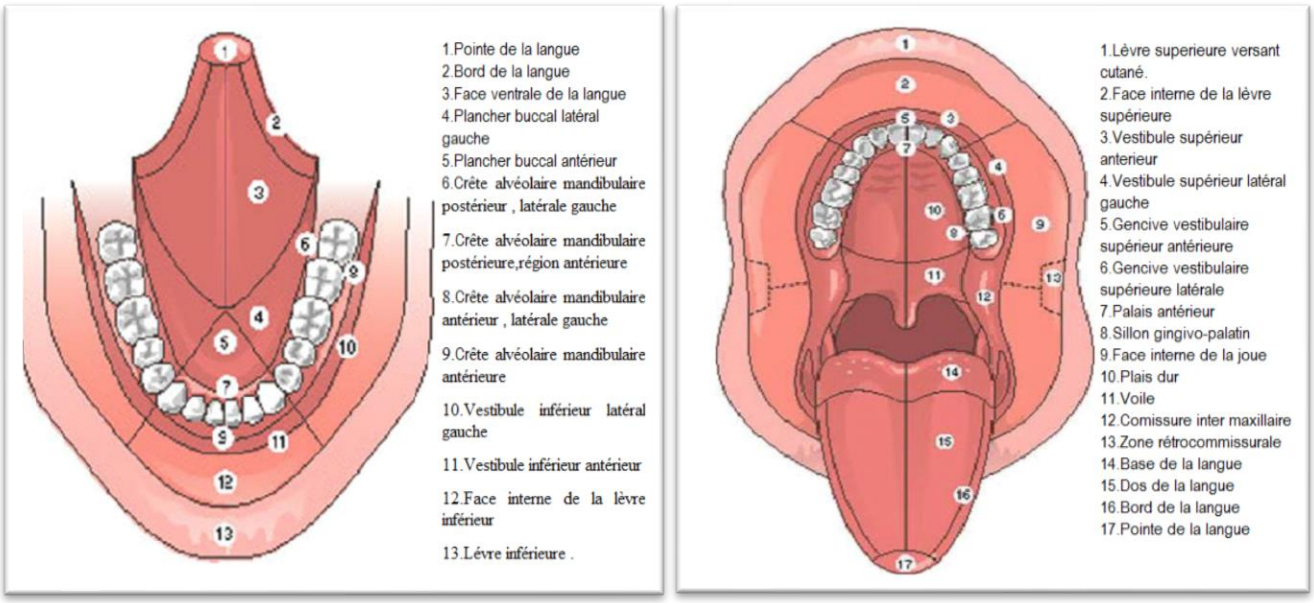


Figure 22 : Schéma éclaté de la muqueuse buccale

- **A La palpation :**

Une protection (lunettes et gants) pour une palpation endobuccale protégée (compte tenu des risques de transmission par contact avec la muqueuse et la salive). Elle sera bidigitale pour le plancher (endon et exo buccal), la langue, les joues, les lèvres.

3.7.4. Examen de la lésion :

Le médecin dentiste doit identifier la lésion élémentaire par :

- Sa forme
- Sa coloration,
- Sa taille,
- Son fond
- Sa topographie
- Ses contours
- Son étendue
- Son nombre

3.7.5. Examen général :

Il est dirigé par l'anamnèse, la recherche de lésions associées (dermatologiques, oculaires et digestives) l'analyse de l'aspect lésionnel et la symptomatologie associée est assurée par le médecin collaborateur (medecin interniste ,dermatologue, ORL…..)

3.7.6. Examens biologiques : [8]

Les explorations biologiques ne sont réalisées que dans les aphtoses majeures ou associées à d'autres maladies .

Le diagnostic étant surtout clinique , il n'existe actuellement aucun teste de laboratoire spécifique qui permette d'affirmer ou de confirmer l'aphtose .Il est conseillé de demander systématiquement :

- Numération formule sanguine;
- Dosage de la ferritine, des folâtres et de la vitamine B12. En présence de plaintes digestives, on demandera aussi le dosage pondéral des igA anti-transglutaminase (et anti-endomysium chez les enfants) ;
- Vitesse de sédimentation et la CRP (protéine C réactive) ;
- Bilan hépatique (virologie, quantité d'enzymes hépatique (ASAT/ALAT) ; gammaglutamytransférases et les phosphatases alcalines.

D'autres examens pourront être demandés en fonction des constatations cliniques.

3.7.7. La biopsie :

En pratique courante il est généralement inutile de biopsier une aphtose buccale, sauf dans des cas particuliers et surtout en cas de doute. Il faut informer l'histopathologies de la suspicion d'une aphtose,car l'histologie seule ne peut affirmer la maladie, mais permet souvent d'apporter des éléments en faveur du diagnostic ou de reconnaitre les caractères histologique d'une affection différente .

3.7.8. Diagnostic positif : [8]

Le diagnostic des aphtes repose uniquement sur un examen clinique.

Cliniquement, on observe une ulcération nécrotique de couleur jaunâtre ou grisâtre, les bords sont nets entourés d'un halo érythémateux inflammatoire rouge vif sans adénopathie satellite. Si ces signes ne sont pas présents, il faudra chercher une autre cause d'ulcération.

Les patients ressentent habituellement une douleur au niveau de la muqueuse buccale non kératinisée mais sans altération de leur état général. Les épisodes guérissent en quelques jours. En l'absence de guérison dans les deux ou trois semaines, des examens complémentaires doivent être réalisés comme les examens biologiques.

Certains éléments peuvent aider à orienter le diagnostic. Si le patient présente d'autres symptômes associés à des aphtes comme la fièvre, des douleurs musculaires, un saignement, une atteinte génitale, une adénopathie, des diarrhées. Enfin, il faudra vérifier qu'aucun médicament ne soit à l'origine des ulcérations.

3.7.9. Diagnostic différentiel : [17]

Contrairement à une idée reçue, le diagnostic d'aphte est difficile, souvent porté par excès. Un aphte peut être facilement confondu avec une ulcération buccale, une érosion douloureuse et toutes les infections orales.
C'est pourquoi, face à une ulcération de la muqueuse buccale, l'odontostomatologiste se doit de faire un diagnostic minutieux pour ne pas risquer de confondre un aphte banal avec une autre lésion de la cavité buccale ; certaines de ces lésions ulcéreuses pouvant présenter un caractère malin.

- **Pemphigus:**

Erreur classique ; il s'agit d'érosion douloureuse, irrégulière, à fond rouge et pourtour opalin. En cas de découverte tardive, le fond devient fibrineux et jaunâtre, mais le pourtour n'est pas érythémateux. Le cytodiagnostic permet de trancher en cas de doute.

- **Erythème polymorphe :**

Seuls les formes a petits éléments peuvent poser un problème :il s'agit d'érosion planes ,à fond fibrineux et pourtour érythémateux.

Figure 23: Erythème polymorphe

3.7.9.1. Infections spécifiques :

3.7.9.1.1. Syphilis :

Chancre et syphilide secondaires sont des érosions indolores, sauf sur la langue ou dans l'oropharynx .les syphilides secondaires tardives sont souvent ulcéreuses ,mais leur pourtour n'est pas érythémateux.

Figure 24: Syphilis secondaire

- **Pyodermite chancriforme**

Erosion due à une inoculation septique, qui ressemble plus a un chancre syphilitique qu'a un aphte .

- **Hèrpes :**

Les érosions post-vésiculeuses groupées parfois confluentes de l'herpès secondaire sont un piège classique, d'autant plus qu'elles sont douloureuse et peuvent apparaitre après un traumatisme .L'herpès chronique chez le sujet HIV positif peut être ulcéreux .Le cyto-diagnostic peut montrer des cellules caractéristiques s' il n'est pas trop tardif.

- **Herpangine**

Erosion post-vésiculeuse buccales postérieurs et vélo-pharyngées chez un enfant fébrile, douleurs abdominales, contexte d'épidémie d'école, guérison rapide, absence de récidive.

Figure 25: Herpangine.

3.7.9.2. Primo-infection HIV

Chez un adulte jeune, syndrome grippal, éruption cutanée de macules érythémateuses évoquant plus ou moins une syphilis secondaire, et érosion buccales ″aphtoïdes″.La sérologie HIV est à ce stade négative, mais la recherche de protéine p24et la vérimie sont positives.

3.7.9.3. Affection hématologique

- **Agranulocytose :**

Ulcération nécrotique douloureuse à fond brun grisâtre ,souvent buccale postérieur ou pharyngée, avec parfois gingivite nécrosante chez le sujet denté.

Figure 26: Agranulocytose.

- **Syndrome hyperéosinophilique idiopathique:**

A tout âge, rash cutané polymorphe, papuleux et urticarien ;possible atteinte viscérale(surtout du cœur) ;NFS :éosinophilie sanguine supérieure à1500/mm3 persistant plus de 6 mois sans cause décelable ;la présence d'ulcérations buccales ″aphtoïdes″(rarement isolées) est la marque des formes graves corticorésistantes.

3.7.9.4. Affections diverses :

- **Lichen plan :**

L'érosion du LP érosif est très différente de l'ulcération aphteuse, ces deux affections semblant d'ailleurs ne jamais être associées ; l'ulcération trophique sur un état post-lichénien atrophique pourrait ressembler un peu à un aphte mais il marque le halo érythémateux.

Figure 27: Lichen plan érosif de la face dorsale de la langue.

3.7.9.5. Ulcération traumatique ou chimique

Souvent uniques et douloureuses, elles sont envisagées sur l'aspect (contours géographiques, nécrose jaunâtre), la topographie et l'anamnèse (prothèse inadaptée, traumatisme dentaire, hygiène bucco-dentaire agressive, contact caustique).

Figure 28 : Ulcération traumatique du bord de la langue due à la dent 46(obturation débordante).

- **Aphtes de Bednar :**

Ulcérations latérales du voile du palais chez un nourrisson nourri au biberon, dues à un effort de succion exagéré et la pression de la tétine. Le traitementt consiste à changer la position de la tête et du thorax du nourrisson qui doit être verticale, et celle du biberon qui doit être proche de l'horizontale ;il faut aussi empêcher la tétine d'être profondément aspirée dans la cavité buccale.

Figure 29: Aphte de Bednard du voile du palais chez un nourrisson.

3.7.9.6. Toxidermies :

En dehors des rares aphtes induits envisagés plus haut, les érosions dues à des médicaments sont habituellement précédées de bulles, et ressemblent peu à des aphtes. En cas de doute, il faut toujours s'enquérir d'éventuels traitements médicamenteux.

- **Lupus érythémateux systémique :**

Il peut donner des ulcérations douloureuses ressemblant de très près à des aphtes typique ,mais le contexte clinique et l'accélération très importante de la VS doivent alerter.

Figure 30: Lupus érythémateux systémique.ulcération aphtoïde du palais.

- **Syndrome de Sweet :**

Des lésions buccales aphtoïdes ont été assez fréquemment rapportées au cours du syndrome de Sweet ou dermatose aigue fébrile neutrophilique, qui atteint le plus souvent la femme vers la cinquantaine. C'est une éruption des papules et de plaques érythémateuses avec parfois une pustule au centre sur le visage et /ou les membres et/ou la face antérieure du tronc, accompagnée de fièvre, souvent d'arthralgies et parfois d'atteinte oculaire et viscérale. Il existe une leucocutose à 10000-20000/mm³ avec 70-90% de polynucléaires, la VS avoisine à 100 à la première heure. La biopsie montre une bonde d'œdème sous-épithélial reposant sur un infiltrat à prédominance périvasculaire de polynucléaires neutrophiles avec parfois leucocyclasie, mais sans aspect de franche vasculite. Cette affection proche du pyoderma gangrenosum peut être associée à une hémopathie maligne.

- **Syndrome de feinger -leroy-reiter**

Les éventuels éléments ″aphtoïdes″ sont accompagnés de macules et de nappes érythémateux dans un contexte différent.

- **Paresthésie bucco-pharyngée psychogène**

Ces malades se plaignent très souvent d'aphtes ,jamais constatés à l'examen qui peut et morsure ou à une hyperkinésie labio-linguale ;les symptômes subjectifs disparaissent ou s'atténuent au cours des repas.

3.7.9.7. Diagnostic différentiel concernant surtout les aphtes géants :

- **Pemphigoïde cicatricielle :**

  Erythème et érosion post-bulleuse à fond fibrineux de siège surtout gingival; seuls les cicatrices et synéchie pourraient prêter à confusion avec celles d'une aphtose.

- **Morsure sous anésthésie, ou insensibilité à la douleur:**

Intéressant habituellement la langue ou les lèvres, la plaie peut être de grande taille ,et laisser une cicatrice mutilante. .

- **Ulcérations du nicorandil :**

La prise prolongée de ce vasodilatateur peut provoquer d'apparition d'ulcération plus ou moins allongées sur les bords de la langue, initialement décrites comme des aphtes, mais auxquelles manquent le fond nécrotique et le pourtour érythémateux**.**

- **Histoplasmose à Histoplasma capsulatum :**

C'est une ulcération douloureuse sans érythème périphérique ;sujet souvent VIH positif, notion de séjour en zone d'endémie; le cyto-diagnostic et la biopsie (coloration de Grocott) permettent de mettre en évidence les levures.

- **Papulose lymphomatoïde :**

Lésions buccales rares ,à type d'ulcération profondes spontanément résolutives et récidivantes. L'histologie montre un infiltrat de grandes cellules lymphoïde marquées par les anticorps CD3 et CD30, présentant un épithéhotropisme et une disposition plus ou moins angiocentrique.

- **Pyoderma gangrenosum :**

Lésions buccales assez rares, à type d'ulcérations douloureuses de grande taille (2-5 cm), arrondies ou irrégulières à fond nécrotique grisâtre et bords surélevés ou «ourlés» . Il existe pratiquement toujours des membres inferieurs, de l'abdomen et / ou de la face . Dans 50 à75%des cas la maladie est associée à une entéropathie inflammatoire chronique (rectocolite ulcéro-hémorragique surtout),à une polyarthrite rhumatoïde ou à une affection hématologique.

Figure 31: Pyodermite chancriforme.

- **Sialométaplasie nécrosante :**

Ulcération à fond nécrotique dont le sièg habituel est le palais dur latéral en arrièredes prémolaires ; la survenue chez une femme jeune présentant des troubles du comportement alimentaire ,la discrétion ou l'absence de douleurs ,l'absence de halo érythémateux permettent d'éliminer un aphte géant .

Figure 32: Sialométaplasie nécrosante.

- **Granulomatose de Wegener :**

Possibilité d'ulcérations buccales nécrosantes.

- **Lymphome non hodgkinien :**

Un lymphome B extra-gonglionnaire de haute malignité de la muqueuse buccale (parfois chez un sujet HIVpositif) peut simuler un aphte géant en se présantant comme un foyer denécrose entouré par une large aréole érythémateux et infiltrée, mais la douleur est absente ou moindre.

Figure 33: Lymphome Bse haute malignité du pilier antérieur du voile du palais,d'aspect < aphtoïde>.

- **Carcinome epidermoide :**

Il constitue le type de cancer de la cavité buccale le plus fréquent.Les facteurs de risque : le tabagisme et l'alcoolisme Chronique, l'infection par certains types de papillomavirus humain.

D'un point de vue clinique, le carcinome spinocellulaire peut prendre la forme d'une ulcération chronique, d'une érythroplasie, 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 une douleur secondaire d'un envahissement des plexus nerveux adjacents. Peut ressembler grossièrement à un aphte commun ou surtout géant .L'erreur entraine dans un sens un retard du traitement qui peut etre catastrophique ,et dans l'autre une mutilation inutile parfois très importante .Le contexte ,le caractère indolore et l'absence de halo érythémateux du carcinome devraient alerter.

Figure 34: Carcinome epidermoide.

3.7.9.8. Diagnostic différentiel concernant surtout les aphtes miliaires :

- **Herpès de primo-infection :**

La gingivo-stomatite de primo-infection ressemble un peu à l'aphtose milliaire ;il s'agit dans les 2 cas de petites érosions qui tendent à confluer ,mais l'herpès se présente au début comme une gingivite marginale aigue douloureuse ,alors que les aphtes milliaires n'intéressent que très exceptionnellement la gencive .Les érosion post -vésiculeuse de l'herpès sont mieux limitées et de taille un peu plus grande .Le cyto-diagnostic permet de trancher.

Figure 35 : Herpès de primo-infection.

- **Maladie main-pied -infection :**

Infection par virus Coxsackie A16 ou Entérovirus 71 : association chez un enfant de lésions buccales vésiculo-érosives ressemblant à l'herpès et de vésicules sur les mains et les pieds

- **Infection à parvovirus B19:**

Erosions buccales très petites et très nombreuses, érythème <en gants et chaussettes> des extrémités des membres; sérologie virale.

- **Anémie pernicieuse :**

Souvent révélée par des paresthésies buccales qui contrairement aux paresthésies psychogènes ne disparaissent pas ou augmentent lors des repas; apparition de quelques macules ou plaques érythémateuses d'abord discrètes ,mal limitées ,puis de minuscules érosions douloureuse ,précédant la classique glosite de Hunter ;la NFS systémique décèle l'anémie hyperchrome mégalocytaire.

- **Lésion induite par la radiothérapie ou la chimiothérapie**

Les lésions post-chimiothérapie au niveau buccal se présentent comme des érosions recouvertes d'un enduit fibrineux et apparaissent souvent deux semaines après le début du traitement.

Les radiomucites sont quant à elles, une complication de la radiothérapie et débutent par un érythème qui sera suivi d'une érosion ou d'une ulcération recouverte d'un exsudat fibrineux.

3.8. Traitements :

3.8.1. Principes de traitement : [8]

Il n'existe pas de traitement spécifique efficace de l'aphtose buccale. Il repose essentiellement sur le soulagement des maladies.

Les formes bénignes d'aphtoses buccale justifient l'emploi de thérapeutiques symptomatiques, dont le but est de diminuer la douleur, de réduire l'inflammation et d'accélérer la cicatrisation.

Avant de prescrire un traitement pour l'aphtose buccale, il est important de rechercher les causes qui peuvent contribuer à cette maladie :

- En faisant une recherche sur les allergènes alimentaires (patchs cutanés avec les additifs alimentaires, les arômes, les huiles essentielles), et des mesures diététiques sont proposées, lorsque certains aliments semblent en corrélation avec les poussées aphteuses ;
- En réalisant des tests biologiques en cas d'aphtose buccale de plus de 6 mois, à la recherche d'une carence hématurique (fer, acide folique, vitamine B12); l'étiologie de ces carences hématuriques doit être élucidée avant d'administrer une thérapie substitutive ;
- Les patients qui présentent une affection systémique potentiellement causale doivent être adressés aux spécialistes appropriés.

Le traitement prescrit doit être adapté :

- A la fréquence et l'intensité des poussées,
- Aux antécédents médicaux du patient et à sa tolérance aux médicaments.

N.B: Le rôle du médecin dentiste sera de questionner le patient sur la durée, la taille des lésions, la fréquence des récidives, l'intensité de la douleur afin d'adapter le traitement ou d'orienter vers un spécialiste.

Le traitement de l'aphtose buccale englobe trois grands volets ; un préventif qui a pour but d'éviter la survenue des aphtes en minimisant au maximum les facteurs de risques suspectés de déclencher des aphtes buccaux, un autre symptomatique qui vise à réduire la douleur, et un traitement adjuvant qui aide à soulager les patients.

