

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

Université Mouloude MAMMERI
FACULTE DE MEDECINE
TIZI-OUZU



جامعة مولود معمري
كلية الطب
تيزي وزو

Département de Médecine Dentaire

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

N° d'Ordre :

Présenté et soutenu publiquement
Le 02/07/2018

En vue de l'obtention du Diplôme de Docteur en Médecine
Dentaire

Thème

Ulcérations uniques de la muqueuse buccale : étude clinique et évocations diagnostiques

Réalisé par :

M^{elle} BERKANI Katia
M^{elle} BOUGHAZILamia
M^{elle} SAIB Salima
M^{elle} ZAMOUM Katia
M^{elle} ZIBOUCHE Katia

Encadré par : Dr BOUFATIT .M
Maitre-assistant en PBD

Composition du jury :

Pr AMMENOUCHE, chef de service de PBD,
Présidente du jury.
Dr HERBANE, maitre-assistante en PBD,
Examinatrice
Dr MIMOUN, maitre-assistante en PBD,
Examinatrice

PROMOTION : 2017/2018

Remerciements



Avant tout propos, nous remercions "Dieu" le tout puissant qui nous a donné sagesse et santé pour faire ce modeste travail.

A l'issue de ce travail, nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à Dr BOUFATIM, maître-assistant en pathologies bucco-dentaires qui a dirigé les travaux de ce mémoire, nous le remercions vivement pour ses conseils, ses lectures et son soutien tout le long de la réalisation de ce travail.

Nous remercions très vivement Pr AMMENOUCHE pour nous avoir fait l'honneur de présider le jury.

Nous remercions également les membres du jury d'avoir accepté d'examiner et de juger le contenu de notre mémoire :

- ✓ **Dr HERBANE, pour avoir accepté de juger notre travail.**
- ✓ **Dr MIMOUN, pour avoir accepté de juger notre travail.**

Nous souhaitons remercier, toute l'équipe pédagogique de la faculté de médecine et du département de médecine dentaire.

Un grand merci à Dr DELLECI S, maxillo-faciale esthétique et réparation, pour son aide.



Dédicace



Je dédie ce modeste travail à :

Ames parents, aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de l'amour dont ils ne cessent de me combler. Que dieu leur procure bonne santé et longue vie.

L'homme de ma vie, mon exemple éternel, mon soutien moral et source de joie et de bonheur, celui qui s'est sacrifié pour me voir toujours réussir, à toi mon papa.

La lumière de mes jours, la source de mes forces, la plus belle femme au monde, ma vie et mon bonheur, maman que j'adore.

Samia ma très chère grande sœur, ma moitié qui me soutien toujours malgré la distance, je t'aime beaucoup.

Ma petite sœur Soraya, mon frère Brahim.

A mes amies avec qui je travaille Katia, Salima et Katia, Katia.

A mes amis et tous ceux qui me sont chers Yacine, Célia et Nawal, Katia.

A tous ceux qui m'ont soutenu de près ou de loin.

A mes enseignants, pour leurs générosités et grande patience dont ils ont su faire preuve.



Lamia
2018

Dédicace



Je dédie ce modeste travail à :

A mes parents, aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de l'amour dont ils ne cessent de me combler. Que dieu leurs procure bonne santé et longue vie.

A mes chers : Lydia, Lynda, Fateh et Sofiane pour leur amour, soutien moral et encouragement.

A mes petites sœurs que j'adore : Imane, Eline & Darine.

A tous mes ami(e)s, à tous ceux qui me sont cher(e)s, et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour que ce travail soit possible, je vous dis merci.



Katia B
2018

Dédicace



Je dédie ce modeste travail :

A mes chers parents, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes études.

A mes chères sœurs pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral.

A mon cher frère pour son appui et son encouragement.

**A ma nièce Maya et mon neveu Mamine.
A toute ma famille pour leurs soutient tout au long de mon parcours universitaire.**

A mes amis et tous ceux qui me sont chers.



Salima
2018

Dédicace



**Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour,
Le respect, la reconnaissance...**

Aussi, c'est tout simplement que je dédie ce travail à tous ce qui me sont très chers :

A mes chers parents, aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon instruction et mon bien être. Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que vous me portez depuis mon enfance. Puisse dieu, le très haut, vous accordez santé, bonheur et longue vie.