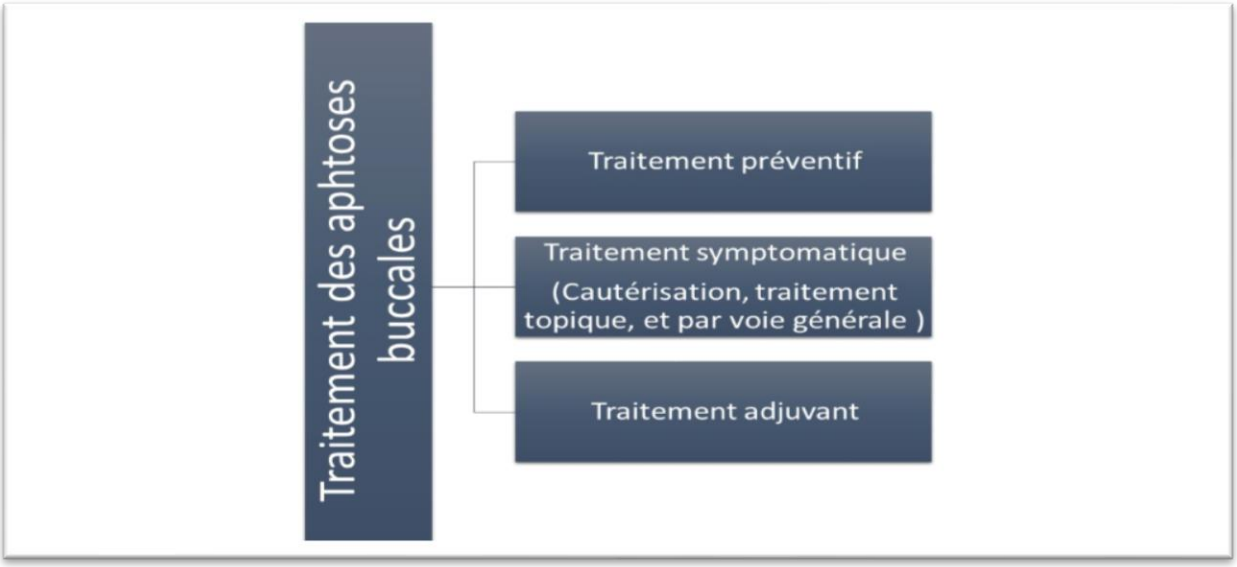


Figure 36 : Schéma résumant les différents volets du traitement de l'aphtose buccale.

3.8.2. Traitement préventif :

Le traitement de l'aphtose buccal doit être précédé par la remise en état de la denture et du parodonte afin de supprimer les facteurs irritants, traumatiques ou infectieux est indispensable. Les soins de caries, le détartrage, les extractions, la vérification des prothèses et appareils dentaires est une première étape primordiale dans le traitement, de manière à rétablir un environnement buccal sain.

Un lien possible entre l'alimentation moderne et diverses pathologies inflammatoires comme les aphtes, la maladie de Behçet, la maladie de Crohn a été envisagé par le docteur SEIGNAl et qui a proposé un régime dit « ancestral », hypotoxique à ses patients. Sur 14 de ses patients présentant des aphtes, 4 ont vu une amélioration et les 10 autres ont été guéris. De la même manière, il obtient de très bons résultats en appliquant ce régime à des patients atteints de la maladie de Behçet, de la maladie cœliaque ou encore de la maladie de Crohn.

Des conseils d'hygiène sont parfois nécessaires :

- Un brossage non traumatique, avec une brosse à dents souple.
- Eviter la nourriture trop dure, trop irritante ou encore trop épicée.
- Eviter les aliments susceptibles de provoquer des aphtes ou pouvant aggraver les lésions : noix, tomates, chocolat ;
- Eviter les boissons alcoolisées ;
- La supplémentation en vitamines et minéraux (Vitamines A, D, E, K, B1, B2, B5, B6, B12, C, magnésium, zinc...) ;
- Eliminer une cause iatrogène (prise de Nicorandil...) ;

- L'arrêt du tabac ;
- La pratique d'une activité physique régulière ;
- Lutter contre la fatigue et le stress.

3.8.3. Traitement symptomatique :

Les traitements symptomatiques proposés pour les aphtoses buccales sont à base de lidocaïne pour anesthésier et diminuer la douleur, ou encore à base d'antiseptique pour limiter le risque de surinfection, ou d'anti-inflammatoires. On retrouve différentes formes à adapter en fonction de la localisation de l'aphte : gel buccal, bain de bouche, comprimés à sucer…Ils sont utilisés en première intention et ne doivent pas être utilisés au-delà de 10 jours.

Ces traitements concernent la première finalité du traitement global, les douleurs et la durée des poussées, ils sont recommandés pour les aphtoses buccales.

3.8.3.1. Cautérisation : [44, 47, 95]

- **Traitement chimique :**

Ils ont tous pour but de cautériser l'aphte, c'est-à-dire de transformer une ulcération inflammatoire en une ulcération cicatricielle, qui est habituellement moins douloureuse. Pour obtenir une neutralisation immédiate et en général définitive de ces douleurs, au détriment cependant d'une brève douleur vive lors de l'application, le médecin dentiste utilisera de l'acide trichloracétique à 30 %, l'acide trichloracétique, le nitrate d'argent, l'acide chromique la teinture d'iode appliqué avec un Coton-tige® jusqu'à blanchiment de la lésion, de façon à obtenir une cautérisation de la lésion. Ils permettent la coagulation des protéines de surface ce qui, après une douleur vive à l'application, diminue la douleur. Certaines études indiquent aussi une accélération de la cicatrisation, d'autres réfutent cet argument.

On trouve également l'amlexanox 5% commercialisé aux Etat-unis sous le nom d'Aphtasol. Il s'agit d'un anti-allergique et anti-inflammatoire. Il inhibe la libération de médiateurs inflammatoires provenant des polynucléaires neutrophiles, des basophiles et mastocytes. Il se présente sous forme de pâte à appliquer en petite quantité sur chaque aphte 4 fois par jour. Plusieurs études ont démontré son efficacité sur les aphtes mineurs en agissant sur la réduction de la douleur, la taille et la sévérité des lésions.

3.8.3.2. Traitement Topique : [8, 19]

3.8.3.2.1. Anesthésiques locaux :

Face aux aphtes mineurs l'application topique d'anesthésiques locaux soulage de manière transitoire la douleur. Ces produits existent sous forme de gel pour les formes isolées, ou de solution utilisée en bain de bouche face à une aphtose miliaire ou des lésions multiples. Ils permettent de soulager les patients pendant les repas ou autre activité douloureuse telles qu'une longue prestation orale mais ont un effet très temporaire. L'agent actif est habituellement le chlorhydrate de lidocaïne mais d'autres substances anesthésiques ou antalgiques peuvent être

utilisées tels que le chlorhydrate de benzydamine, l'hydrate de chloral à 1% ou 250 à 500mg d'acide acétyl salicylique dilués dans de l'eau

Ainsi, les applications locales ; aident à soulager la douleur avant les repas et permettent une alimentation dans de meilleures conditions :

- En cas d'aphtes isolés : de lidocaïne en gel à 2%
- En cas d'aphtes multiples ou miliaires : les bains de bouche à la lidocaïne visqueuse à 2% à dilution minimale efficace.

3.8.3.2.2. Bains de bouche :

Ainsi les bains de bouche antiseptiques utilisés pour le traitement des aphtes mineurs sont à 0,2 ou 0,1 % ou les gels antiseptiques à 1% à base de solution aqueuse de gluconate de chlorhexidine, par un usage continu et prolongé, réduisent dans certaines études la durée des aphtes, allongent les périodes de rémission et espacent les aphtes buccaux, sans prévenir les récidives.

3.8.3.2.3. Corticoïdes :

L'utilisation de corticostéroïdes en applications locales constitue, avec les anesthésiques locaux, l'un des volets essentiels du traitement des aphtoses récidivantes.

Ces corticostéroïdes atténuent la composante inflammatoire des aphtes par action directe sur les lymphocytes T ou indirectement par action sur les cellules inflammatoires stimulées par les cofacteurs (allergies, traumatismes, micro organismes par exemple).

Ils diminuent ainsi la durée des aphtes ainsi que les douleurs, ils ne préviennent cependant pas les récidives.

Plusieurs corticostéroïdes sont utilisables, avec une application 2 à 4 fois/j :

La molécule	**Forme disponible et utilisation**	**Effets indésirables**
Pastilles d'hémisuccinate sodique d'hydrocortisone à	2,5 mg à laisser fondre sur l'aphte 3 ou 4 fois/j	Bien que non étudié dans les aphtoses, l'impact des topiques corticostéroïdes sur l'axe hypothalamohypophysaire ne doit pas être négligé en cas de traitement prolongé avec un corticostéroïde très puissant et à longue durée d'action ; Localement, les corticostéroïdes peuvent favoriser le développement d'une candidose; Des réactions allergiques sont décrites, en particulier avec la triamcinolone. Le fluocinonide peut provoquer une atrophie muqueuse.
Acétonide de triamcinolone	Sous forme de La pâte gingivale est proposée si les aphtes sont plus étendus ou gingivaux	
Cortisone	Les bains de bouche cortisonés et conviennent si les lésions sont diffuses ou d'accès difficile (par exemple voile du palais, oropharynx).	
Kenacort (orabase ®)	Sous forme d'une pate adhésive aide à couvrir la muqueuse buccale d'un mince film, et par conséquent favoriser le contact prolongé du principe actif avec l'aphte.	

Tableau 09: les corticoïdes utilisés dans le traitement topique des aphtoses buccales.

Le tableau suivant résume les différentes modalités thérapeutiques dans le volet topique du traitement de l'aphtose buccale.

Anesthésiques locaux	Ils soulagent rapidement la douleur mais leur effet est transitoire. Lidocaïne 2% en solution ou gel
Antiseptiques	Ils sont destinés à prévenir les surinfections bactériennes et mycosiques. Gluconate de chlorhexidine en bain de bouche 0.1% ou en gel 1%
Corticostéroïdes	Ils atténuent la composante inflammatoire des aphtes. Ils diminuent la durée, la douleur mais ne préviennent pas les récidives. Acétonide de triamcinolone, l'acétonide de fluocinolone et le propionate de clobetasol

Tableau 10 : les différents types du traitement topique d'aphtose buccale.

3.8.3.3. Traitement par voie générale : [8, 25, 52, 53, 79, 86, 93]

Habituellement les poussées sont résolues grâce aux traitements symptomatiques. Cependant, ils s'avèrent parfois insuffisants. Lorsque la poussée d'aphtes est étendue, **sévère**, très douloureuse comme c'est le cas dans les aphtes bipolaires, miliaires et géants et qu'elle résiste aux thérapeutiques locales, et qu'elle résiste aux thérapeutiques locales, un traitement systémique doit alors être envisagé. Un nombre considérable de traitements ont été essayés dans les aphtes et aphtoses. Les traitements lourds de la maladie de Behçet que sont les corticoïdes et les immunosuppresseurs ne sont pas indiqués dans les aphtoses muqueuses simples. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les antibiotiques ne sont pas efficaces.
On emploie assez couramment la colchicine, à la dose de 1 mg par jour, et en cas d'échec on a recours à la thalidomide, à la dose usuelle de 100 mg par jour, dont l'efficacité a été démontrée lors d'essais contrôlés. La thalidomide a un effet anti-inflammatoire en inhibant les actions du TNF alpha et antiangiogénique, et est donc efficace dans un certain nombre de dermatoses inflammatoires idiopathiques. C'est le meilleur traitement des aphtoses **systémiques** et en général des ulcérations muqueuses non spécifiques (au cours du **SIDA** par exemple). On connaît la tératogénicité de la thalidomide, qui le contre-indique chez la femme pouvant procréer. La thalidomide entraîne également des neuropathies périphériques toxiques, assez fréquentes lors des traitements au long cours nécessaires pour contrôler l'évolution des aphtoses **graves**. C'est dire que sa prescription sera mûrement réfléchie en milieu spécialisé et soigneusement surveillée. La thalidomide est disponible exclusivement auprès des pharmacies hospitalières, sous forme de gélules de 50 mg dont la délivrance est étroitement encadrée.

3.8.3.3.1. Corticothérapie générale : [19]

Ils sont proposés dans des cures très brèves (pulse therapy à la prednisone 40 à 60 mg/j). Il possède une action rapide sur la douleur et sur la poussée en cours. On observe une régression très significative des douleurs au bout du deuxième jour de sorte qu'il n'est pas nécessaire de poursuivre ce traitement plus d'une semaine.

De plus, la cicatrisation des lésions est accélérée. Cette courte durée de prescription permet d'éviter les effets indésirables majeurs de la corticothérapie et le patient peut stopper le traitement brutalement sans avoir recours à une posologie dégressive.

Pouvant favoriser les infections opportunistes, ils sont à éviter chez le patient immunodéprimé ou infecté VIH, ou doivent être associés à un traitement antifongique.

En cas de durée de traitement dépassant 5 jours, une réduction progressive de la posologie par paliers est recommandée. Le schéma suivant peut être proposé :

- Prednisolone 40 mg pour 4 jours, Solupred ® ;
- Ensuite réduire la posologie de 5 mg tous les 2 jours jusqu'à 5 mg/j ;
- Puis réduire de 1 mg/j jusqu'à l'arrêt de ces prises.

3.8.3.3.2. Colchicine:(Colchicine opocalcium ®, Colchimax®) **[26]**

-

La colchicine est un médicament antigoutteux et anti-inflammatoire. Elle agit en diminuant le flux leucocytaire (diminution du chimiotactisme des polynucléaires neutrophiles) et en inhibant la phagocytose des microcristaux d'urate. Elle a une indication dans la maladie de Behçet et s'utilise en traitement préventif contre les poussées d'aphtoses sévères. Il s'agit d'un médicament à marge thérapeutique étroite, il faut donc bien respecter les posologies et prêter attention aux signes de surdosage : diarrhées, vomissements. Elle est souvent utilisée à la posologie de 1mg dans la maladie de Behçet.
L'efficacité de la colchicine est inférieure comparée à celle du Thalidomide mais elle est mieux tolérée et peu contraignante.
Néanmoins, il semblerait que l'efficacité du traitement s'épuise au long terme même s'il resterait supérieur comparé au placebo. De par sa bonne tolérance et son efficacité, ce traitement doit être proposé en première intention.
On retrouve la colchicine dans les spécialités : Colchicine Opocalcium® et Colchimax®. Colchimax® est associé à de la poudre d'opium et au méthylsulfate de tiémonium afin de limiter les effets indésirables gastro-intestinaux, en particulier les diarrhées.

3.8.3.3.3. Talidomide : (Thalidomide Celgene®) **[41, 64]**

La Thalidomide est un médicament qui était utilisé dans les années 50 et 60 comme sédatif et anti-nauséeux chez la femme enceinte. Elle fut responsable de nombreuses malformations appelées phocomélie chez les nouveau-nés et fut donc retirée du marché. Aujourd'hui, on retrouve la Thalidomide dans le traitement du myélome multiple et sa délivrance doit être conforme au programme de prévention grossesse. C'est également le traitement le plus efficace dans l'aphtose buccale sévère et il est utilisé en deuxième intention.
En Algérie, ce traitement est soumis à une autorisation d'utilisation selon un avis d'attribution définitive de marché par la pharmacie centrale des hôpitaux selon un communiqué daté de 15/08/2013, utilisé pour les aphtoses sévères y compris chez les patients HIV positifs et dans la maladie de Behçet.
La Thalidomide est un dérivé cyclique de l'acide glutamique présentant des propriétés anti-inflammatoires et immunosuppressives. Son mécanisme d'action n'est pas très bien connu mais il semblerait que ses effets soient liés à une diminution de la production de TNFα.
On l'utilise à la posologie de 100 à 200mg en traitement d'attaque des aphtoses sévères puis on passe à 50mg en traitement d'entretien.
L'effet est remarquable puisqu'on observe une amélioration dans 100% des cas.
Selon une étude portée sur 73 patients traités par 100 mg de Thalidomide 68pendant 2 mois a ainsi obtenu de très bons résultats puisque tous les patients traités ont vu une amélioration et 32 d'entre eux ont obtenu une rémission complète.
Une autre publication suggère qu'une utilisation à 50mg de Thalidomide en posologie initiale est suffisante et cela permettrait également de diminuer sa toxicité. En outre, certains de ces effets indésirables limitent son utilisation (neuropathie sensitive, tératogénicité, thrombose

veineuse). Ces effets sont à prendre en compte avant et pendant le traitement car ils peuvent être graves et irréversibles. Pour les femmes en âge de procréer, un moyen de contraception efficace devra être prescrit.
Un test de grossesse de moins de 3 jours doit avoir été réalisé avant toute prescription puis renouvelé tous les deux mois.
Le don du sang est à proscrire pendant toute la durée du traitement.
De même, des examens neurologiques seront à réaliser tous les 6 mois afin d'exclure une neuropathie périphérique.
D'autres effets indésirables sont retrouvés comme de la somnolence, un inconfort digestif, une sécheresse cutanée une éruption érythémateuse.

3.8.3.3.4. Les Antalgiques :

Le traitement symptomatique à base d'antalgiques peut soulager le patient mais son efficacité n'est néanmoins très légère. Ils ne préviennent en rien la récidive, et ne diminuent non plus la durée ou la taille des lésions.

3.8.3.3.5. Autres traitements : [19, 98]

On peut citer quelques médicaments qui peuvent être efficaces dans certains cas de traitement de l'aphtose buccale :

- La prise de Longo Vital®, des tablettes vitaminées à base de plantes, a pu être efficace dans la prévention des poussées après 2 mois de prise quotidienne, chez des patients sans carence hématinique.
- L'Isoprinosine ® (un stimulant de l'immunité qui possède des propriétés antivirales) limite l'importance de l'aphtose buccale simple, en atténuant et en espaçant les poussées.
- La prise de placebo peut même améliorer notablement les symptômes des formes mineures de l'aphtose récidivante chez certains patients.
- La pentoxifylline est un inhibiteur non sélectif de la phosphodiestérase ayant des propriétés hémorrhéologiques. Elle entraine la diminution

des lymphocytes T helpers et des cytokines proinflammatoires (action anti TNFα) limitant ainsi l'hypersensibilité de contact et la taille des aphtes. Après un mois d'utilisation à raison de 400mg 3 fois par jour, la récurrence serait notablement réduite pendant 9 mois. Ce traitement peut entrainer troubles digestifs,céphalées,vertiges,insomnies, rash cutané.

3.8.3.3.6. Les traitements homéopathiques : [31, 70]

En traitement symptomatique, on citera *Arsenicum Album, Baptisia Tinctoria, Borax, Kali Chloricum, Mercurius Solubilis, Mercurius Corrosivus, Muriatic Acid, Nux Vomica, Sulfur*, qui sont les traitements au degré fort. Ces substances diluées dans 100 ml d'eau et administrées par voie orale toutes les 12 heures pendant 6 jours réduiraient la douleur et la taille des ulcérations, agissant en traitement symptomatique. Ils ne présentent aucun effet indésirable n'est à déclarer.

Des traitements de fond peuvent également être mis en place en cas de récidive, et c'est alors l'anamnèse et les signes généraux en plus des symptômes qui seront minutieusement étudiés.
On retrouve des substances également présentes dans le traitement symptomatique, et d'autres qui diffèrent. Les plus courantes sont : *Fluoric Acid., Mercurius Solubilis, Mercurius Corrosivus, Mercurius Cyanatus, Argentum Nitricum, Kali Bichromicum, Nitri Acid., Lachesis, Aurum Metallicum, Plumbum Metallicum*, en plus grande dilution, à prendre de manière quotidienne ou hebdomadaire.
L'odontologiste pourra faire appel à un homéopathe pour conseiller au mieux le patient.

- **Gingembre: [57]**

Le gingembre est une plante médicinale possédant des vertus antiinflammatoires
Qui ont été utilisées contre les pathologies articulaires pendant de nombreuses années. Il exercerait un effet antagoniste sur les récepteurs de la serotonine et serait également utilise comme sédatif et régulateur de douleur.
L'administration se fait par pate mucoadhesive. Les résultats des effets cliniques randomises ne montrent cependant pas de résultats significatifs par rapport à une pate mucoadhesive placebo.

Corticostéroïdes	C'est le traitement systémique de premier choix. Habituellement, on utilise La prednisone à 20 mg ce qui diminue les douleurs pendant 2 mois, mais Il faut faire attention aux effets indésirables sur le long terme. Les injections intra lésionnelles sous muqueuses de doses élevées de corticostéroïdes sont également efficaces et évitent les effets secondaires A long terme. Mais, elles sont peu utilisées et sont surtout envisagées dans les formes très sévères d'aphtose ou alors chez les patients VIH.
Colchicine	C'est un anti---inflammatoire que l'on peut utiliser à 1,5 mg par jour en 3 Prises par 24 h pendant 2 mois. Elle diminue la douleur et la fréquence Des aphtes, mais ses effets indésirables limitent son utilisation (plaintes Gastro intestinales, diarrhées, neutropénie).
Thalidomine	Il est efficace grâce à ses propriétés anti---inflammatoire et immuno--- modulatrice. Il s'agirait du traitement le plus efficace dans les formes sévères et rebelles comme au cours de l'infection par le VIH. Le suivi doit être rigoureux car il existe de nombreux effets secondaires (teratogenicite, neutropénie, neuropathie périphérique).
Homéopathie	Ces substances réduiraient la douleur et n'auraient pas d'effets secondaires. Mais, les preuves ne sont pas suffisantes pour soutenir ou pas les traitements homéopathiques. Voici quelques exemples: Borax, Mercurius solubilis, Natrum muriaticum, Phosphorus, Acide Sulfuricum acidum, Nitricum acidum, Arsenium album…

Tableau 11 : les différents types du traitement systémique d'aphtose buccale.

3.8.4. Traitement Adjuvant :

3.8.4.1. Les Vitamines : [24, 98]

Les carences vitaminiques peuvent expliquer une aphtose recidivante : seront le plus souvent remises en cause les vitaminesB1, B2, B6 et B12.
En raison de la relation étroite entre aphtoses buccales et carences vitaminiques, certaines études comme celle de Baccaglini, AL et Vaillant ont mis en évidence l'efficacité d'un traitement à base de vitamine B12. Ce traitement simple, peu onéreux et sans risque a prouvé ses effets bénéfiques sur les aphtoses, même indépendamment du niveau sanguin de vitamine B12 du patient.

Une étude a été menée à Taiwan pour comparer l'efficacité d'un traitement a base de vitamine B12 par rapport à un placebo. Les résultats montrent que la fréquence, la durée et la douleur des aphtes sont diminuées par la prise de vitamine B12 sans aucun
Effet indésirable. Les auteurs précisent néanmoins que leur essai n'a pas pris en compte
Les variabilités ethniques.
Un traitement à base de vitamine C a lui aussi montré son efficacité, à hauteur de 2 g par jour pendant 3 mois, diminuant de 50% la fréquence des poussées.

3.8.4.2. Omega 3 : [98]

Un essai clinique randomise a été mené pour mesurer l'effet des oméga 3 sur le traitement des aphtoses **récidivantes** et sur l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints.
Des résultats significatifs ont été démontrés, en effet il semblerait qu'ils peuvent diminuer la fréquence, la durée et la douleur de l'aphtose. Leur prise peut être faite via des compléments Alimentaires mais aussi tout simplement par l'adoption de régimes riches en omegas3.

3.8.5. Le Laser : [8, 24, 48, 90, 94]

Cette nouvelle thérapie s'intègre dans les nouvelles thérapies non conventionnelles, elle proposée avec succès dans les aphtoses rebelles, de par trois propriétés majeures : amélioration de la régénération tissulaire en augmentant la production d'ATP, stimulation de la microcirculation, et formation de nouveaux vaisseaux sanguins favorisant la guérison des lésions sans effets indésirables. La récurrence des poussées serait elle aussi maîtrisée par cette technique au laser.

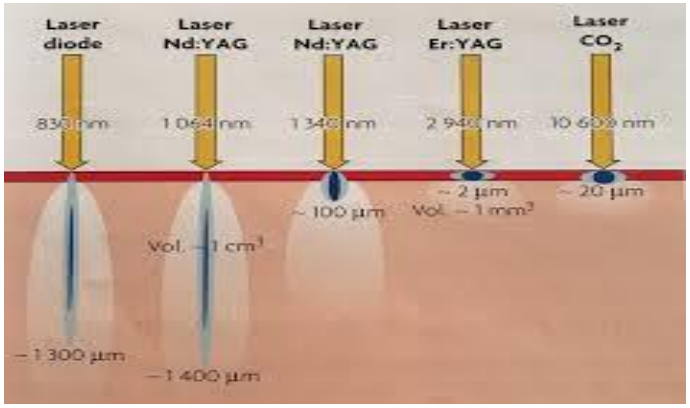


Figure 37 : Les différents types de lasers.

On utilise les lasers diodes à une longueur d'onde de 940nm, en deux à trois passages de 30 à 45 secondes espacées d'une vingtaine de secondes pour laisser le temps au tissu de refroidir. Les mouvements sont à faire de la périphérie de la lésion vers le centre, en vérifiant entre les passages par palpation avec un doigt ganté humide la réduction de la douleur. Les lasers YAG et CO2 peuvent également être utilisés mais ces derniers sont plus onéreux et peuvent être responsable de lésions thermiques au niveau des tissus durs.
Divers lasers peuvent être utilisés dans le traitement des aphtes : le laser Nd: YAG (néodymium : yttrium-aluminium--garnet), le laser CO2 et les thérapies laser à basse puissance.

Le laser Nd:YAG permettrait de soulager la symptomatologie à court terme et de favoriser la cicatrisation, cependant son utilisation est limitée par son prix élevé.
Le laser CO2 récemment proposé pour le traitement des aphtes semble prometteur sur les aphtoses rebelles.

Ces deux lasers entraineraient un soulagement de la douleur immédiat pouvant durer jusqu'à 7 jours.
Les thérapies laser à basse puissance ont été étudiées dans une étude publiée en 2014 incluant 180 patients. Elle a montré que la douleur était significativement moins importante dans le groupe traité par laser, de même l'érythème était diminué et la réépithélialisation était plus rapide. Cette nouvelle thérapeutique aurait donc des capacités analgésiques, anti--inflammatoires et régénératives mais ne permettrait pas de diminuer la fréquence des aphtoses récidivantes.

3.8.6. Indication thérapeutique de l'aphtose buccale : [19]

Les traitements proposés pour l'aphtose se basent sur la forme et de la sévérité des lésions ; dans tous les cas, il sera conseillé au malade de supprimer les aliments susceptibles d'accentuer la douleur ou de favoriser l'apparition ainsi que de respecter les mesures d'hygiène ; une mise en état de la denture et des prothèses est également indiquée. Le traitement local (antiseptiques, anesthésiques et corticoïdes principalement) pourra être proposé face à toutes les formes d'aphtoses et sera souvent suffisant dans les aphtoses peu invalidantes. Le traitement général sera réservé aux aphtoses sévères ou systémiques handicapante à poussées rapprochées

(colchicine en première intention puis thalidomide).

Type d'aphtose buccale	Traitement
Aphtose Mineure	▪ Au stade des prodromes (sensation de picotement muqueux), l'application de pâte à l'amlexanox à 2% semble utile, avec une réduction des poussées. ▪ Au stade d'aphte classique ulcéré, les anesthésiques locaux suffisent : l'application locale de lidocaïne à 2 % sous forme de gel, au besoin, avec un Coton-tige. L'application répétée de lidocaïne peut être toxique chez le petit enfant. ▪ Les corticostéroïdes topiques appliqués localement 2 à 4 fois par jour (dont une fois au coucher) répétés jusqu'à diminution des lésions. Les corticoïdes puissants, sous forme de gel, crème, pommade, avec ou sans base adhésive (par exemple Diprolène pommade® et orabase® en quantité égale), sont efficaces sur la guérison et le raccourcissement de la poussée d'aphtose buccale, surtout s'ils sont appliqués dès les prodromes. Les gels adhèrent mieux à la muqueuse buccale que les crèmes ou les pommades. ▪ Lorsque les lésions sont multiples ou d'accès difficile au Coton-tige ® ; l'utilisation d'un spray (par exemple de béclométhasone) constitue une bonne alternative. Dans les cas sévères, les corticoïdes solupred® 20 mg sont administrés en bains de bouche gardés 2 minutes puis crachés, 3 à 4 fois par jour.
Aphtose récidivante et sévère	• Les corticostéroïdes par voie systémique sont utilisés en cures brèves (prednisone), voire plus prolongée en l'absence de réponse, jusqu'à diminution des lésions. • La colchicine est utilisée dans les aphtoses qui restent invalidantes par leur extension ou leurs récidives « subintrantes » malgré un traitement local optimal. • Peu de patients ne répondent pas aux traitements locaux ou systémiques : divers traitements sont proposés, comme le traitement par laser (soulagement immédiat, guérison accélérée, récidives réduites), l'application locale de nitrate d'argent.
Aphtose systémique	• Une biopsie peut être nécessaire à la recherche d'une infection traitable (par exemple herpes simplex, cytomégalovirus). • La posologie recommandée de la colchicine est de 1,5mg par jour en 3 prises chez l'adulte. Au-delà de 6 mois une surveillance biologique sera conseillée (NFS, transaminases, créatinine). • La thalidomide est le traitement le plus efficace contre les aphtoses sévères, néanmoins ses effets secondaires importants en limitent l'utilisation. La posologie recommandée est de 100 à 200mg en traitement d'attaque, puis de 50mg en traitement d'entretien, souvent de façon intermittente. N.B: Une collaboration étroite doit etre établie avec le médecin traitant afin de minimiser les complications dégénératives des maladies systémiques (maladie de Behçet, de Chorn..etc).

Tableau 12 : Tableau résumant les traitements proposés pour chaque forme d'aphtose buccale.

Partie Clinique

Thème de l'enquête :

Notre enquête a eu comme thème le rôle des facteurs de risque dans le déclenchement des aphtoses buccales chez les patients qui ont passés par la consultation du service de pathologie et du chirurgie bucco-dentaire du CHU de Tizi ouzou pendant les cinq premiers mois de l'année 2019, à propos de 16 cas cliniques.

1. LES OBJECTIFS

1.1. Objectif général :

Étude de prévalence sur le rôle des facteurs de risque dans le déclenchement des aphtoses buccales chez les patients qui ont passés par la consultation du service de pathologie et du chirurgie bucco-dentaire du CHU de Tizi ouzou pendant les cinq premiers mois de l'année 2019.

1.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des facteurs de risque dans le déclenchement des aphtoses buccales chez les patients.
- Connaître la situation socio-économique de ces patients.

2. Méthodologie :

Il s'agit d'une étude transversale à visé descriptive qui a été menée dans le service de pathologie et du chirurgie bucco-dentaire du CHU de Tizi ouzou concernant les patients présentant une aphtose buccale.

Critères de sélection :

Les malades consultant pour des aphtes buccaux au service pathologie et du chirurgie bucco-dentaire du CHU de Tizi ouzou.

3. Matériel :

3.1. Population de l'étude *:* L'enquête était réalisée sur 16 patients consultants pour une aphtose buccale dans le service de pathologie et du chirurgie bucco-dentaire du CHU de Tizi ouzou

3.2. Champ d'étude :

Notre enquête s'est déroulée au niveau service de pathologie et du chirurgie bucco-dentaire du CHU de Tizi ouzou.

3.3. Les moyens utilisés :

3.3.1. Les moyens et équipe de travail :

- **Les enquêteurs** sont représentés par les étudiants de 6ème année de médecine dentaire (qui ont choisi le thème : les aphtoses buccale) répartis en binôme ont effectué la collecte des informations pour chaque patient.

3.3.2. Matériel technique :

Le matériel technique était composé d'une fiche d'observation, d'un plateau d'examen classique représenté par des un miroir et precelle, des compresses et des gants d'examen utilisé pour chaque patient.

3.4. Recueil d'information:

3.4.1. Temps :

Notre étude a été réalisée durant la période comprise entre le 02/01/2019 et le 17/05/2019.

3.4.2. Support :

Une fiche d'observation bucco-dentaire individualisée à notre objectif d'étude elle nous renseigne sur :

Etat civil et l'état général de chaque patient, Hygiène bucco-dentaire, la présence du facteur stress et fatigue, l'examen exo buccal endo buccal, des muqueuses, et de la lésion pour chaque patient.

Analyse des résultats :

- **Répartition des malades selon le sexe :**

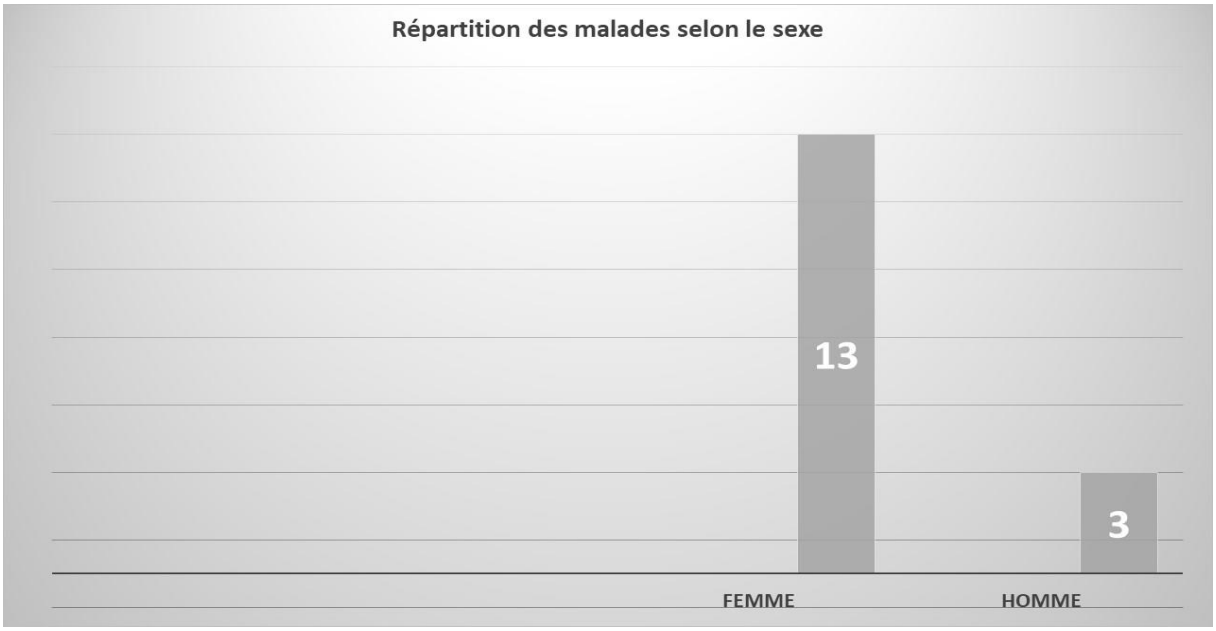


Figure 38 : représentation graphique du sexe des malades de l'enquête.

- **Répartition des malades selon la tranche d'âge :**

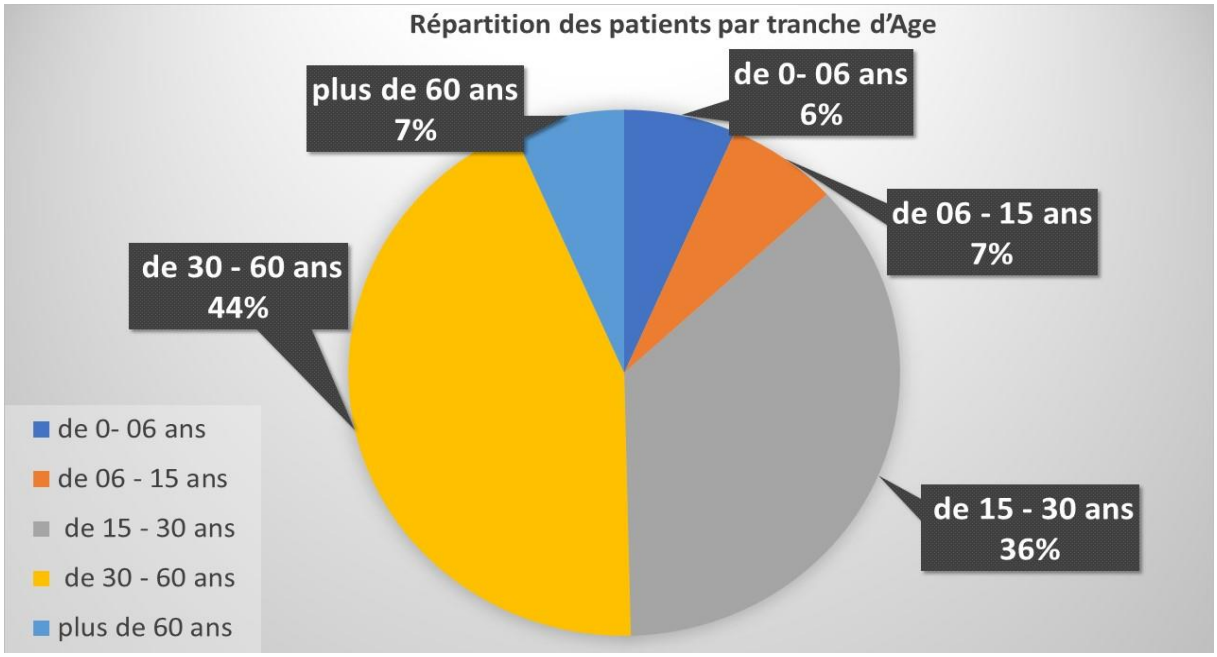


Figure 39 : représentation graphique des malades de l'enquête selon leur âge.

- **Répartition de la localisation des aphtes :**

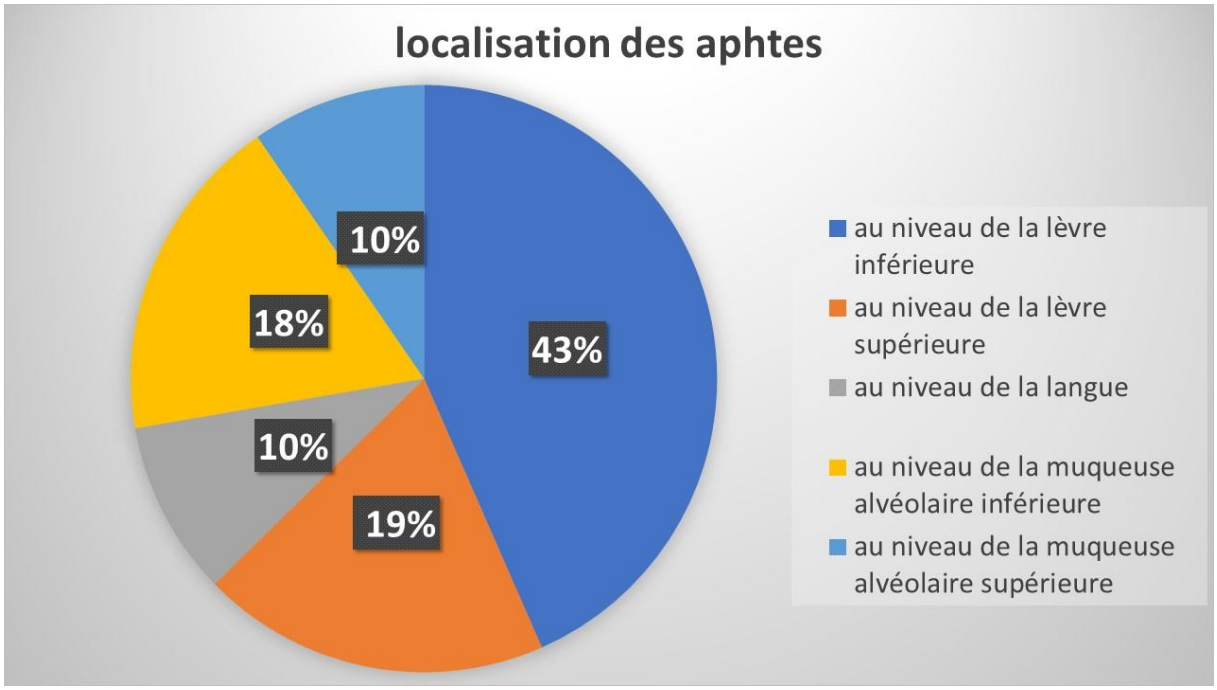


Figure 40 : représentation graphique de la localisation des aphtes chez malades de l'enquête.