A mes 02 chers grands frères, pour leurs encouragements, leurs soutiens permanant, pour toute la complicité et l'entente qui nous unissent,

A ma belle sœurette ferroudja,

A mes chères grands-mères, longue vie pour elles. A

ma grande famille, mes cousins et cousines.

A mes cher ami(e)s : B. Sofiane, à celles avec qui j'ai partagé ce travail : Salima, Katia, Katia, Lamia, à mina et saby et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour que ce travail soit possible.



L'Amour. X

2018

Dédicace



Je dédie ce travail à ceux qui me sont les plus chers au monde.....

**A mon cher papa Rachid, à ma chère maman Roza
Merci pour vos sacrifices le long de ces années, merci pour votre présence rassurante. Vous avez toujours été pour moi la lumière qui me guide dans les moments les plus obscurs.**

**En témoignage des profonds liens qui nous unissent
veuillez trouver à travers ce travail l'expression de mon grand amour, mon attachement et ma profonde reconnaissance.**

**A ma chère grand-mère Fatima
Puisse ce travail être pour vous le témoignage de mon respect.
Que dieu vous procure bonne santé et longue vie.**

**A mon cher frère Lyes, à ma chère sœur Siham
Merci pour votre générosité, vous n'avez pas cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études.**

Que dieu vous garde et vous accorde tout le bonheur

A tous mes amies, à tous mes camarades de promo et à tous mes enseignants du primaire, CEM, lycée et université



Zibouche ✕

2018

Liste des figures

Figure 1 : Epithélium kératinisé de la muqueuse palatine	4
Figure 2 : Epithélium buccal non kératinisé	4
Figure 3 : Histologie de la muqueuse masticatrice	5
Figure 4 : Histologie de la muqueuse bordante.....	6
Figure 5 : Palpation des aires ganglionnaires cervicale	9
Figure 6 : Plateau d'examen.....	9
Figure 7 : Protocole des trois cercles pour l'examen de la cavité buccale.....	10
Figure 8 : Examen du vestibule	11
Figure 9 : Examen de la face interne des joues.....	11
Figure 10 : Examen de la langue.....	12
Figure 11 : Examen du plancher buccal.....	12
Figure 12 : Examen de la voûte palatine.....	13
Figure 13 : Examen du voile du palais.....	13
Figure 14 : Examen de la denture	13
Figure 15 : Aphte mineur sur la muqueuse labiale (J.H35ans).....	21
Figure 16 : Aphte vulgaire sur le voile du palais (J .H 35 ans).....	21
Figure 17 : Aphte géant sur le bord lingual (J.F 25ans).....	21
Figure 18 : Ulcération traumatique au niveau du fond du vestibule supérieur due à une prothèse (J.H 42 ans).....	29
Figure 19 : Ulcération traumatique sur la muqueuse jugale en regard d'une dent délabrée (J.F 36ans).....	29
Figure 20 : Différentes illustrations cliniques d'ulcères éosinophiles oraux	31
Figure 21 : Carcinome épidermoïde siégeant sur le bord de la lèvre (H 55ans...)	34
Figure 22 : Lymphome malin non hodgkinien intra oral situé au-dessus de la première molaire maxillaire	37
Figure 23 : Granulome malin Centro-facial : ulcère et nécrose de la muqueuse palatine.....	39
Figure 24 : Chancre d'inoculation siégeant au niveau de la lèvre supérieure.....	41
Figure 25 : Syphilis secondaire : plaque muqueuse blanc-grisâtre entourée d'un halo rouge (J.H 28ans)	42