- **Répartition des facteurs de risques évoqués dans les cas cliniques :**

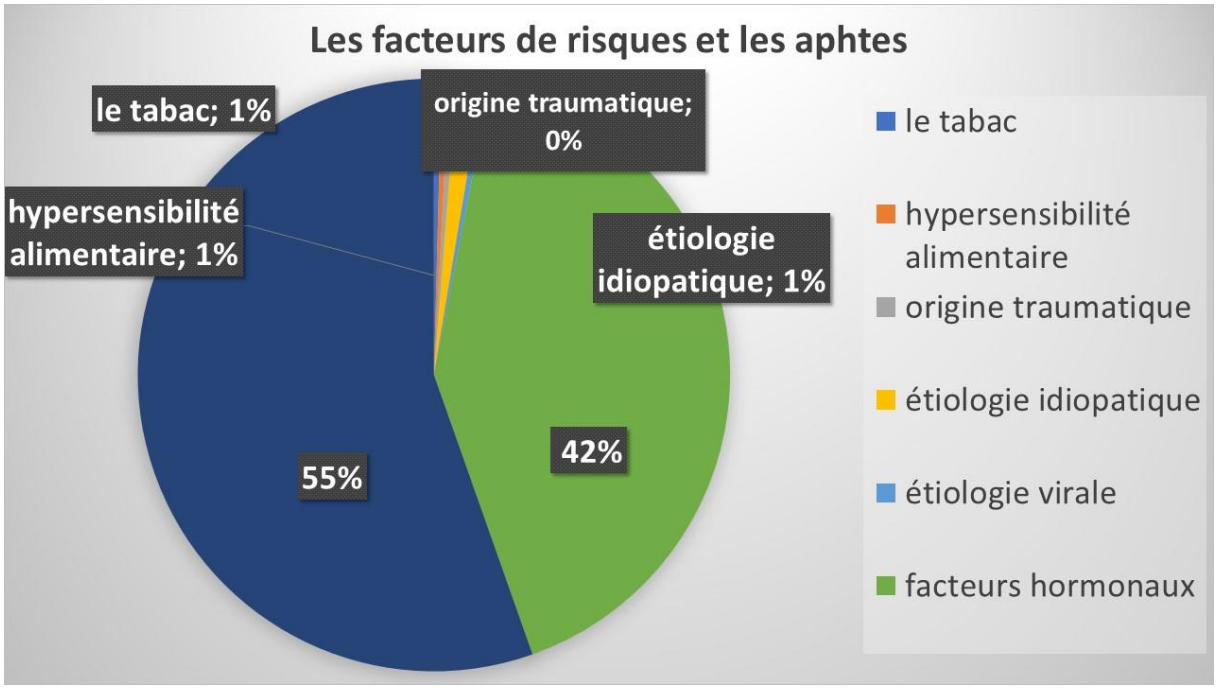


Figure 41: représentation graphique des facteurs de risques chez malades de l'enquête.

4.Discussion des résultats :

16 sujets ont participé à cette étude (03 du sexe masculin et 13 du sexe féminin) ce qui représente un sexe ratio de 6.5

La prévalence de la présence du stress et de la fatigue est de 80% dans les patients ont eu des aphtoses buccales et qui ont consulté dans le service de pathologie bucco-dentaire du CHU de Tizi ouzou au moment de l'enquête.

La prévalence de la présence des facteurs hormonaux est de 60% dans les patients ont eu des aphtoses buccales et qui ont consulté dans le service de pathologie bucco-dentaire du CHU de Tizi ouzou au moment de l'enquête.

La prévalence de l'étiologie virale est de 0.6% dans les patients ont eu des aphtoses buccales et qui ont consulté dans le service de pathologie bucco-dentaire du CHU de Tizi ouzou au moment de l'enquête.

La prévalence de l'étiologie idiopathique est de 2% dans les patients ont eu des aphtoses buccales et qui ont consulté dans le service de pathologie bucco-dentaire du CHU de Tizi ouzou au moment de l'enquête.

La prévalence de l'hypersensibilité alimentaire est de 0.6% dans les patients ont eu des aphtoses buccales et qui ont consulté dans le service de pathologie bucco-dentaire du CHU de Tizi ouzou au moment de l'enquête.

La prévalence de l'étiologie traumatique est de 0.6% dans les patients ont eu des aphtoses buccales et qui ont consulté dans le service de pathologie bucco-dentaire du CHU de Tizi ouzou au moment de l'enquête.

La prévalence du tabac est de 0.6% dans les patients ont eu des aphtoses buccales et qui ont consulté dans le service de pathologie bucco-dentaire du CHU de Tizi ouzou au moment de l'enquête.

Fiche d'observation :

Cas N°…… :

Présentation du cas :

Nom et prénom : …….

Age: ……

Adresse:…….. …….

Profession……

Antécédents médicaux/ et ou chirurgicaux: ……

Tabac:……... ……

Des lésions semblables dans les autres parties du corps:…….……

2.2. Examen exo-buccal :

- **A l'inspection :**…….
- **A la palpation** : ……..

2.3. Examen endo-buccal :

- **Hygiène buccale** : ……
- **Examen de la denture** : - les dents caries : ……

  - les dents absentes : ……
  -les dents obtures : ……

- **Examen des muqueuses**: ……

Examen de la lésion :

- **Siège** …….
- **Date d'apparition :** …….
- **Mode d'apparition :** ……...
- **La taille :** …….
- **La forme :** ……...
- **La base** ……
- **Contours :** ……
- **Les bords :** …….
- **Nombre :** ……. ……
- **La couleur :** ……..
- **La douleur :**……

Etiologie : ……

2.4. Examen complémentaire : ……

2.5. Diagnostic positif : ……..

2.6. Traitement :
2.6.1.Traitement préventif :…….

2.6.2. Traitement curatif :…….
2.7. Contrôle : …….

1. Cas N°01 :

1.1 Présentation du cas :

Il s'agit de la patiente D.H âgée de 60 ans, femme au foyer, résidente à Alger qui s'est présentée à notre service pathologie et de chirurgie buccale CHU Tizi Ouzou pour une Aphtose récidivante la gênant dans sa vie quotidienne.

Figure 42 : Aphte localisé sur le plancher buccal chez un patiente de 60 ans. (Service pathologie buccale CHU Tizi ouzou 2019)

A l'interrogatoire, la patiente nous a rapporté qu'elle est hypertendue et diabétique type II, et qu'elle est aussi sous traitement pour une arthrose articulaire, la patiente ne présente pas un problème d'allergie.
La patiente n'est pas un sujet alcoolique ou fumeur.

La patiente nous a rapporté que les ulcérations dont elle se plaint sont survenue il y'a 03 jours, et que sur certaines periodes les aphtes ne surviennent qu'environ une fois par mois puis Sur d'autres, une nouvelle lésion apparait avant même que la précédente ait disparu.
La patiente nous a précisé qu'elle ne présente aucune lésion semblable dans les autres parties de son corps, et qu'elle a déjà fait des extractions dentaires ainsi que des restaurations dentaires.

1.2. Examen exo-buccal :

- **A l'inspection :**

Les téguments de recouvrement sont d'aspect normal, et ne présentent aucune particularité.

La symétrie faciale est conservée.

L'amplitude de l'ouverture buccale est diminuée un peu (deux doigts), la patiente est édentée totale pour l'arcade supérieure (étage inférieur diminué)

Le trajet de fermeture buccale est normal, pas de craquements au niveau des ATM.

- **A la palpation :**

La continuité des reliefs cutanés et osseux est respectée.

La palpation des aires ganglionnaires ne montre aucune adénopathie.

1.3. Examen endo-buccal :

- **Hygiène buccale** : très insuffisante.
- **Examen de la denture** : - les dents caries : 33, 42,

- les dents absentes : toutes les dents absentes sauf celles du bloc incisivo canin inférieur

Examen des muqueuses :

Gingivite chronique localisée au niveau du bloc incisivo canin inférieur.

Le plancher buccal, le voile du palais, la face interne des joues sont d'aspect normal

La présence des ulcérations au niveau de la face interne de la lèvre inférieure, du plancher buccal et au niveau de la face interne de la lèvre supérieure.

Figure 43 : Examen Endo buccal chez une femme de 60 ans.

(Service pathologie buccale CHU Tizi ouzou 2019)

- **Examen de la lésion :**

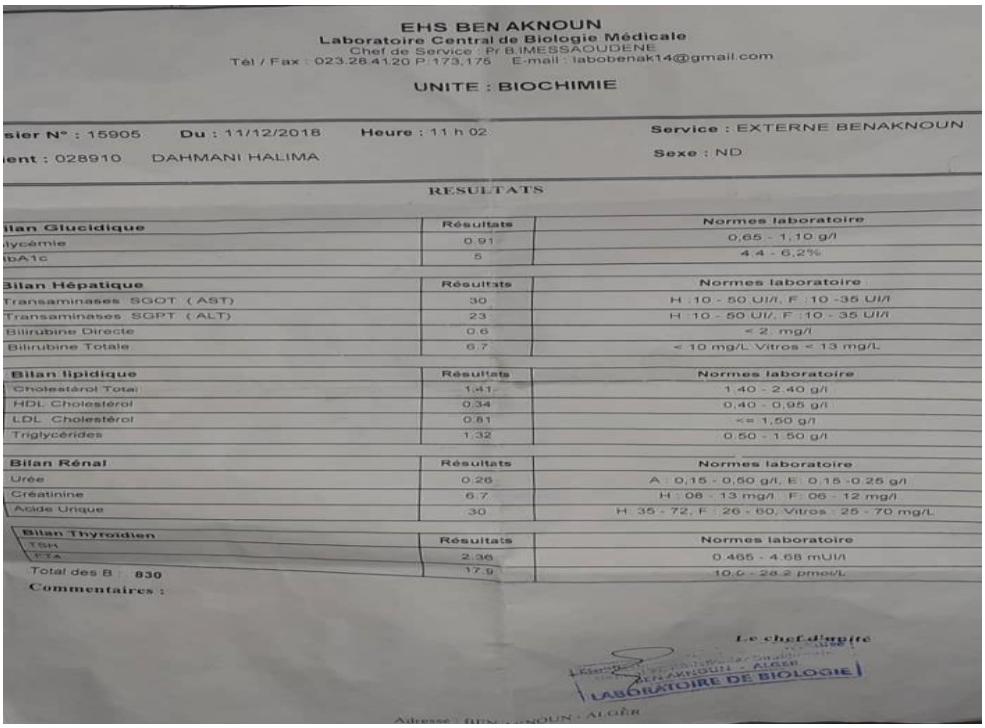
Figure 44 : Aphtose banale chez une femme de 60 ans.

(Service pathologie buccale CHU Tizi ouzou 2019)

- **Siège :** au niveau de la lèvre inférieure, du plancher buccal et au niveau de la face interne de la lèvre supérieure.
- **Date d'apparition :** depuis 03 jours.
- **Mode d'apparition :** apparition d'emblée.
- **La taille :** 3-4 mm.
- **La forme :** ovalaire.
- **La base :** non indurée.
- **Contours :** entourée d'un halo-érythémateux.
- **Les bords :** réguliers.
- **Nombre :** 03.
- **La couleur :** le contour de la lésion : enflammé, et la lésion est blanchâtre.
- **Caractère :** récidivant.

Etiologie évoquée : stress, et la fatigue.

1.4. Examen complémentaire : Bilan standard, Radiographie panoramique.



EHS BEN AKNOUN
Laboratoire Central de Biologie Médicale
Chef de Service : Pr B.IMESSAOUDENE
Tél / Fax : 023.28.41.20 P:173.176 E-mail : labobenak14@gmail.com

UNITE : BIOCHIMIE

sier N° : 15905 Du : 11/12/2018 Heure : 11 h 02 Service : EXTERNE BENAKNOUN
ient : 028910 DAHMANI HALIMA Sexe : ND

RESULTATS

Bilan Glucidique	Résultats	Normes laboratoire
lycémie	0.91	0,65 - 1,10 g/l
bA1c	5	4.4 - 6,2%

Bilan Hépatique	Résultats	Normes laboratoire
Transaminases SGOT (AST)	30	H :10 - 50 UI/l, F :10 -35 UI/l
Transaminases SGPT (ALT)	23	H :10 - 50 UI/, F :10 - 35 UI/l
Bilirubine Directe	0.6	< 2 mg/l
Bilirubine Totale	6.7	< 10 mg/L Vitros < 13 mg/L

Bilan lipidique	Résultats	Normes laboratoire
Cholestérol Total	1.41	1,40 - 2,40 g/l
HDL Cholestérol	0.34	0,40 - 0,95 g/l
LDL Cholestérol	0.81	<= 1,50 g/l
Triglycérides	1.32	0,50 - 1,50 g/l

Bilan Rénal	Résultats	Normes laboratoire
Urée	0.26	A : 0,15 - 0,50 g/l, E : 0,15 -0,25 g/l
Créatinine	6.7	H : 08 - 13 mg/l F : 06 - 12 mg/l
Acide Urique	30	H: 35 - 72, F : 26 - 60, Vitros : 25 - 70 mg/L

Bilan Thyroïdien	Résultats	Normes laboratoire
TSH	2.36	0.465 - 4.68 mUI/l
FT4	17.9	10,6 - 28,2 pmol/L

Total des B : 830
Commentaires :

Le chef de service
LABORATOIRE DE BIOLOGIE

Figure 45 : Les valeurs de l'examen biologique sont normales.

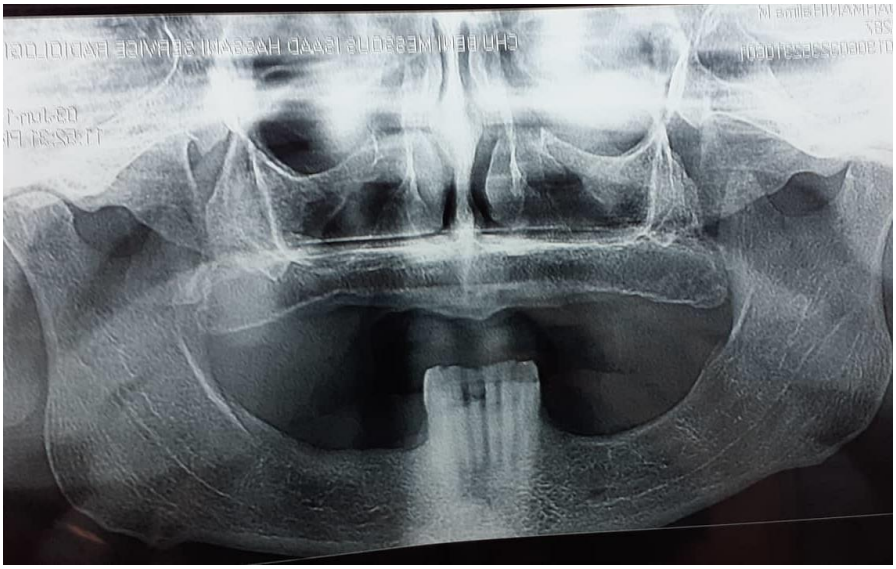


Figure 46 : Aucune particularité sur la radiographie panoramique.

1.5. Prise en charge :

Diagnostic	Aphtose banale
Traitement préventif	- Motivation à l'hygiène bucco-dentaire, tout en montrant à la patient la technique correcte du brossage. - Insister sur la fréquence et la durée du brossage (3 fois par jour pendant 2-3min pour chaque brossage). Avec une brosse à dents très souple. - Conseiller la patiente d'éviter les nourritures dures et trop épicées. - Conseiller la patiente de lutter contre la fatigue et le stress.
Traitement Curatif	- Anesthésie de contact en application locale avec un coton-tige. - Prescription de Eludril BDB 3fois par jours pendant une semaine. Prescription du vitamine C 1g CP : 1 Cp/jour pendant 3 semaine - Prescription du Urgo-aphte : En application locale, Une application 2x/j
Contrôle	1 er RDV: : programmée après une semaine de traitement, mais la patiente n'est pas revenue pour le contrôle. 2 eme RDV : la patiente s'est absentée.

2. Cas N°02 :

2.1 Présentation du cas :

Il s'agit de la patiente B.Z âgée de 25 ans, étudiante à l'université, résidente à Tizi Ouzou qui s'est présentée à notre service pathologie et de chirurgie buccale CHU Tizi Ouzou pour une gêne fonctionnelle et douleurs au toucher.

A l'interrogatoire, la patiente ne rapporte aucune pathologie d'ordre général, ni antécédents médicaux et/ ou chirurgicaux personnels ou familiaux, ni un problème d'allergie.

La patiente n'est pas un sujet alcoolique ou fumeur.

La patiente nous a rapporté que l'ulcération dont elle se plaint est survenue il y'a 03 jours, et qu'elle a le caractère récidivant.

La patiente nous a précisé qu'elle ne présente aucune lésion semblable dans les autres parties de son corps, et qu'elle a déjà fait des extractions dentaires ainsi que des restaurations dentaires.

2.2. Examen exo-buccal :

Figure 47 : Plateau d'examen clinique

(Service pathologie buccale CHU Tizi ouzou 2019)

- **A l'inspection :**

Les téguments de recouvrement sont d'aspect normal, et ne présentent aucune particularité.

La symétrie faciale est conservée.

L'amplitude de l'ouverture buccale est normale (trois doigts).

Le trajet de fermeture buccale est normal, pas de craquements, ni de claquements au niveau des ATM.

- **A la palpation :**

La continuité des reliefs cutanés et osseux est respectée.

La palpation des aires ganglionnaires ne montre aucune adénopathie.

2.3. Examen endo-buccal :
Hygiène buccale : très acceptable, pas de carie, ni de parodontopathies.

Figure 48 : Hygiène buccale très acceptable chez une jeune fille de 25ans.

(Service pathologie buccale CHU Tizi ouzou 2019)

- **Examen de la denture** : les dents obturées : 26
- **Examen des muqueuses** :

Muqueuse buccale d'aspect normal, Le plancher buccal, le voile du palais, la face interne des joues sont d'aspect normal.

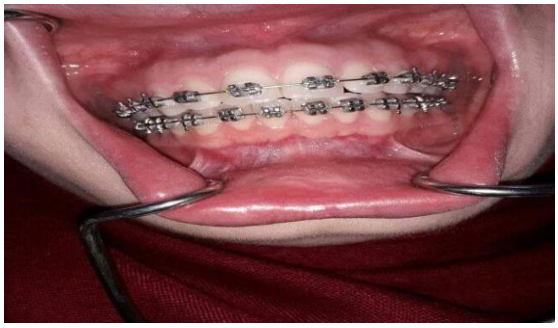


Figure 49 : Les muqueuses sont d'aspect normal chez une jeune fille de 25ans.

(Service pathologie buccale CHU Tizi ouzou 2019)

La présence d'une ulcération au niveau de la face interne de la lèvre inférieure.

- **Examen de la lésion :**

Figure 50 : l'existence de la lésion avant et après le traitement ODF chez une jeune fille de 25ans.

(Service pathologie buccale CHU Tizi ouzou 2019)

Figure 51 : L'évolution de la l'aphte banal chez une jeune fille de 25ans.

(Service pathologie buccale CHU Tizi ouzou 2019)

- **Siège :** au niveau de la lèvre inférieure.
- **Date d'apparition :** depuis 03 jours.
- **Mode d'apparition :** apparition d'emblée.
- **La taille :** 3 mm.
- **La forme :** ovalaire.
- **La base :** non indurée.
- **Contours :** entourée d'un halo-érythémateux.
- **Les bords :** réguliers.
- **Nombre :** 01.
- **La couleur :** le contour de la lésion : enflammé, et la lésion est blanchâtre.
- **Caractère :** récidivant.