Liste des figures

Figure 26 : Gomme, perforation palatine.....	43
Figure 27 : Ulcération tuberculeuse sur le bord lingual.....	44
Figure 28 : Ulcération tuberculeuse jugale.....	44
Figure 29 : Frottis montrant des bacilles de koch colorées en rouge magenta avec, au centre, quelques leucocytes (coloration de ziehl,1250, immersion).....	45
Figure30 : Chancre d'inoculation gingival lymphoréticulose bénigne.....	47
Figure 31 : CMV, ulcération au niveau de la joue.....	48
Figure 32 : ulcération unique du au VIH.....	50
Figure 33 : Ulcère présent sur le bord latéral gauche de la langue.....	51
Figure 34 : Vue histologique caractéristique de l'histoplasmose.....	52
Figure 35 : Leishmaniose de la lèvre supérieure.....	53
Figure 36 : Horton : ulcération linguale.....	55
Figure 37 : granulomatose de <i>WEGENER</i> , large ulcération de la langue entourée d'une zone érythémateuse.....	57
Figure 38 : Sialométaplasie nécrosante du palais.....	58
Figure 39 : Ulcération sur la muqueuse jugale gauche.....	66
Figure 40 : Cicatrisation complète de l'ulcération traumatique.....	67
Figure 41 : Prothèse mal adaptée.....	68
Figure 42 : Ulcération unique au fond du vestibule.....	68
Figure 43 : Ulcération sur la muqueuse jugale droite.....	69
Figure 44 : Régression de l'aphte vulgaire.....	70
Figure 45 : Cicatrisation complète de la lésion.....	70
Figure 46 : Ulcération sur le bord lingual droit.....	71
Figure 47 : Bilan FNS.....	72
Figure 48 : Cicatrisation complète de l'aphte vulgaire.....	72
Figure 49 : Ulcération au fond du vestibule.....	73
Figure 50 : Ulcération unique sur la muqueuse jugale droite.....	74
Figure 51 : Ulcération sur la gencive attachée.....	75
Figure 52 : Régression de l'aphte géant.....	76
Figure53 : Cicatrisation de la lésion.....	76

Liste des figures

Figure 54 : Gel antiseptique et antalgique	76
Figure 55 : Ulcération sur la face interne de la lèvre supérieure... ..	77
Figure 56 : Régression de l'aphte commun... ..	78
Figure 57 : Lésion ulcéro-bourgeonnante au niveau mandibulaire gauche	79
Figure 58 : Radio panoramique montrant l'absence de l'atteinte osseuse	79
Figure 59 : Persistance de la lésion, absence de cicatrisation	80
Figure 60 : Ulcération sur la gencive marginale de la 16... ..	81
Figure 61 : Ulcération unique sur la face interne de la lèvre supérieure	82
Figure 62 : Ulcération complète de l'ulcération traumatique sans séquelle	82
Figure 63 : Ulcération sur la muqueuse jugale droite	83
Figure 64 : Ulcération sur la muqueuse alvéolaire supérieure de la 14... ..	84
Figure 65 : Bilan FNS	85
Figure 66 : Cicatrisation complète de l'ulcération traumatique.....	85
Figure 67 : Ulcération sur la muqueuse jugale droite	86
Figure 68 : Cicatrisation complète de l'ulcération traumatique côté droit	86
Figure 69 : Cicatrisation complète de l'ulcération traumatique côté gauche.....	86
Figure 70 : ulcération unique sur la muqueuse jugale gauche	87
Figure 71 : résultat du bilan FNS	88
Figure 72 : régression de l'aphte géant	88
Figure 73 : ulcération unique sur le versant vestibulaire de la crête supérieure gauche	88
Figure 74 : bilan FNS et Hba1c	89
Figure 75 : persistance de l'ulcération traumatique	89
Figure 76 : ulcération unique sur la muqueuse jugale gauche	90
Figure 77 : cicatrisation complète de l'ulcération traumatique	90
Figure 78 : : ulcération unique au niveau vestibule antéro-inferieur	91
Figure 79 : le panoramique montre l'absence de l'atteinte osseuse	92
Figure 80 : ulcération unique sur le voile du palais gauche.....	92
Figure 81 : ulcération unique sur la muqueuse jugale droite	94
Figure 82 : IRM de la muqueuse jugale	94

Liste des figures

Figure 83 : exérèse large de la tumeur	95
Figure 84 : après suture simple de la peau	95
Figure 85 : ulcération sur la face ventrale de la langue.....	96
Histogramme 1 : la répartition des cas selon le motif de consultation.....	61
Histogramme 2 : la répartition des cas selon le diagnostic	62
Histogramme 3 : l'efficacité des traitements.....	63
Histogramme 4 : la repartitions topographique des ulcérations	65
Secteur 1 : les patients contrôlés et non contrôlés	64

Liste des abréviations

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdiens

ANCA: anti neutrophilic cytoplasm antibody

Cm : centimètre.

CMV : Cytomégalovirus.

Cp : comprimé

ELISA : Enzyme-linked immunosorbent assay

FTA-abs: Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test.

g: gramme.

h : Heure.