Etiologie : stress, facteurs hormonaux, allergie alimentaire, et fatigue.

2.4. Examen complémentaire : pas demandé

2.5. Prise en charge :

Diagnostic	Aphtose banale au niveau de la lèvre inférieure**.**
Traitement préventif	- Conseiller la patiente d'éviter les nourritures dures et trop épicées. - Conseiller la patiente de lutter contre la fatigue et le stress.
Traitement Curatif	- Anesthésie de contact en application locale avec un coton-tige. - Prescription de Eludril BDB 3fois par jours pendant une semaine. Prescription du vitamine C 1g CP : 1 Cp/jour pendant 3 semaine - Prescription du Urgo-aphte : En application locale, Une application 2x/j
Contrôle	1 er RDV: : programmée après une semaine de traitement, mais la patiente n'est pas revenue pour le contrôle. 2 eme RDV : la patiente s'est absentée.

3. Cas N°03 :

3.1 Présentation du cas :

Il s'agit de la patiente T.L âgée de 24 ans, étudiante en médecine dentaire, résidente à Timizert wilaya de Tizi-Ouzou , qui s'est présentée à notre service pathologie et de chirurgie buccale CHU Tizi Ouzou pour une gêne fonctionnelle et douleurs au toucher.

A l'interrogatoire, la patiente rapporte une allergie respiratoire d'ordre général, antécédents médicaux sous antihistaminiques et corticoïdes locaux.

La patiente n'est pas un sujet alcoolique ou fumeur.

La patiente nous a rapporté que l'ulcération dont elle se plaint est survenue il y'a 06 jours, et qu'elle a le caractère récidivant après 10jours de sa guérison

La patiente nous a précisée qu'elle ne présente aucune lésion semblable dans les autres parties de son corps, ni fièvre ni altération de l'état général.

3.2. Examen exo-buccal :

- **A l'inspection :**

On note une symétrie faciale

Les téguments de recouvrement sont d'aspect normal, et ne présentent aucune particularité.

.L'amplitude de l'ouverture buccale est normale (trois doigts).

Le trajet de fermeture buccale est normal

- **A la palpation :**

La continuité des reliefs cutanés et osseux est respectée.

Pas de craquements ou claquements au niveau des ATM.

La palpation des aires ganglionnaires montre une adénopathie jugulo-carotidienne, du coté droit, ferme, douloureuse et mobile par rapport au plan profond.

3.3. Examen endo-buccal :

- **Hygiène buccale** : suffisante
- **Examen de la denture** : - les dents caries : 0

  - les dents absentes : 16,36,46
  -les dents obtures : 24 ;26 ;27 ;14 ;15 ;17 ;18

- **Examen des muqueuses**:

Le plancher buccal, le voile du palais, la face interne des joues sont d'aspect physiologique.

La présence d'une ulcération au niveau de la face interne de la lèvre inferieure.

Examen de la lésion :

Figure 52 : Photographie d'un aphte sur la muqueuse labiale inferieur

(Service pathologie buccale chu Tizi-Ouzou 2019)

- **Siège :** au niveau de la lèvre inférieure.
- **Date d'apparition :** depuis 06 jours.
- **Mode d'apparition :** apparition d'emblée.
- **La taille :** 3 mm.
- **La forme :** ovalaire.
- **La base :** non indurée.
- **Contours :** entourée d'un halo-érythémateux.

- **Les bords :** réguliers.
- **Nombre :** unique.
- **La couleur :** le contour de la lésion : enflammé, et la lésion est blanchâtre.
- **Caractère :** récidivant.
- **La douleur :**au chaud **,**nourriture épicée(d'après la malade)

Etiologie :

- des facteurs hormonaux, et la fatigue.

-Crise d'allergie respiratoire (en hiver) anthistaminiques→immunodépression

3.4. Examen complémentaire : pas demandé

3.5. Prise en charge :

Diagnostic	Aphte banal
Traitement préventif	- Motivation à l'hygiène bucco-dentaire, tout en montrant à la patient la technique correcte du brossage. - Insister sur la fréquence et la durée du brossage (3 fois par jour pendant 2-3min pour chaque brossage). Avec une brosse à dents très souple. - Conseiller la patiente d'éviter les nourritures dures et trop épicées. - Conseiller la patiente de lutter contre la fatigue et le stress.
Traitement Curatif	- Anesthésie de contact en application locale avec un coton-tige. - Prescription de Eludril BDB 3fois par jours pendant une semaine. Prescription du vitamine C 1g CP : 1 Cp/jour pendant 3 semaine - Prescription du Urgo-aphte : En application locale, Une application 2x/j
Contrôle	1 er RDV: : programmée après une semaine de traitement, la patiente raconte qu'elle n'a pas appliqué la préparation prescrite, et la guérison a été spontanée

Figure 53 : Cicatrisation complète sans séquelles après une semaine.

(Service pathologie buccale chu Tizi-Ouzou 2019)

4. Cas N°04 :

4.1 Présentation du cas :

Il s'agit de la patiente A.R âgé de 35 ans, exerçant un métier libéral, résident à Tizi Ouzou qui s'est présenté à notre service pathologie et de chirurgie buccale CHU Tizi Ouzou pour une gêne fonctionnelle et douleurs au toucher.

A l'interrogatoire, le patient ne rapporte aucune pathologie d'ordre général, ni antécédents médicaux et/ ou chirurgicaux personnels ou familiaux, ni un problème d'allergie.

Le patient est un fumeur.

Le patient nous a rapporté que l'ulcération dont elle se plaint est survenue il y'a 05 jours, et qu'elle a le caractère récidivant.

Le patient nous a précisé qu'elle ne présente aucune lésion semblable dans les autres parties de son corps, et qu'elle a déjà fait une extraction dentaire ainsi que des restaurations dentaires.

4.2. Examen exo-buccal :

- **A l'inspection :**

Les téguments de recouvrement sont d'aspect normal, et ne présentent aucune particularité.

La symétrie faciale est conservée.

L'amplitude de l'ouverture buccale est normale.

Le trajet de fermeture buccale est normal, pas de craquements au niveau des ATM.

- **A la palpation :**

La continuité des reliefs cutanés et osseux est respectée.

La palpation des aires ganglionnaires ne montre aucune adénopathie.

4.3. Examen endo-buccal :

- **Hygiène buccale** : très insuffisante.
- **Examen de la denture** : - les dents caries : 15, 26,47
  - les dents absentes : 37
  -les dents obtures : 11,13
- **Examen des muqueuses** :

Gingivite chronique généralisée.

Le plancher buccal, le voile du palais, la face interne des joues sont d'aspect normal

La présence d'une ulcération au niveau de la face interne de la lèvre inférieure.

- **Examen de la lésion :**

Figure 54 : Aphte banal sur la face interne de la lèvre inférieure chez un homme de 35 ans

(Service pathologie buccale chu Tizi ouzou 2019)

- **Siège :** au niveau de la lèvre inférieure.
- **Date d'apparition :** depuis 05 jours.
- **Mode d'apparition :** apparition d'emblée.
- **La taille :** 3.5 mm.
- **La forme :** ovalaire.
- **La base :** non indurée.
- **Contours :** entourée d'un halo-érythémateux.
- **Les bords :** réguliers.
- **Nombre :** 01.
- **La couleur :** le contour de la lésion : enflammé, et la lésion est blanchâtre.
- **Caractère :** récidivant.

Etiologie : stress, et la fatigue.

4.4. Examen complémentaire : pas demandé

4.5. Prise en charge:

Diagnostic	Aphte banal au niveau de la lèvre inférieure**.**
Traitement préventif	- Motivation à l'hygiène bucco-dentaire, tout en montrant à la patient la technique correcte du brossage. - Insister sur la fréquence et la durée du brossage (3 fois par jour pendant 2-3min pour chaque brossage). Avec une brosse à dents très souple. - Conseiller le patient d'arrêter le tabac. - Conseiller le patient d'éviter les nourritures dures et trop épicées. - Conseiller le patient de lutter contre la fatigue et le stress.
Traitement Curatif	- Anesthésie de contact en application locale avec un coton-tige. - Prescription de Eludril BDB 3fois par jours pendant une semaine. Prescription du vitamine C 1g CP : 1 Cp/jour pendant 3 semaine - Prescription du Urgo-aphte : En application locale, Une application 2x/j
Contrôle	1 er RDV: : programmée après une semaine de traitement, mais le patient n'est pas revenue pour le contrôle. 2 eme RDV : le patient s'est absenté.

5. Cas N°05 :

5.1. Présentation du cas :

Il s'agit de la patiente A.R âgé de 35 ans, fonctionnaire, résident à Tizi Ouzou qui s'est présenté à notre service pathologie et de chirurgie buccale CHU Tizi Ouzou pour une gêne fonctionnelle et douleurs au toucher.

A l'interrogatoire, le patient ne rapporte aucune pathologie d'ordre général, ni antécédents médicaux et/ ou chirurgicaux personnels ou familiaux, ni un problème d'allergie.

Le patient est un fumeur.

Le patient nous a rapporté que l'ulcération dont elle se plaint est survenue il y'a 05 jours, et qu'elle a le caractère récidivant et chronique.

Le patient nous a précisé qu'elle ne présente aucune lésion semblable dans les autres parties de son corps, et qu'elle a déjà fait une extraction dentaire.

5.2. Examen exo-buccal :

- **A l'inspection :**

Les téguments de recouvrement sont d'aspect normal, et ne présentent aucune particularité.

La symétrie faciale est conservée.

L'amplitude de l'ouverture buccale est normale.

Le trajet de fermeture buccale est normal, pas de craquements au niveau des ATM.

- **A la palpation :**

La continuité des reliefs cutanés et osseux est respectée.

La palpation des aires ganglionnaires ne montre aucune adénopathie.

5.3. Examen endo-buccal :

- **Hygiène buccale** : insuffisante.
- **Examen de la denture** : - les dents absentes : 36

- **Examen des muqueuses** :

Gingivite chronique généralisée.

Le plancher buccal, le voile du palais, la face interne des joues sont d'aspect normal

La présence d'une ulcération au niveau de la face interne de la lèvre inférieure.

- **Examen de la lésion :**

Figure 55 : Aphte banal sur la face interne de la lèvre inférieure chez un homme de 35 ans (Service pathologie buccale chu Tizi ouzou 2019)

- **Siège :** au niveau de la lèvre inférieure.
- **Date d'apparition :** depuis 05 jours.
- **Mode d'apparition :** apparition d'emblée.
- **La taille :** 2.5 mm.
- **La forme :** ovalaire.
- **La base :** non indurée.
- **Contours :** entourée d'un halo-érythémateux.
- **Les bords :** réguliers.
- **Nombre :** 01.
- **La couleur :** le contour de la lésion : enflammé, et la lésion est jaunâtre.
- **Caractère :** récidivant.

Etiologie : stress, tabac, et la fatigue.

5.4. Examen complémentaire : pas demandé.

5.5. Prise en charge :

Diagnostic	Aphte banal au niveau de la lèvre inférieure**.**
Traitement préventif	- Motivation à l'hygiène bucco-dentaire, tout en montrant à la patient la technique correcte du brossage. - Insister sur la fréquence et la durée du brossage (3 fois par jour pendant 2-3min pour chaque brossage). Avec une brosse à dents très souple. - Conseiller le patient d'arrêter le tabac. - Conseiller le patient d'éviter les nourritures dures et trop épicées. - Conseiller le patient de lutter contre la fatigue et le stress.
Traitement Curatif	- Anesthésie de contact en application locale avec un coton-tige. - Prescription de Eludril BDB 3fois par jours pendant une semaine. Prescription du vitamine C 1g CP : 1 Cp/jour pendant 3 semaine - Prescription du Urgo-aphte : En application locale, Une application 2x/j
Contrôle	1 er RDV: : programmée après une semaine de traitement, mais le patient n'est pas revenue pour le contrôle. 2 eme RDV : le patient s'est absenté.

6. Cas N°06 :

6.1 Présentation du cas :

Il s'agit de la patiente H.A âgée de 25 ans, étudiante universitaire, résidente à Tizi Ouzou qui s'est présentée à notre service pathologie et de chirurgie buccale CHU Tizi Ouzou pour une gêne fonctionnelle et douleurs au toucher.

A l'interrogatoire, la patiente ne rapporte aucune pathologie d'ordre général, ni antécédents médicaux et/ ou chirurgicaux personnels ou familiaux, ni un problème d'allergie.

La patiente n'est pas un sujet alcoolique ou fumeur.

La patiente nous a rapporté que l'ulcération dont elle se plaint est survenue il y'a 03 jours, et qu'elle a le caractère récidivant.

La patiente nous a précisé qu'elle ne présente aucune lésion semblable dans les autres parties de son corps, et qu'elle a déjà fait des extractions dentaires ainsi que des restaurations dentaires.

6.2. Examen exo-buccal :

- **A l'inspection :**

Les téguments de recouvrement sont d'aspect normal, et ne présentent aucune particularité.

La symétrie faciale est conservée.

L'amplitude de l'ouverture buccale est diminuée un peu.

Le trajet de fermeture buccale est normal, pas de craquements au niveau des ATM.

- **A la palpation :**

La continuité des reliefs cutanés et osseux est respectée.

La palpation des aires ganglionnaires ne montre aucune adénopathie.

6.3. Examen endo-buccal :

- **Hygiène buccale** : non suffisante.
- **Examen de la denture** :

  - les dents caries : 34, 35, 27
  - les dents absentes : 16 , 35
  - les dents obtures : 11 , 12 , 17 , 18 , 21 , 22 , 27 , 28 .

- **Examen des muqueuses :**

Le plancher buccal, le voile du palais, la face interne des joues sont d'aspect normal

La présence d'une ulcération au niveau de la face interne de la lèvre inférieure.

Examen de la lésion :

- **Siège :** au niveau de la lèvre inférieure.
- **Date d'apparition :** depuis 02 jours.
- **Mode d'apparition :** apparition d'emblée.
- **La taille :** 1 et 2 mm.
- **La forme :** ronde .
- **La base :** non indurée.

- **Contours :** entourée d'un halo-érythémateux.
- **Les bords :** réguliers.
- N**ombre :** 03**.**

- **La couleur :** le contour de la lésion : enflammé, et la lésion est blanchâtre.
- **Caractère :** récidivant.
- **Etiologie :** stress, facteur hormonal et fatigue.

6.4. Examen complémentaire : pas demandé

6.5. Prise en charge :

Diagnostic	Aphte banal au niveau de la lèvre inférieure.
Traitement préventif	- Motivation à l'hygiène bucco-dentaire, tout en montrant à la patient la technique correcte du brossage. - Insister sur la fréquence et la durée du brossage (3 fois par jour pendant 2-3min pour chaque brossage). Avec une brosse à dents très souple. - Conseiller la patiente d'éviter les nourritures dures et trop épicées. - Conseiller la patiente de lutter contre la fatigue et le stress.
Traitement Curatif	- Anesthésie de contact en application locale avec un coton-tige. - Prescription de Eludril BDB 3fois par jours pendant une semaine. Prescription du vitamine C 1g CP : 1 Cp/jour pendant 3 semaine - Prescription du Urgo-aphte : En application locale, Une application 2x/j
Contrôle	1 er RDV: : 03 jours après, il y avait un début de cicatrisation 2 eme RDV : 05 jours après, cicatrisation incomplète.

1 : 3 jours aprés l apparition des aphtes

2 : 5 jours aprés l 'apparition des aphtes

Figure 56 : Aphte banal chez une femme 25 ans sur la face interne de la lèvre inferieure (Service pathologie buccale CHU Tizi ouzou 2019)

Cas °07:

7.1 Présentation du cas :

Il s'agit de la patiente O.A âgée de 5 ans, résidente à Tizi Ouzou qui s'est présentée à notre service pathologie et de chirurgie buccale CHU Tizi Ouzou pour une gêne fonctionnelle et douleurs au toucher.

A l'interrogatoire, la patiente ne rapporte aucune pathologie d'ordre général, ni antécédents médicaux et/ ou chirurgicaux personnels ou familiaux, ni un problème d'allergie.

La mère de la patiente nous a rapporté que l'ulcération dont elle se plaint est survenue il y'a 02 jours,

La mère de la patiente nous a précisé qu'elle ne présente aucune lésion semblable dans les autres parties de son corps.

7.2. Examen exo-buccal :

- **A l'inspection :**

Les téguments de recouvrement sont d'aspect normal, et ne présentent aucune particularité.

La symétrie faciale est conservée.

L'amplitude de l'ouverture buccale est normale.

Le trajet de fermeture buccale est normal, pas de craquements au niveau des ATM.

- **A la palpation :**

La continuité des reliefs cutanés et osseux est respectée.

La palpation des aires ganglionnaires ne montre aucune adénopathie.

7.3. Examen endo-buccal :

- **Hygiène buccale** : bonne.
- **Examen de la denture** : - les dents caries : 73,65
- **Examen des muqueuses**:

Le plancher buccal, le voile du palais, la face interne des joues sont d'aspect normal
La présence d'une ulcération au niveau de la muqueuse alvéolaire inferieure gauche.

- **Examen de la lésion**:

Figure 57 : Aphte banal chez une fille 5ans sur la muqueuse alvéolaire inférieure gauche. (Service pathologie buccale CHU Tizi Ouzou 2019).

- **Siège :** au niveau de la muqueuse alvéolaire inférieure gauche .
- **Date d'apparition**: depuis 02 jours .
- **Mode d'apparition** : apparition d'emblée.
- **La taille :** 2mm.
- **La forme :** ovalaire.
- **La base :** non indurée.
- **Contours** :entourée d'un halo-érythémateux.
- **Les bords:** réguliers.
- **Nombre :** 01.
- La couleur : le contour de la lésion: enflammé, et la lésion est blanchâtre .
- **Caractère :** non récidivante.

Etiologie : inconnue.

7.4. Examens complémentaires : pas demandé

7.5. Prise en charge:

Diagnostic	Aphte banal au niveau de la muqueuse alvéolaire inférieure.
Traitement préventif	- Motivation à l'hygiène bucco-dentaire, tout en montrant à la patient la technique correcte du brossage. - Insister sur la fréquence et la durée du brossage (3 fois par jour pendant 2-3min pour chaque brossage). Avec une brosse à dents très souple. - Conseiller la patiente d'éviter les nourritures dures et trop épicées.
Traitement Curatif	- Anesthésie de contact en application locale avec un coton-tige. - Prescription de Eludril BDB 3fois par jours pendant une semaine. Prescription du vitamine C 1g CP : 1 Cp/jour pendant 3 semaine -Bicarbonate de sodium en bain de bouche pendant une semaine
Contrôle	1 er RDV: : programmée après une semaine de traitement, mais la patiente n'est pas revenue pour le contrôle. 2 eme RDV : la patiente s'est absentée.

Cas n°08 :

Il s'agit de la patiente M.S âgée de 22 ans, résidente à Tizi Ouzou ,Etudiante, qui s'est présentée à notre service pathologie et de chirurgie buccale CHU Tizi Ouzou pour une gêne fonctionnelle et douleurs au toucher.
A l'interrogatoire, la patiente ne rapporte aucune pathologie d'ordre général, ni antécédents médicaux et/ ou chirurgicaux personnels ou familiaux, ni un problème d'allergie.
La patiente n'est pas un sujet alcoolique ou fumeur.
La patiente nous a rapporté que l'ulcération dont elle se plaint est survenue il y'a 03 jours,
La patiente nous a précisé qu'elle ne présente aucune lésion semblable dans les autres parties de son corps.

8.2. Examen exo-buccal :

- **A l'inspection :**

Les téguments de recouvrement sont d'aspect normal, et ne présentent aucune particularité.
La symétrie faciale est conservée.
L'amplitude de l'ouverture buccale est normale.
Le trajet de fermeture buccale est normal, pas de craquements au niveau des ATM.