HPV : Human Papillomavirus.

IDR : Intra dermo- réaction.

IFI : immunofluorescence indirecte.

IgG : Immunoglobuline de type G.

IM : Intra musculaire.

IRM : Imagerie par résonance magnétique.

IV : Intra veineuse.

j : Jour.

J-F : Jeune femme

J-H : Jeune homme.

LMNH : Lymphome Malin non-hodgkinien.

Lymphocyte B : Lymphocytes de Bourse de Fabricus.

Lymphocyte T : Lymphocyte de thymus.

ME : Microscope électronique.

Mg : Milligramme.

MGG: May-Grunwald Giemsa.

Min: Minute.

ml : millilitre.

MUI : Million d'unité internationale

Liste des abréviations

NK : Natural killer.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

PAS : Acide périodique Schiff.

PET scanner : Positron emission tomography.

PH : Potentiel d'hydrogène

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise.

TDM : Tomodensitométrie.

TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay.

UV: Ultra-violet

VDRL: Venereal Disease Research.

VIH : Virus d'immunodéficience humaine.

Sommaire

Abréviations

Sommaire

Introduction 1

Partie 1 : partie théorique

Chapitre 1 : Rappel anatomo-histologique de la muqueuse buccale et définitions des lésions élémentaires

I. Rappel anatomo-histologique de la muqueuse buccale	3
I.1. L'épithélium	3
I.1.1. Epithélium kératinisé	3
I.1.2. Epithélium non kératinisé	4
I.2. La membrane basale	4
I.3. Le chorion	5
I.4. La répartition topographique	5
I. 4.1 La muqueuse masticatrice	5
I.4.2 La muqueuse bordante	5
I. 4.3. La muqueuse spécialisé	6
II. Définitions des lésions élémentaires	6
II.1. Erosion	6
II.2. Ulcération	6
II.3. Chancre	6

Chapitre 2 : Examen clinique et examens complémentaires

I. Examen clinique	7
I.1. Anamnèse médicale	7
I.2. Examen exo buccal	8
I.2.1. Inspection	8
I.2.2. Palpation	8
I.3. Examen endo buccal	9
I.3.1. Examen des lèvres	10
I.3.2. Examen de la face interne des joues et le vestibule	10
I.3.3. Examen des gencives	11
I.3.4. Examen de la langue	11
I.3.5. Examen du plancher buccal	12

I.3.6. Examen de la voute palatine et du voile du palais	12
I.3.7. Examen de la denture	13
I.3.8. Examen de la lésion.....	14
II. Examens complémentaires	14
II.1. Photographie	14
II.2. Examen biologique	14
II.3. Biopsie	15
II.4. Auto-fluorescence	15
II.5. Examens bactériologiques	15
II.6. Examen sérologique.....	16
II.7. Immunofluorescence.....	16
II.8. L'imagerie médicale	16
II.9. Examen mycologique.....	17
II.10. Examen immun-histochimique	17

Chapitre 3 : Etude clinique des ulcérations uniques de la muqueuse buccale

I. Les aphtes	18
I.1. Définition	18
I.2. Etiologie	18
I.3. Histopathologie et physiopathologie.....	19
I.4. Aspect clinique	20
I.4.1. Aphte vulgaire	20
II.4.2. Aphte géant	21
II.4.3. Aphte miliaire	22
I.5. Diagnostic positif	22
I.6. Diagnostic différentiel.....	22
I.7. Traitement	23
I.7.1. Traitements oraux.....	23
I.7.2. Traitements locaux	23
II. Ulcérations traumatique	27
II.1. Définition	27
II.2. Etiologie.....	27
II.3. Aspect clinique.....	28
II.4. Diagnostic positif	29