- **A la palpation :**

La continuité des reliefs cutanés et osseux est respectée.
La palpation des aires ganglionnaires ne montre aucune adénopathie.

8.3. Examen endo-buccal :

- **Hygiène buccale** : mauvaise.
- **Examen de la denture** : - les dents caries : 16,12,25,34 ,35,45,46.

  - les dents absentes :18,28,37,38,48.

  _les dents obturées: 17 ;15,26,36,47.
- **Examen des muqueuses**:

Le plancher buccal, le voile du palais, la face interne des joues sont d'aspect normal
La présence d'une ulcération au niveau de la muqueuse alvéolaire supérieure droite ,la muqueuse labiale inférieure.

- **Examen de la lésion** :

Figure 58 : Aphte banal chez une jeune fille 22ans sur la muqueuse labiale inférieure,et la muqueuse alvéolaire supérieure droite(Service pathologie buccale CHU Tizi Ouzou 2019)

- **Siège :** la muqueuse alvéolaire supérieur droite, la muqueuse labiale inférieure.
- **Date d'apparition**: depuis 03 jours
- **Mode d 'apparition :** apparition d ' emblée
- **La taille :** 3mm
- **La forme :** ovalaire.
- **La base :** non indurée.
- **Contours :** entourée d ' un halo-érythémateux
- **Les bords:** réguliers
- **Nombre :** 02

- **La couleur :** le contour de la lésion :enflammé, et la lésion est blanchâtre
- **Caractère :** récidivante.

Etiologie : troubles de cycle menstruel, la fatigue.

8.4. Examens complémentaires : pas demandé

8.5. Prise en charge :

Diagnostic	Aphte banal au niveau de la muqueuse alvéolaire supérieure droite et la muqueuse labiale inférieure.
Traitement préventif	- Motivation à l'hygiène bucco-dentaire, tout en montrant à la patient la technique correcte du brossage. - Insister sur la fréquence et la durée du brossage (3 fois par jour pendant 2-3min pour chaque brossage). Avec une brosse à dents très souple. - Conseiller la patiente d'éviter les nourritures dures et trop épicées. - Conseiller la patiente de lutter contre la fatigue et le stress.
Traitement Curatif	- Anesthésie de contact en application locale avec un coton-tige. - Prescription de Eludril BDB 3fois par jours pendant une semaine. Prescription du vitamine C 1g CP : 1 Cp/jour pendant 3 semaine - Prescription du Urgo-aphte : En application locale, Une application 2x/j
Contrôle	1 er RDV: : : programmée après une semaine de traitement. mais la patiente n ' est pas revenue pour le contrôle. 2 eme RDV : la patiente s'est absentée.

9. Cas N°09 :

9.1 Présentation du cas :

Il s'agit de la patiente I. Lamia âgée de 40 ans, femme au foyer, résidente à boumerdes qui s'est présentée à notre service pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou pour une gêne fonctionnelle.

A l'interrogatoire, la patiente ne rapporte aucune pathologie d'ordre général, ni antécédents médicaux et/ ou chirurgicaux personnels, ni un problème d'allergie.

La patiente nous a rapporté que l'ulcération dont elle se plaint est survenue il y'a 02 jours, et elle a déclaré qu'elle a l'habitude d'avoir ce genre de lésion au période de stress.

La patiente nous a précisé qu'elle ne présente aucune lésion semblable dans les autres parties de son corps.

9.2. Examen exo-buccal :

Aucune manifestation pathologique n'a été note à l'examen exo buccal.

9.3. Examen endo-buccal :

- **Hygiène buccale** : insuffisante.
- **Examen de la denture** : - les dents caries : 26, 36, 37,46

  - les dents absentes : 24,25
  -les dents obturées : 16,44

- **Examen des muqueuses** :

On note une gencive enflammée et une ulcération unique sur la face interne de la lèvre supérieure en regard de la 23.

- **Examen de la lésion :**

Figure 59 : Aphte banal sur la face interne de la lèvre supérieur

(Service pathologie buccale chu Tizi ouzou 2019)

- **Siège :** la face interne de la lèvre supérieur en regard de la 23
- **Date d'apparition :** depuis 02 jours.
- **Mode d'apparition :** une petite macule en 1er jour puis elle est devenue une ulcération.
- **La taille :** 2 mm.
  La forme : arrondie
- **La base :** non indurée.
- **Contours :** entourée d'un halo-érythémateux.
- **Les bords :** réguliers.
- **Nombre :** 01.
- **La couleur :** le contour de la lésion : enflammé, et la lésion est blanchâtre.
- **Caractère :** récidivant.

Etiologie : stress, facteurs hormonaux et fatigue

9.4. Examen complémentaire : pas demandé

9.5. Prise en charge :

Diagnostic	Aphte banal au niveau de la lèvre supérieure.
Traitement préventif	- Motivation à l'hygiène bucco-dentaire, tout en montrant à la patient la technique correcte du brossage. - Insister sur la fréquence et la durée du brossage (3 fois par jour pendant 2-3min pour chaque brossage). Avec une brosse à dents très souple. - Conseiller la patiente d'éviter les nourritures dures et trop épicées. - Conseiller la patiente de lutter contre la fatigue et le stress.
Traitement Curatif	- Anesthésie de contact en application locale avec un coton-tige. - Prescription de Eludril BDB 3fois par jours pendant une semaine. Prescription du vitamine C 1g CP : 1 Cp/jour pendant 3 semaine - Prescription du Urgo-aphte : En application locale, Une application 2x/j
Contrôle	1 er RDV: : : programmée après une semaine de traitement. Il y'avait une cicatrisation complète. 2 eme RDV : la patiente s'est absentée.

Figure 60 : Cicatrisation complète de la lésion.

10. Cas N°10 :

10.1. Présentation du cas :

Il s'agit de la patiente I. Wassila âgée de 35 ans, femme au foyer, résidente àTizi Ouzou qui s'est présentée à notre service pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou pour une gêne fonctionnelle et douleurs au toucher.

A l'interrogatoire, la patiente ne rapporte aucune pathologie d'ordre général, ni antécédents médicaux et/ ou chirurgicaux personnels ou familiaux.

La patiente nous a rapporté que l'ulcération dont elle se plaint est survenue il y'a 02 jours.

10.2. Examen exo-buccal :

Aucune manifestation pathologique n'a été note à l'examen exo buccal.

10.3. Examen endo-buccal :

- **Hygiène buccale**: très insuffisante.
- **Examen de la denture** : - les dents caries : 15, 16,26

  - les dents absentes : 0
  -les dents obturees : 46

- **Examen des muqueuses** :

On note une Gingivite enflammée, et des petites ulcérations sur la muqueuse alvéolaire inferieur en regard de la 33.

- **Examen de la lésion :**

Figure 61 : Aphte banal sur la muqueuse alvéolaire inferieur

(Service pathologie buccale chu Tizi ouzou 2019).

- **Siège :** sur la muqueuse alvéolaire en regard de la 33
- **Date d'apparition :** depuis 02 jours.
- **Mode d'apparition :** apparition d'emblée.
- **La taille :** 2 mm.
- **La forme :**arrondie.
- **La base :** non indurée.
- **Contours :** entourée d'un halo-érythémateux.
- **Les bords :** réguliers.
- **Nombre :** 02.
- **La couleur :**le contour de la lésion : enflammé, et le fond est jaunâtre
- **Caractère :** récidivant.
- **Etiologie :** stress, facteurs hormonaux. Et fatigue.

10.4. Examen complémentaire: pas demandé

10.5. Prise en charge :

Diagnostic	Aphtose banale au niveau de la muqueuse alvéolaire inférieure.
Traitement préventif	- Motivation à l'hygiène bucco-dentaire, tout en montrant à la patient la technique correcte du brossage. - Insister sur la fréquence et la durée du brossage (3 fois par jour pendant 2-3min pour chaque brossage). Avec une brosse à dents très souple. - Conseiller la patiente d'éviter les nourritures dures et trop épicées. - Conseiller la patiente de lutter contre la fatigue et le stress.
Traitement Curatif	- Anesthésie de contact en application locale avec un coton-tige. - Prescription de Eludril BDB 3fois par jours pendant une semaine. Prescription du vitamine C 1g CP : 1 Cp/jour pendant 3 semaine - Prescription du Urgo-aphte : En application locale, Une application 2x/j
Contrôle	1 er RDV: : Après 7 jours de traitement, cicatrisation complète de la lésion.

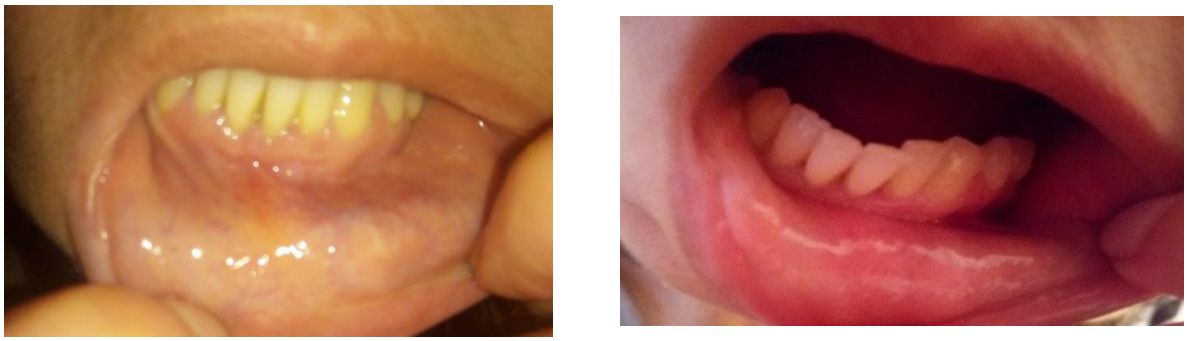


Figure 62 : Cicatrisation complète de la lésion après une semaine.

(Service pathologie buccale chu Tizi ouzou 2019).

11. Cas N°11 :

11.1. Présentation du cas :

Il s'agit de la patiente B. Fatma âgée de 54 ans, femme au foyer, résidente àTizi Ouzou qui s'est présentée à notre service pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou pour une gêne fonctionnelle et douleursau toucher.

A l'interrogatoire, la patiente présente HTA, elle est sous ATENOLOL.

La patiente nous a rapporté que l'ulcération dont elle se plaint est survenue il y'a 03 jours

La patiente nous a précisé qu'elle ne présente aucune lésion semblable dans les autres parties de son corps.

11.2. Examen exo-buccal :

Aucune manifestation pathologique n'a été note à l'examen exo buccal.

11.3. Examen endo-buccal :

- **Hygiène buccale**: très insuffisante.
- **Examen de la denture** : - les dents caries : 13, 25,47

  - les dents absentes : 16,35
  -les dents obtures : 12,14 ,36

- **Examen des muqueuses** :

Ulcération sur la face interne de la lèvre inferieur

- **Examen de la lésion :**

Figure 63 : Aphte banal au niveau de la lèvre inferieur.

(Service pathologie buccale chu Tizi ouzou 2019).

- **Siège :** la face interne de la lèvre inferieur.
- **Date d'apparition :** depuis 03 jours.
- **Mode d'apparition :** apparition d'emblée.
- **La taille :** 2 mm.

- **La forme :** ovalaire.
- **La base :** non indurée.
- **Contours :** entourée d'un halo-érythémateux.
- **Les bords :** réguliers.
- **Nombre :** 03.
- **La couleur :** le contour de la lésion : enflammé, et le fond est blanchâtre.
- **Etiologie :** inconnue.

11.4. Examen complémentaire: pas demandé

11.5. Prise en charge :

Diagnostic	Aphte banal au niveau de la lèvre inférieure.
Traitement préventif	- Motivation à l'hygiène bucco-dentaire, tout en montrant à la patient la technique correcte du brossage. - Insister sur la fréquence et la durée du brossage (3 fois par jour pendant 2-3min pour chaque brossage). Avec une brosse à dents très souple. - Conseiller la patiente d'éviter les nourritures dures et trop épicées. - Conseiller la patiente de lutter contre la fatigue et le stress.
Traitement Curatif	- Anesthésie de contact en application locale avec un coton-tige. - Prescription de Eludril BDB 3fois par jours pendant une semaine. Prescription du vitamine C 1g CP : 1 Cp/jour pendant 3 semaine - Prescription du Urgo-aphte : En application locale, Une application 2x/j
Contrôle	1 er RDV: La patiente s'est absentée.

12. Cas N°12 :

12.1. Présentation du cas :

Il s'agit de la patiente B. Malika âgée de56 ans, femme au foyer, résidente àTizi Ouzou qui s'est présentée à notre service pathologie et de chirurgie buccale CHU Tizi Ouzou pour une gêne fonctionnelle et douleurs au toucher.

A l'interrogatoire, la patiente ne rapporte aucune pathologie d'ordre général, ni antécédents médicaux et/ ou chirurgicaux personnels ou familiaux, ni un problème d'allergie.

La patiente nous a rapporté que l'ulcération dont elle se plaint est survenue il y'a 03 jours après avoir porté d'une prothèse amovible en résine.

La patiente nous a précisé qu'elle n'a jamais eu ce genre de lésion et qu'elle ne présente aucune lésion semblable dans les autres parties de son corps.

12.2. Examen exo-buccal :

Aucune manifestation pathologique n'a été note à l'examen exo buccal.

12.3. Examen endo-buccal :

- **Hygiène buccale**: très insuffisante.
- **Examen de la denture** :

Endentement totale supérieur.

- **Examen des muqueuses** :

Trois petites ulcérations ; deux siégeant de part et d'autre de frein médian supérieur et une sur la face vestibulaire de la crête supérieur.

- **Examen de la lésion :**

Figure 64: Aphte banal de la fibro muqueuse.
(Service pathologie buccale chu Tizi ouzou 2019)

- **Siège** : 2 siégeant de part et d'autre de frein médian supérieur et 1 sur la face vestibulaire de l'arcade supérieur
- **Date d'apparition** : 1 jour après l'apport de la prothèse totale en résine
- **Mode d'apparition :** d'emblée.
- **La taille :** 1mm
- **la forme :** ovalaires

- **Le fond :** non induré
- **La base :** jaunâtre
- **Contours :** entourer d'un halo érythémateuse
- **Les bords** : régulière
- **Nombre** : 3
- **Etat des muqueuses qui entourent de la lésion** : enflammees
- **Douleur :** spontanée et provoquée
- **Etiologie :** prothèse mal faite.

12.4. Examen complémentaire: pas demandé

12.5. Prise en charge :

Aphte banal de la fibro muqueuse.

Diagnostic	Aphtose banale au niveau de la muqueuse alvéolaire supérieure.
Traitement préventif	- Eliminer les épines irritatives de la prothèse. -Eviter de porter la prothèse dentaire à base de résine, pendant deux ou trois jours - Motivation à l'hygiène bucco-dentaire, tout en montrant à la patient la technique correcte du brossage. - Insister sur la fréquence et la durée du brossage (3 fois par jour pendant 2-3min pour chaque brossage). Avec une brosse à dents très souple. -Eviter la nourriture trop dure, trop irritante et trop épicée.
Traitement Curatif	- Anesthésie de contact en application locale avec un coton-tige. - Prescription de Eludril BDB 3fois par jours pendant une semaine. -Prescription de : -lidocaine en gel a 2% - Prescription de vitamine C 1g : 1 comprimé une fois par jour pendant une semaine.
Contrôle	1 er RDV: : programmée après une semaine de traitement, mais la patiente n'est pas revenue pour le contrôle.

13. Cas N°13 :

13.1 Présentation du cas :

Il s'agit de la patiente B. Lydia âgée de 24 ans, étudiante, résidente à Bordj-mnaiel qui s'est présentée au service parodontologie de CHU Tizi Ouzou pour une gêne fonctionnelle et douleurs au toucher.
A l'interrogatoire, la patiente ne rapporte aucune pathologie d'ordre général, ni antécédents médicaux et/ ou chirurgicaux personnels ou familiaux, ni un problème d'allergie.
La patiente n'est pas un sujet alcoolique ou fumeur.
La patiente nous a rapporté que l'ulcération dont elle se plaint est survenue il y'a 04 jours .
La patiente nous a précisé qu'elle ne présente aucune lésion semblable dans les autres parties de son corps, et qu'elle a déjà fait des extractions dentaires ainsi que des restaurations dentaires.

13.2. Examen exo-buccal :

- A l'inspection :

Les téguments de recouvrement sont d'aspect normal, et ne présentent aucune particularité.
La symétrie faciale est conservée.
L'amplitude de l'ouverture buccale est diminuée.
Le trajet de fermeture buccale est normal, pas de craquements au niveau des ATM.

- A la palpation :

La continuité des reliefs cutanés et osseux est respectée.
La palpation des aires ganglionnaires ne montre aucune adénopathie.

13.3. Examen endo-buccal :

- **Hygiène buccale** : insuffisante.
- **Examen de la denture** :
  - les dents caries : 16, 26 .
  - les dents absentes : 47 , 37
  - les dents obtures : 46 ,36

Figure 65 : Aphte banal sur la ligne muco-gingivale inferieur chez une patiente de 24 ans (Service parodontologie CHU Tizi-ouzou)

- **Examen des muqueuses** :

Gingivite débutante localisé au incisivo-canin inferieur et la 26-27
Le plancher buccal, le voile du palais, la face interne des joues sont d'aspect normal
La présence d'une ulcération au niveau de la ligne muco-gingivale inferieur et frein médian inferieur .

- **Examen de la lésion** :

- **Siège :** au niveau de frein labial inferieur et la ligne muco-gingivale .
- **Date d'apparition :** depuis 04 jours.
- **Mode d'apparition :** apparition d'emblée.
- **La taille :** 3 mm et 1 mm .
- **La forme :** ovalaire.
- **La base :** non indurée.
- **Contours :** entourée d'un halo-érythémateux.
- **Les bords :** réguliers.

- **Nombre : 02.**

- **La couleur :** le contour de la lésion : enflammé, et la lésion est blanchâtre.
- **Caractère :** récidivant.
- **Etiologie :** stress, facteurs hormonaux, et la fatigue.

13.4. Examen complémentaire : pas demandé

13.5. Prise en charge :

Diagnostic	Aphte banal au niveau de la ligne muco-gingivale de la lèvre inférieure.
Traitement préventif	- Motivation à l'hygiène bucco-dentaire, tout en montrant à la patient la technique correcte du brossage. - Insister sur la fréquence et la durée du brossage (3 fois par jour pendant 2-3min pour chaque brossage). Avec une brosse à dents très souple. - Conseiller la patiente d'éviter les nourritures dures et trop épicées. - Conseiller la patiente de lutter contre la fatigue et le stress.
Traitement Curatif	- Anesthésie de contact en application locale avec un coton-tige. - Prescription de Eludril BDB 3fois par jours pendant une semaine. Prescription du vitamine C 1g CP : 1 Cp/jour pendant 3 semaine - Prescription du Urgo-aphte : En application locale, Une application 2x/j
Contrôle	1 er RDV: Une semaine après, il y'avait une guérison de la lésion.

Figure 66 : Guérison de l'aphte banal
(Service parodontologie CHU Tizi-ouzou)

14. Cas N°14 :

14.1 Présentation du cas :

Il s'agit de la patiente G .Alaa âgée de 11 ans , résidente à Alger qui s'est présentée à notre service pathologie et de chirurgie buccale CHU Tizi Ouzou pour une gêne fonctionnelle et douleurs au toucher.

A l'interrogatoire, les parents de la patiente ne rapportent aucune pathologie d'ordre général, ni antécédents médicaux et/ ou chirurgicaux personnels ou familiaux, ni un problème d'allergie.