II.5. Diagnostic différentiel	29
II.6. Traitement et pronostic	29
III. Ulcère eosinophilique	30
III.1. Définition.....	30
III.2. Etiologie.....	30
III.3. Histologie.....	30
III.4. Aspect clinique	30
III.5. Diagnostic positif.....	31
III.6. Diagnostic différentiel	31
III.7. Traitement et pronostic	32
IV. Ulcerations malignes.....	32
IV.1. Carcinome epidermoide	32
IV.1.1. Définition	32
IV.1.2. Etiologie	32
IV.1.3. Histopathologie et physiopathologie	33
IV.1.4. Aspect clinique.....	33
IV.1.5. Diagnostic positif	35
IV.1.6. Diagnostic différentiel.....	35
IV.1.7. Traitement et pronostic.....	36
IV.2. Lymphome non hodgkiniens.....	36
IV.2.1. Définition	36
IV.2.2. Etiologie	36
IV.2.3. Aspect clinique.....	37
IV.2.4. Diagnostic positif	38
IV.2.5. Diagnostic différentiel.....	38
IV.2.6. Traitement et pronostic.....	38
IV.3. Granulome malin Centro facial.....	38
IV.3.1. Définition	38
IV.3.2. Etiologie	38
IV.3.3. Histopathologie	39
IV.3.4. Aspect clinique.....	39
IV.3.5. Diagnostic positif	39
IV.3.6. Diagnostic différentiel.....	40

IV.3.7. Traitement et pronostic.....	40
V. ulcérations infectieuses	40
V.1. Bactériennes	40
V.1.1. Syphilis	40
V.1.1.1. Syphilis primaire	40
V.1.1.1.1. Signes cliniques	40
V.1.1.1.2. Diagnostic positif.....	41
V.1.1.2. Syphilis secondaire	41
V.1.1.2.1. Signes cliniques	41
V.1.1.2.2. Diagnostic positif.....	42
V.1.1.3. Syphilis tertiaire.....	42
V.1.1.3.1. Signes cliniques	42
V.1.2.3.2. Diagnostic positif.....	43
V.1.2.3.3 Traitement de la syphilis.....	43
V.1.2. Tuberculose	44
V.1.2.1. Signes cliniques	44
V.1.2.2. Histopathologie.....	44
V.1.2.3. Diagnostic positif.....	45
V.1.2.4. Diagnostic différentiel	45
V.1.2.5. Traitement.....	46
V.1.3. Maladie des griffes du chat.....	46
V.1.3.1. Signes cliniques	46
V.1.3.2. Diagnostic positif.....	47
V.1.3.3. diagnostic différentiel	47
V.1.3.4. Traitement.....	47
V.2. Virales	48
V.2.1. Cytomégalovirus.....	48
V.2.1.1. Signes cliniques	48
V.2.1.2. Diagnostic positif.....	48
V.2.1.3. Diagnostic différentiel	49
V.2.1.4. Traitement.....	49
V.2.2. Infection par le VIH.....	49
V.2.2.1. Signes cliniques	49

V.2.2.2. Diagnostic positif.....	50
V.2.2.3. Diagnostic différentiel	50
V.2.2.4. Traitement.....	51
V.3. Mycosiques.....	51
V.3.1. Histoplasmose.....	51
V.3.1.1. Signes cliniques	51
V.3.1.2. Histopathologie.....	51
V.3.1.3. Diagnostic positif.....	52
V.3.1.4. Diagnostic différentiel	52
V.3.1.5. Traitement.....	52
V.4. Parasitaire	53
V.4.1. Leishmaniose.....	53
V.4.1.1. Signes cliniques	53
V.4.1.2. Diagnostic positif.....	54
V.4.1.3. Diagnostic différentiel	54
V.4.1.4. Traitement.....	54
VI. Ulcérations liées a des vascularites.....	54
VI.1. Artérite a cellules géantes	54
VI.1.1. Signes cliniques.....	55
VI.1.2. Histopathologie	55
VI.1.3. Diagnostic positif	55
VI.1.4. Diagnostic différentiel.....	55
VI.1.5. Traitement	56
VI.2. Granulomatose de Wegener	56
VI.2.1. Signes cliniques.....	56
VI.2.2. Diagnostic positif	57
VI.2.3. Diagnostic différentiel.....	57
VI.2.4. Traitement	57
VII. Silométaplasie nécrosante.....	58
VII.1. Signes cliniques	58
VII.2. Histopathologie.....	58
VII.3. Diagnostic positif.....	59
VII.4. Diagnostic différentiel	59

VII.5. Traitement.....	59
------------------------	----

Partie pratique : ETUDE CLINIQUE ET EVOCATIONS DIAGNOSTIQUES

I. Etude clinique

I.1. INTRODUCTION	61
I.2. La répartition selon la topographie	61
I.3. La répartition selon le motif de consultation	62
I.4.. La répartition des ulcération selon le type	63
I.5. Le suivi des patients.....	64
I.6. La répartition selon la qualité de cicatrisation	64
II. Evocations diagnostiques	66
III. Conclusion	96

Conclusin générale.....	97
-------------------------	----

Références bibliographiques

Introduction

Introduction

Tout médecin dentiste peut se retrouver au cours de son exercice face à des pathologies de la muqueuse buccale, que ce soit suite à un examen clinique fortuit ou un motif de consultation de la part du patient.