Les parents de la patiente nous ont rapporté que l'ulcération dont elle se plaint est survenue il y'a 03 jours, et qu'elle a le caractère récidivant.

les parents de la patiente nous ont précisé qu'elle ne présente aucune lésion semblable dans les autres parties de son corps, et qu'elle a déjà fait des extractions dentaires ainsi que des restaurations dentaires.

14.2. Examen exo-buccal :

- **A l'inspection :**

Les téguments de recouvrement sont d'aspect normal, et ne présentent aucune particularité.
La symétrie faciale est conservée.
L'amplitude de l'ouverture buccale est normal.
Le trajet de fermeture buccale est normal, pas de craquements au niveau des ATM.

- **A la palpation :**

La continuité des reliefs cutanés et osseux est respectée.
La palpation des aires ganglionnaires ne montre aucune adénopathie.

14.3. Examen endo-buccal :

- **Hygiène buccale** : non suffisante.
- **Examen de la denture** :

  - les dents caries : 46 , 36

- **Examen des muqueuses :**

Le plancher buccal, le voile du palais, la face interne des joues sont d'aspect normal
La présence d'une ulcération au niveau de la face interne de la lèvre inférieure.

Figure 67 : Aphte commun au niveau de fond de vestibule chez une patiente de 11 ans (Service pathologie buccale CHU Tizi ouzou 2019)

Examen de la lésion :

- **Siège :** au niveau de fond de vestibule postérieur .
- **Date d'apparition :** depuis 03 jours.
- **Mode d'apparition :** apparition d'emblée.
- **La taille :** 03 mm.
- **La forme :** ovalaire .
- **La base :** non indurée.
- **Contours :** entourée d'un halo-érythémateux.
- **Les bords :** réguliers.
- **Nombre :** 01 .
- **La couleur :** le contour de la lésion enflammé avec un fond blanchâtre.
- **Caractère :** sporadique .
- **Etiologie :** stress, et la fatigue.

14.4. Examen complémentaire : pas demandé.

14.5. Prise en charge :

Diagnostic	Aphte banal au niveau de de fond de vestibule postérieur inférieur.
Traitement préventif	- Motivation à l'hygiène bucco-dentaire, tout en montrant à la patient la technique correcte du brossage. - Insister sur la fréquence et la durée du brossage (3 fois par jour pendant 2-3min pour chaque brossage). Avec une brosse à dents très souple. - Conseiller la patiente d'éviter les nourritures dures et trop épicées. - Conseiller la patiente de lutter contre la fatigue et le stress.
Traitement Curatif	- Anesthésie de contact en application locale avec un coton-tige. - Prescription de Eludril BDB 3fois par jours pendant une semaine. Prescription du vitamine C 1g CP : 1 Cp/jour pendant 3 semaine - Prescription du Urgo-aphte : En application locale, Une application 2x/j
Contrôle	1 er RDV: **:** programmée après une semaine de traitement, mais la patiente n'est pas revenue pour le contrôle.

15. Cas N°15 :

15.1 Présentation du cas :

Il s'agit de la patiente X âgée de 26 mois, résidente à Larabaa nithirthen qui s'est présentée au service pédiatrie de CHU Tizi-ouzou pour une gêne fonctionnelle et douleurs au toucher.
A l'interrogatoire, la maman de la patiente ne rapporte aucune pathologie d'ordre général, ni antécédents médicaux et/ ou chirurgicaux personnels ou familiaux, ni un problème d'allergie.
La maman nous a rapporté que son enfant se plaint des vésicules multiples buccales il y'a 03 jours, et qu'il a le caractère récidivant.
Lors de l'examen clinique, le pédiatre ne révèle aucune lésion semblable dans les autres parties de son corps.

15.2. Examen exo-buccal :

- **A l'inspection :**

Les téguments de recouvrement sont d'aspect normal, et ne présentent aucune particularité.
La symétrie faciale est conservée.

- **A la palpation :**

La continuité des reliefs cutanés et osseux est respectée.
La palpation des aires ganglionnaires ne montre aucune adénopathie.

15.3. Examen endo-buccal :

- **Examen de la denture** : pas de particularités
- **Examen des muqueuses :**

La présence des ulcération disséminées sur presque toute la cavité buccale.

Figure 68 : Gigivostomatite herpétique chez un enfant âgé de 26 mois (Service pédiatrie CHU tizi-ouzou 2019)

- **Examen de la lésion :**

- **Siège :** au niveau de la muqueuse labiale supérieure et inférieure, la langue.
- **Date d'apparition :** depuis 03 jours.
- **Mode d'apparition :** apparition d'emblée.
- **La taille :** 1 à 2 mm.
- **La forme :** ronde .
- **La base :** non indurée.
- **Les bords :** réguliers.
- N**ombre :** multiple ulcérations**.**

- **La couleur :** blanchâtre.
- **Caractère :** récidivant.
- **Etiologie :** virale.

15.4. Examen complémentaire : pas demandé

15.5. Prise en charge :

Diagnostic	Gingivo-stomatite herpétique**.**
Traitement préventif	- - Motivation à l'hygiène bucco-dentaire, tout en montrant à la maman de la patiente d'utiliser une compresse humide et la faire nettoyer la cavité buccale après chaque repas .
Traitement Curatif	- prescription de l'aciclovir sirop une cuillère à café 5x/j pendant une semaine -Application locale du glycérol et /ou du daktarin
Contrôle	1 er RDV: **:** programmée après une semaine de traitement, mais la patiente n'est pas revenue pour le contrôle.

16. Cas N°16 :

16.1 Présentation du cas :

Il s'agit de la patiente H.A âgé de 37 ans, fonctionnaire, résident à Tizi Ouzou qui s'est présenté à notre service pathologie et de chirurgie buccale CHU Tizi Ouzou pour une gêne fonctionnelle et douleurs au toucher, ainsi que des douleurs dentaires.

A l'interrogatoire, le patient rapporte qu'il souffre de la maladie de Behçet, et qu'il est sous colchicine

Le patient nous a rapporté que l'ulcération dont elle se plaint est survenue il y'a 05 jours, et qu'elle a le caractère récidivant.

4.2. Examen exo-buccal :

- **A l'inspection :**

Les téguments de recouvrement sont d'aspect normal, et ne présentent aucune particularité.

La symétrie faciale est conservée.

L'amplitude de l'ouverture buccale est normale.

Le trajet de fermeture buccale est normal, pas de craquements au niveau des ATM.

- **A la palpation :**

La continuité des reliefs cutanés et osseux est respectée.

La palpation des aires ganglionnaires ne montre aucune adénopathie.

16.3. Examen endo-buccal :

- **Hygiène buccale** : insuffisante.
- **Examen de la denture** : - les dents cariées : 14, 25,

- les dents absentes : 37, 38 -les dents obturées : 36, 15

- Examen des muqueuses :

Le plancher buccal, le voile du palais, la face interne des joues sont d'aspect normal
La présence d'une ulcération au niveau de la face interne de la lèvre supérieure, et dans le bord antérieur de la langue.

- Examen de la lésion :

Figure 69 : Aphtose buccale chez un homme souffrant de la maladie de Behçet (Service pathologie buccale chu Tizi ouzou 2019)

- **Siège :** au niveau de la lèvre inférieure.
- **Date d'apparition :** depuis 05 jours.
- **Mode d'apparition :** apparition d'emblée.
- **La taille** : 3.5 mm.
- **La forme :** ovalaire.
- **La base :** non indurée.
- **Contours :** entourée d'un halo-érythémateux.
- **Les bords :** réguliers.
- **Nombre :** 02.
- **La couleur :** le contour de la lésion : enflammé, et la lésion est blanchâtre.
- **Caractère :** récidivant.

- **Etiologie :** maladie de Behçet.

16.4. Examen complémentaire : pas demandé

16.5. Prise en charge :

Diagnostic	Aphtose buccale due à la maladie de Behçet.
Traitement préventif	- Motivation à l'hygiène bucco-dentaire, tout en montrant à la patient la technique correcte du brossage. - Insister sur la fréquence et la durée du brossage (3 fois par jour pendant 2-3min pour chaque brossage). Avec une brosse à dents très souple. - Conseiller le patient d'éviter les nourritures dures et trop épicées. - Conseiller le patient de bien suivre les recommandations du médecin traitant. - Conseiller le patient de lutter contre la fatigue et le stress.
Traitement Curatif	- Anesthésie de contact en application locale avec un coton-tige. - Prescription de Eludril BDB 3fois par jours pendant une semaine. Prescription du vitamine C 1g CP : 1 Cp/jour pendant 3 semaine - Prescription du Urgo-aphte : En application locale, Une application 2x/j
Contrôle	1 er RDV: **:** programmée après une semaine de traitement, mais le patient n'est pas revenue pour le contrôle.

Conclusion de la partie clinique :

Après avoir étudié ces cas cliniques, nous avons constaté que la majorité des patients qui ont consulté pour l'aphtose buccale souffrent des récidives fréquentes de ce type de lésions, la guérison est souvent de règle après un traitement bien conduit, la plupart de ces patients présentent une hygiène buccale insuffisante D'où la nécessité d'opter pour une hygiène rigoureuse tout en minimisant au maximum les facteurs de risques évoqués dans ces cas qui susceptibles de déclencher des aphtoses buccales.

CONCLUSION

Le diagnostic positif de l'aphtose est relativement simple mais parfois, lorsque la lésion est atypique, le diagnostic différentiel s'élargit et il devient compliqué d'affirmer qu'il s'agit uniquement d'un aphte et non pas d'une autre forme d'ulcération, ou d'une manifestation d'une maladie systémique. C'est pourquoi, face à une lésion ulcéreuse de la muqueuse buccale, le médecin dentiste doit rester prudent et établir un diagnostic précis, de manière à ne pas passer à côté d'une lésion révélant une pathologie plus grave. Nous avons souhaité effectuer ce travail afin d'approfondir nos connaissances sur ce type de lésions de la muqueuse buccale et pouvoir proposer des solutions thérapeutiques pour les différentes formes des aphtoses buccales. La littérature et les cas cliniques réalisés nous ont permis de faire ressortir des trois idées qu'on a résumé dans les petits paragraphes suivants :

* L'étiologie des aphtes est multifactorielle, avec des facteurs favorisants qui peuvent varier d'un patient à l'autre.De ce fait, aucun traitement curatif réellement satisfaisant n'est mis en place pour le moment, et le praticien se contente de traiter la symptomatologie des lésions, en réduisant la douleur et la durée des poussées de manière à soulager le patient en attendant la disparition de l'ulcération.

* Dans la majorité des cas un traitement local est suffisant, à base d'antiseptiques, d'anesthésiques, de corticoïdes ou autres molécules. Cependant, selon la sévérité de l'atteinte, un traitement systémique peut être nécessaire. On s'orientera alors vers les corticostéroïdes, le thalidomide, la colchicine ou d'autres encore.

* Dans tous les cas, une remise en état complète de la sphère buccale est indispensable (hygiène rigoureuse, soins dentaires, extractions dentaires et réhabilitation prothétique si nécessaire). Récemment, l'utilisation du laser dans le traitement des aphtes a fait ses preuves, permettant d'accélérer la guérison mais aussi d'empêcher la récurrence des lésions, sans entraîner d'effets indésirables.

BIBLIOGRAPHE:

1. Auriol MM., Le Charpentier Y. Histologie de la muqueuse buccale et des maxillaires ; encyclopédie médico-chirurgicale 22-07-M-10 ; 2014.

2. Beauvillain de Montreuil C, Tessier MH, Billet J. Pathologie bénigne de la muqueuse buccale. EMC - Oto-Rhino-Laryngol. mars 2012;7(1):1-21.

3. Ben Slama L, Brygo A ,Husson-buic C, HüttenBerger B , Kuffer R ,Lombardi T , MalardO, Mercier H ,Plantier F , Tessier MH , vaillant L , et Vincent. Pathologie de la muqueuse, Claude Beauvillain de Moutreuil Jacques Billet 2009

4. Boucebha S. Le milieu buccal: caractéristique, physiques, chimiques et biologiques; Université d'Alger 2015.

5. Boufatit , cours de 4 éme année pathologie-bucco-dentaire ,université de tizi-ouzou ,faculté de médecine ,département chirurgie dentaire ,Prise en charge des Hémopathies en odontostomatologie , Novembre 2015.

6. Cherbi S, Wierzba CB, Manifestations buccales des maladies systémiques : La maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique, AOS 2009 ;246:113-127

7. Chiheb S, Chakib A, Lakhdar H. Maladie de Behçet. Ann Dermatol Vénéréologie. 2003;130:657-63.

8. Coulon J-P, Piette E. Aphtes banals, aphtose buccale récidivante et maladie de Behçet. EMC Elsevier Masson SAS Paris. Stomatologie.2007; 22-050-N-10. Médecine buccale. 2008; 28-280-V-10.

9. Coulon JP. Pathologies nutritionnelles et métabolique ; pathologie du tissu conjonctif.

10. Dahan L, traitement des aphtes au laser : une alternative aux différentes solutions thérapeutiques existantes. Université de Nice, année 2017, n°42---57---17---07

11. Duvivier A, dermatologie du praticien, Paris, flammanon,1995.

12. Ejeil A-L, Dridi S-M. Ulcération unique : démarche diagnostique. Revue d'odontostomatologie. 2011;40:305-31.

13. Goldberg M. Histologie de la muqueuse buccale. EMC, Médecine buccale 2014,9(2) : 1-20(article 28-120-M-10).

14. Hofer M. Syndrome PFAPA : ce que nous a appris la cohorte Europeenne. Rev Rhum Monogr. Fevr 2012;79(1):38-41.

15. Houman M,.Bel feki N. Physiopathologie de la maladie de Behçet et. Revue de médecine interne 2013

16. Kaddour A. Adénopathie cervico-faciale , année universitaire 2017-2018 chu Mustapha bacha

17. Kuffer.R, Lombardi.T,HUSSON-BUI C, Samson J. la muqueuse buccale de la clinique au traitement .Edition MED'com.2009.

18'. Laskaris G. Atlas de poche des maladies buccales .Paris, France:Flammarion Medecine---Sciences;2007.xiii+370p.

18. LAUTOUR A.
Abrégé d'anatomie dentaire . Paris : Masson 1992-264p
19. Mao S, colloque sur les aphtes. Service de pathologie et chirurgie buccale CHU Mustapha Bacha. 2017

20. Marteau P, Allez M, Jian R. Maladie de Crohn. EMC--- Traite Medecine AKOS.avr 2013;8(2):1-8.

21. Michel B, Pulvermacker B, Bertolus C, Couly G. Stomatites du nourrisson et de l'enfant. J Pediatrie Puericulture. Sept 2003;16(5):267-80.

22. Mvibudulu. B. thèse : éléments d'anatomie topographique pour le futur chirurgien dentiste, année 2016,universite Touleuse lll.

23. Lenourichel V, Les aphtes buccaux : diagnostics et traitements. Thèse d'exercice odontologie : Lyon1 : 1997.
24. Obstetar P, Physiopathologie, diagnostic et traitement des aphtoses buccales mineures universite claude bernard-lyon i u.f.r. d'odontologie Année 2014 THESE N° 2014 LYO 1D065
25. Parent D, Vaillant L. Aphtes, aphtoses, maladie de Behçet. EMC Dermatologie 2008;98-838-A-10:1-19.
26. Peenaert M, thèse aphte et pathologies associées, faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques de Lille. année universitaire 2016-2017

27. Pellat B. salives et milieu buccal. EMC (Elsevier Masson SAS, paris), Médecine buccale, 28-150-H-10, 2010.

28. Piette E, Reychler H eds. Traité de pathologies buccale et maxillofaciale. Bruxelles : De Boeck-Université, 1991 : 627-775.

29. Piette E. Stomatites bactériennes « non spécifiques ». In: EMC Médecine.

30. Piette, Retychler, traité de pathologies buccale et maxillo-faciale. bruxelles, universite ,1991

31. Quemoun AC. Homéopathie guide pratique: La référence pour se soigner simplement et naturellement grâce à l'homéopathie. Leduc.s Éditions; 2010. 333 p. De Behcet. EMC --- Traite Medecine AKOS. Janv 2012;7(1):1-6
32.SaintJean M, Tessier MH, Barbarot S, Billet J, Stalder JF. Pathologie buccade l'enfant. An n Dermatol Vénéréologie. déc 2010;137(12):823-37.

33. Sirieix P. L'apport de l'homéopathie dans le traitement de l'aphtose buccale récidivante (ABR). Homéopathie Européenne 2000 ; 4 :111-8.

34. Stephan J-L, Aphtose buccale récidivante, « pas à pas 2013 ».2013;10(2):16-17
35. Szpirglas H, Ben Slama L ,collection :Atlas en Stomatologie 08/1999

36. Thi Huong Du L, Wechsler B, Cordoliani F, Bletry O, Piette JC, Balafrej M et al. Fièvre prolongée inexpliquée et révélatrice d'une maladie de Behçet. Sem Hôp Paris 1990 ; 66 : 578-580
37. Touraine A. L'aphtose. Bull Soc Fr Derm Syph 1941 ; 48 : 61-101
38. Touraine R et revuz J , dermatologie clinique et venereologie .4e ed ,paris masson 1997

39. Vaillant L, Bernez A, Aphtes et aphtoses EMC.traité medecine AKOS.janv 2009,4(3) :17.

40.Vaillant L, Goga D, AjacquesJ—-C,Ben SlamaL ,Boisnic S. Dermatologie buccale .Paris: Doin;1997.

41. Vaillant L, Samimi M. Aphtes et ulcérations buccales. Presse Médicale. Fév 2016;45(2):215–26.

42. Vidailhet B, Robin O et al. Salivation. EMC (Elsevier Masson SAS, paris), Stomatologie/ Odontologie 22-008-A-05, 2000,7p.
43. Vignon---Pennamen M---D, Wallach D. Dermatoses neutrophiliques. EMC--- Dermatol. Janv 2007;2(2):1-16.

LES RÉFÉRENCES EN ANGLAIS :

44'. Abbasi F, Raoof M, Khatami R, Shadman N, Borjian-Boroojeni F, Nazari F. Effectiveness of amlexanox and adcortyl for the treatment of recurrent aphthous ulcers. J Clin Exp Dent. 2016;0-0.
45. Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. *Dent Clin North Am* 2005;**49**:31-47.

46. Alposoy E,Durusoy C Yilmaz E ,Ozgurl , Y Ermis O , Yazar S ,Basaran E. Interferon alfa-2a in the treatment of behcet disease a:randomized placebo-controlled and double-blind Study.Arch Dermatol 2002;138:467-71

47. Altaei DT. Topical lavender oil for the treatment of recurrent aphthous ulceration. American Journal of Dentistry. 2012;25(1):39-43

48. Altenburg A, El---Haj N,MicheliC,PuttkammerM,Abdel---NaserMB,ZouboulisCC.The treatment of chronic recurrent oral aphthous ulcers. Dtsch Arztebl Int. 3 oct 2014;111(40):665-73.

49.Bradbury AW, Milne AA, Murie JA. Surgical aspects of Behçet's disease. *Br J Surg* 1994;**81**:1712-21.

50. Babaee N, Zabihi E, Mohseni S, Moghadamnia AA. Evaluation of the therapeutic effects of Aloe vera gel on minor recurrent aphthous stomatitis. Dent Res J. août 2012;9(4):381.

51. Baroni A, Capristo C, Rossiello L, et al. Lingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease) Int J Dermatol 2006;45:1096-7

52. Brocklehurst P, Tickle M, Glenny A-M, Lewis M A, Pemberton M N, Taylor J et al, Systemic interventions for recurrent aphthous stomatitis (mouth ulcers) ,The Cochrane Library. 2012;12:9

53. Cheng S, Murphy R. Refractory aphthous ulceration treated with thalidomide: a report of 10 years' clinical experience. Clinical and experimental dermatology. 2012;37(2):132-5

54. Cherednichenko G, Zhang R, Bannister RA, Timofeyev V, Li N, Fritsch EB, et al. Triclosan impairs excitation-contraction coupling and Ca2+ dynamics in striated muscle. Proc Natl Acad Sci. 28 août 2012;109(35):14158-63.

55. Ferguson MM, Wray D, Carmichael HA, Russell RI, Lee FD. Coeliac disease associated with recurrent aphthae. Gut. 1980;21(3):223–226.

56. Field EA, Brookes V, Tyldesley WR. Recurrent aphthous ulceration in children: a review. *Int J Paediatr Dent* 1992;**2**:1-0.

57. Haghpanah P,Moghadamnia AA, Zarghami A, Motallebnejad M. Muco---bioadhesive containing ginger officinale extract in the management of recurrent aphthous stomatitis:A randomized clinical study.Casp J Intern Med. 2015;6(1):3-8.

58. Herranz P, Arribas J r., Navarro A, Peña J m., González J, Rubio F a., et al. Successful treatment of aphthous ulcerations in AIDS patients using topical granulocyte-macrophage colony-stimulating factor. Br J Dermatol. 1 janv 2000;142(1):171-6

59. Huang S, Delacroix I, Labrousse D, A rare case of cytomegalovirus induced oral ulcer in an immunocompromised patient. Publié 23 Février 2019, consulté 01/05/2019

60. International Study Group for Behçet's dis- ease. Criteria for diagnosis of Behçet's dis- ease. Lancet 1990;335:1078–80.

61. Jurge S, Buffer R, Scully C, et al. Recurrent aphthous stomatitis. Oral Dis 2006;12:1–21.

62. Karthikeyan P, Aswath N. Stress as an etiologic co-factor in recurrent aphthous ulcers and oral lichen planus. J Oral Sci. 2016;58(2):237-40.

63. Katsanos KH, Torres J, Roda G, Brygo A, Delaporte E, Colombel J-F. Review article: non-malignant oral manifestations in inflammatory bowel diseases. Aliment Pharmacol Ther. juill 2015;42(1):40-60.

64. Mansour G, Ouda S, Shaker A, Abdallah HM. Clinical efficacy of new aloe vera- and myrrh-based oral mucoadhesive gels in the management of minor recurrent aphthous stomatitis: a randomized, double-blind, vehicle-controlled study. J Oral Pathol Med. juill 2014;43(6):405-9.

65. Lehner T, Barnes CG. Recent advances in Behçet’s disease. London : Royal Society of Medicine, 1979

66. Ma R, Chen H, Zhou T, Chen X, Wang C, Chen Y, et al. Effect of bedtime on recurrent aphthous stomatitis in college students. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. févr 2015;119(2):196-201.e2.

67. Mays JW, Sarmadi M, Moutsopoulos NM. Oral manifestations of systemic autoimmune and inflammatory diseases: diagnosis and clinical management. JEvid Based Dent Pract. 2012;12(3):265–282.

68. Miles A, et al. Triamcinolone acteonide versus chlorhexidine for tretment of recurrent stomatitis. Oral SurgOral Med Oral Pathol. 1993;75:397-402.

69. MillsMP, Mackler BF, Nelms DC, Peavy DL. Quantitative distribution of inflammatory cells in recurrent aphthous stomatitis. *J Dent Res* 1980; 59:562-6.

70. Mousavi F, Mojaver YN, Asadzadeh M, Mirzazadeh M. Homeopathic treatment of minor aphthous ulcer: a randomized, placebo-controlled clinical trial. Homeopathy. juill 2009;98(3):137-41.

71. Natah SS, KonttinenYT,Enattah NS, Ashammakhi N, Sharkey KA, Hayrinen—ImmonenR. Recurrent aphthous ulcers today: a review of the growing knowledge. IntJ Oral Maxillofac Surg. Avr 2004;33(3):221-34.

72. Nolan A, Baillie C, Badminton J, Rudralingham M, Seymour RA. The efficacy of topical hyaluronic acid in the management of recurrent aphthous ulceration. J Oral Pathol Med. 2006;35(8):461–465.

73. Oral & maxillofacial pathology. Philadelphie ,Etats---Unis d'Amerique : Saunders Elsevier; 2009. xvi+968 p.

74. Quijano D, Rodríguez M. Topical corticosteroids in recurrent aphthous stomatitis. Systematic review. Acta otorrinolaringologica espanola. 2008;59(6):298-307.

74. Scully C, PorterS. Oral mucosal disease: recurrent aphthous stomatitis BrJ Oral Maxillo fac Surg. avr2008;46(3):198-206.

76. Scapp JP, Brooke RI. Intranuclear inclusion bodies in recurrent aphthous ulcers with a herpetiform pattern. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1977;43:416-21.

77. Sawair. Does smoking really protect from recurrent aphthous stomatitis? Ther Clin Risk Manag. nov 2010;573.

78. Saxen MA, Ambrosius WT, Rehemtula A-KF, Russell AL, Eckert GJ. Sustained relief of oral aphthous ulcer pain from topical diclofenac in hyaluronan: A randomized, double-blind clinical trial. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology. oct 1997;84(4):356-61.

79. Scott T, Stephen J, Rajesh V. Reduced dietry intake of vitamin B12 and folate in patients with recurrent aphthous stomatitis. Journal of Oral Pathology and Medicine. 2010;39(5):420-3

80. Shim Y, Choi J-H, Ahn H-J, Kwon J-S. Effect of sodium lauryl sulfate on recurrent aphthous stomatitis: a randomized controlled clinical trial: Sodium lauryl sulfate and aphthous stomatitis. Oral Dis. oct 2012;18(7):655-60.

81. Skaare AB, Herlofson BB, Barkvoll P al. Mouthrinses containing triclosan reduce the incidence of recurrent aphthous ulcers (RAU). J Clin Periodontol. 1996;23(8):778–781.

82. Ślebioda Z, Szponar E, Kowalska A. Recurrent aphthous stomatitis: genetic aspects of etiology. Adv Dermatol Allergol. 2013;2:96-102

83. Ślebioda Z, Szponar E, Kowalska A. Etiopathogenesis of Recurrent Aphthous Stomatitis and the Role of Immunologic Aspects: Literature Review. Arch Immunol Ther Exp (Warsz). juin 2014;62(3):205-15 280-V-10.

84. Stenman G, Heyden G. Premonitory stages of recurrent aphthous stomatitis. I. Histological and enzyme histochemical investigations.
85. Sutton Jr. RL. Recurrent scarring painful aphthae. Amelioration with sulfathiazole in two cases. *JAMA* 1941;117:175-6.

86. Zhou Y, Chen Q, Meng W, Jiang L, Wang Z, Liu J et al. Evaluation of penicillin G potassium troches in the treatment of minor recurrent aphthous ulceration in a Chinese cohort: a randomized, double-blinded, placebo and no-treatment-controlled, multicenter clinical trial. Oral Surgery, Oral medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics. 2010;109(4):561-566

LES SITES WEB :

87. Ali NS, Sartori-Valinotti JC, Bruce AJ. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis (PFAPA) Syndrome. Clin Dermatol [Internet]. 2016 [cité 21 oct 2016]; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X16300530. consulté le 23/04/2019

88. Aphthae (recurrent aphthous stomatitis) - Oral and Maxillofacial Medicine (Third Edition) - 34 [Internet]. [cité 2 oct 2016]. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com.doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/B9780702049484000349. consulté le 17/04/2019

89. BELIZNA C, PISTORIUS MA, PLANCHON B, BRIGNON P, FALLER B. SYNDROME MAGIC ET ANTICORPS ANTICARDIOLIPINES. Httpswww---Em------Prem---Comdocadisups--Tlsefrdatarevues03980499002800015512 [Internet]. 20 mars 2008 [cite 1sept 2015]; Disponible sur: https://www---em------premium---com.docadis.ups---tlse.fr/article/124969/resultatrecherche/1. Consulté le 01/05/2019.

90. Clinical assessment of the therapeutic effect of low---level laser therapy on chronic recurrent aphthous stomatitis.---PubMed---NCBI[Internet].[cite17aout2015].Disponible sur: https://www---ncbi---nlm---nih---gov.docadis.ups--- tlse.fr/pubmed/26019580 consulté le 17/04/2019

91. EPPE P. Aphtes et aphtose chronique [Internet]. 2005 [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://www.biodenth.be/publications/aphtes2.pdf. consulté le 17/04/2019

92. Galeotti C, Georgin-Lavialle S, Sarrabay G, Touitou I, Koné-Paut I. Le déficit en mévalonate kinase en 2016. Rev Médecine Interne [Internet]. 2016 [cité 21 oct 2016]; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866316305331. consulté le 17/04/2019

93. Garcia C. L'Homéopathie Bucco-Dentaire. Dossier d'Odontostomatologie Homéopathique. 2006 ; http://www.homeoint.org/seror/odonto/garciabucco.htm. consulté le 23/04/2019

94. Genius Nd:YAG Laser (1064 nm)---B&Co---High Tech Laser [Internet].[cite12 nov2015]. Disponible sur: http://www.hightechlaser.nl/bco/view/fr/509034- --Genius+Nd%3AYAG+Laser+(1064+nm)+.html. consulté le 23/04/2019

95. OCCETS. Médicament émergent Amlexanox [Internet]. 2001 [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: https://www.cadth.ca/media/pdf/108_No1_amlexanox_edrug_f.pdf. consulté le 23/04/2019

96. Illet J, Malard O, Tessier MH, Montreuil CB de. Pathologie de la muqueuse buccale. Https: www-Em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatatraitesor20-35785 consulté le 10/04/2019

97. Peglion A. Classification clinique des érosions et ulcérations : quand le chirurgien dentiste doit-il s'inquiéter ? - . 5 juin 2013, consulté le 10/04/2019, disponible sur: www.dumas.ccsd.cnrs.fr

98. Viguier M, Fouere S,PascalF, Morel P. Aphtose miliaire :5cas. Https www.em-consule.comTlsefrdatarevues01519638012708-- consulté le 10/04/

98. Maisongrosse S Prise en charge de l'aphtose bucco pharyngée récidivante: étude clinique dans la région Midi-Pyrénées. Thèse de docotrat en médecine dentaire, Universite Toulouse Iii - Paul Sabatier Faculte De Chirurgie Dentaire, 2015

La liste des abréviations :

ABR :aphtose buccale récidivante
ACTH : Adéno Cortico Tropic Hormone
ADN : Acide désoxyribonucléique
ATP : adénosine triphosphate
BDB :bain de bouche
CD : Cluster de différeciation
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CO2 : dioxyde de carbone
CP : comprimé
F : femme
FNS : Numérotation de la formule sanguine
GH : Growth Hormone
GMPC : Guanosine monophosphate cyclique
H : Homme
HLA : human leukocyte antigen (les antigens des leucocytes humains)
HSP : heat schock proteins
IL : Interleukine
LGL : Large glanular lymphocyte
LP : lichen plan
MAGIC : mouth and genital ulcers with inflamed cartilage
MC : maladie de chron
MICI : Maladies inflamatoires chroniques de l'intistin
MVK : mévalonate kinase
NO : monocyte d'azote
ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste
PAS : periodic acid schiff
PFAPA :Péridic Fever Aphthous stpmatitis pharyngitis adenitis
PH : potentiel hydrogène
PRP : plasma riche en plaquette
RDV : Rendez Vous
RNP :ribonucléoproteine
RCH : Réctocolite hémorragique
SSB: single strand binding protein
TNF : tumor necrosis factor
VCAM: vascular cell adhesion molécule

VIH :virus de l'immunodéficience humain
VS : vitesse de sédimentation

Les Annexes

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Anatomie topographique de la muqueuse buccale.....02
Figure 2: : Muqueuse masticatrice (palais) (Auriol et al, 1998).....03
Figure 3 : Muqueuse bordante (lèvre inférieure) (Auriol et al, 1998).....03
Figure 4 : Muqueuse spécialisée du dos de la langue (Auriol et al, 1998).....04
Figure 5 : schéma explicatif d'une coupe histologique de la muqueuse buccale. 05
Figure 6 : Organisation histologique de l'épithélium kératinisé et non kératinisé.....06
Figure 7 : Structure de la membrane basale.. 06
Figure 8 : Répartition de la prévalence la maladie de Behçet dans le monde. Les chiffres représentent des taux de prévalence pour 100 000 habitants.. 16
Figure 9 : Hypothèse sur l'étiologie des aphtes.. 24
Figure 10 : aphte arrondie, bord régulier, fond jaune, halo rouge.....25
Figure 11 : Histologie (X250) aphte buccal ;lésion vasculaire.....26
Figure 12 : Aphte banal sur le bord de la langue 27
Figure 13 : Aphtes multiples simultanés (gencive).. 27
Figure 14 : Aphtoses miliaire, lèvre supérieure et joue 28
Figure 15 : Aphtose géante sur le palais et lèvre inferieure. 29
Figure 16 : Aphte pharyngien dans une aphtose buccale Récidivante. 36
Figure 17 : Aphtes scrotaux dans une maladie de Behçet 36
Figure 18 : Atteinte oculaire (iritis) dans une maladie de Behçet 37
Figure 19 : Manifestations buccales: parodontopathie eet ulcère aphtoide linéaire profonds.....40
Figure 20 : : Manifestations buccales (des lésions aphteuses) chez un malade atteint de la rectodite hémorragique.....42
Figure 21 : Plateau d'examen clinique en médecine dentaire.....46
Figure 22 : Schéma éclaté de la muqueuse buccale 47
Figure 23 : Erythème polymorphe.....49
Figure 24 : Syphilis secondaire.....50
Figure 25 : Herpangine.....50
Figure 26 : Agranulocytose. 51
Figure 27 : Lichen plan érosif de la face dorsale de la langue. 51
Figure 28 : Ulcération traumatique du bord de la langue due à la dent 46(obturation débordante).....52
Figure 29 : : Aphte de Bednard du voile du palais chez un nourrisson.....52
Figure 30 : Lupus érythémateux systémique.ulcération aphtoïde du palais.....53
Figure 31 : Pyodermite chancriforme.....55
Figure 32 : Sialométaplasie nécrosante.. 55
Figure 33 : Lymphome Bse haute malignité du pilier antérieur du voile du palais.....56
Figure 34 : Carcinome epidermoide.. 56
Figure 35 : Herpès de primo-infection.. 57
Figure 36 : Schéma résumant les différents volets du traitement de l'aphtose buccale.....59
Figure 37 : Les différents types de lasers.....68
Figure 38 : représentation graphique du sexe des malades de l'enquête.. 71
Figure 39 : représentation graphique des malades de l'enquête selon leur âge.....72
Figure 40 : : représentation graphique de la localisation des aphtes chez malades de l'enquête.. 72

Figure 41 : représentation graphique des facteurs de risques chez malades de l'enquête.....73
Figure 42 : Aphte localisé sur le plancher buccal chez un patiente de 60 ans.....77
Figure 43 : Examen Endo buccal chez une femme de 60 ans.. 78
Figure 44 : Aphtose banale chez une femme de 60 ans.. 78
Figure 45 : Les valeurs de l'examen biologique sont normales......79
Figure 46 : Aucune particularité sur la radiographie panoramique.. 80
Figure 47 : Plateau d'examen clinique.....81
Figure 48 : Hygiène buccale très acceptable chez une jeune fille de 25ans......82
Figure 49 : Les muqueuses sont d'aspect normal chez une jeune fille de 25ans.. 82
Figure 50 : l'existence de la lésion avant et après le traitement ODF chez une jeune fille de 25ans.. .83
Figure 51 : L'évolution de la l'aphte banal chez une jeune fille de 25ans.. 83
Figure 52 : : Photographie d'un aphte sur la muqueuse labiale inferieur.....85
Figure 53 : Cicatrisation complète sans séquelles après une semaine.....86
Figure 54 : Aphte banal sur la face interne de la lèvre inférieure chez un homme de 35 ans.. 88
Figure 55 : Aphte banal sur la face interne de la lèvre inférieure chez un homme de 35 ans.. 90
Figure 56 : Aphte banal chez une femme 25 ans sur la face interne de la lèvre inferieure.. 94
Figure 57 : : Aphte banal chez une fille 5ans sur la muqueuse alvéolaire inférieure gauche.....95
Figure 58 : Aphte banal chez une jeune fille 22ans sur la muqueuse labiale inférieure,et la muqueuse alvéolaire supérieure droite.. 97
Figure 59 : Aphte banal sur la face interne de la lèvre supérieur.. 99
Figure 60 : Cicatrisation complète de la lésion 101
Figure 61 : Aphte banal sur la muqueuse alvéolaire inferieur.....102
Figure 62 : Cicatrisation complète de la lésion après une semaine.....103
Figure 63 : Aphte banal au niveau de la lèvre inferieur... 104
Figure 64 : Aphte banal de la fibro muqueuse.. 106
Figure 65 : Aphte banal sur la ligne muco-gingivale inferieur chez une patiente de 24 ans.....109
Figure 66 : Guérison de l'aphte banal.. 110
Figure 67 : Aphte commun au niveau de fond de vestibule chez une patiente de 11 ans.. 112
Figure 68 : Gigivostomatite herpétique chez un enfant âgé de 26 mois.....114
Figure 69 : Aphtose buccale chez un homme souffrant de la maladie de Behçet.. 116

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les principaux critères des lésions élémentaires..... 11

Tableau 2 : les lésions élémentaires primaires. 12

Tableau 3 : les lésions élémentaires secondaires 13

Tableau 4 : Les différentes phases de l'anomalie inflammatoire et cellulaire observéesau cours de formation de l'aphte.. 22

Tableau 5 : Les différentes phases de l'anomalie inflammatoire et cellulaire au niveau du sang circulant 23

Tableau 6 : Les phases de formation de l'aphte..... 25

Tableau 7 : Tableau résumant la symptomatologie des aphtes. 30

Tableau 8 : Tableau résumant les caractéristiques des aphtoses buccales récurrentes. 33

Tableau 9 : les corticoïdes utilisés dans le traitement topique des aphtoses buccales……61

Tableau 10 : les différents types du traitement topique d'aphtose buccale……...…62

Tableau 11 : les différents types du traitement systémique d'aphtose buccale…….66

Tableau 12 : Tableau résumant les traitements proposés pour chaque forme d'aphtose buccale……..69

RESUME :

Bien que sans gravité au point de vue général, l'aphtose buccale est une affection de la muqueuse buccale qui affecte de façon importante la qualité de vie des patients. Si le diagnostic est le plus souvent évident à l'examen clinique ; l'interrogatoire et les examens complémentaires sont indispensables pour écarter les diagnostics différentiels et adresser si besoin aux professionnels de santé compétents. Ce travail a consisté à aborder toutes les notions scientifiques actuelles sur les aphtoses buccales en montrant l'intérêt que représente d'être vigilant face à l'apparition d'une aphtose récidivante, qui peut orienter le diagnostic vers une maladie générale. Le traitement doit mettre un terme à une aphtose devenue handicapante et évite l'évolution de la pathologie à des stades précoces en prévenant des conséquences plus sombres. Un travail clinique, réalisé au niveau du service de pathologie bucco-dentaire CHU Tizi Ouzou, sur quelques cas cliniques a permis d'illustrer et de décrire certaines formes de l'aphtose buccale, et de proposer un plan de traitement adéquat pour chaque cas clinique.

SUMMARY:

Although not generally serious, oral aphthosis is a condition of the oral mucous that significantly affects the quality of life of patients. If the diagnosis is most often obvious at the clinical examination; Interrogation and further examinations are essential to rule out differential diagnoses and, if necessary, to refer to competent health professionals. This work consisted in addressing all the current scientific notions on mouth aphthosis by showing the interest of being vigilant in the face of the appearance of recurrent aphthosis, which can direct the diagnosis towards a general illness. Treatment should stop an aphthosis that has become disabling and prevent the pathology from developing at an early stage by preventing darker consequences. Clinical work, carried out at the level of the department of oral pathology - CHU Tizi Ouzo, on some clinical cases made it possible to illustrate and describe certain forms of oral aphthosis, and to propose an adequate treatment plan for each clinical case.