Parmi ces pathologies dermatologiques on trouve les ulcérations de la muqueuse buccale qui sont souvent rencontrées et représentent un motif courant de consultation au cabinet dentaire, leurs origines ne sont pas toujours évidentes car leurs causes sont variées elle peuvent être locales mais également être dues à la manifestation de certaines pathologies générales et/ou à leur thérapeutiques comme la maladie de **WEGENER** et l'**Artérite à cellules géantes**... ce qui justifie la nécessité de la recherche d'une cause systémique lors de l'examen clinique.

Ces ulcérations peuvent être uniques ou multiples, bénignes ou malignes et sont très difficilement reconnaissable, d'où l'intérêt de déterminer avec précision les plaintes du patient, la nature, l'évolution, la durée et le caractère induré ou non de la lésion.

Les ulcérations de la muqueuse buccale se distinguent des autres lésions de type rouge ou blanche par leur caractère ulcéré, qui correspond à une atteinte histologique profonde allant jusqu'au chorion de la muqueuse buccale, par un fond jaunâtre et un halo inflammatoire rouge. Elles se caractérisent également par une grande variété d'étiologie, de symptômes et de signes subjectifs, de pronostics et de traitements.

Une ulcération buccale chronique et indolore doit faire éliminer un carcinome épidermoïde.

L'objectif de notre travail est de différencier les ulcérations bénignes des ulcérations malignes mais également de pouvoir diagnostiquer précocement les ulcérations malignes, et de savoir traiter et suivre les ulcérations bénignes.

Notre mémoire sera présenté en deux parties : la première est consacrée à la synthèse des connaissances bibliographiques comprenant trois chapitres :

- ✓ Rappel anatomo-histologique de la muqueuse buccale et définitions des lésions élémentaires.
- ✓ Diagnostic des ulcérations uniques de la muqueuse buccale.
- ✓ Etude des différentes ulcérations uniques de la muqueuse buccale et leur prise en charge.

La deuxième partie, comporte la partie expérimentale, composé de cas cliniques consultés et suivis au service de pathologie bucco-dentaire, CHU TIZI-OUZOU.

Partie
théorique

I. Rappel anatomo-histologique de la muqueuse buccale

La muqueuse buccale est la muqueuse qui revêt la paroi interne des lèvres et de la cavité buccale, elle est en continuité avec la peau à la jonction vermillon, elle se poursuit en arrière avec la muqueuse digestive (pharynx) et respiratoire (larynx)(9).

Elle recouvre les structures musculaires et osseuses de la cavité buccale, elle remplit différentes fonctions dont la principale est la protection des différents tissus qu'elle recouvre. Elle a une vascularisation très riche, possède un pouvoir bactériostatique spécifique mais augmenté par la salive, du mucus et de l'appareil lymphoïde, son innervation détermine la sensibilité tactile, gustative et thermique, elle possède également un pouvoir cicatrisant remarquable (100).

Celle-ci est constituée d'un épithélium malpighien reposant sur un tissu conjonctif appelé chorion dans la cavité buccale. La base de l'épithélium présente des reliefs plus au moins prononcés avec des crêtes épithéliales entourant des papilles conjonctives. La membrane basale sépare l'épithélium du chorion sous-jacent (3).

I.1. L'épithélium

L'épithélium de la muqueuse buccale est un épithélium pavimenteux pluristratifié, que l'on appelle épithélium malpighien (101). L'aspect histologique varie selon le degré de kératinisation (3).

I.1.1. Epithélium kératinisé

De la profondeur à la surface, quatre couches cellulaires sont distinguées :

- **La couche basale (*stratum germinativum*)** : se compose d'une ou deux couches de cellules cubiques en palissade avec un noyau fortement chromatique, elle renferme aussi quelques mélanocytes et des cellules dendritiques de langerhans. Elle est le seul endroit où l'on retrouve des mitoses à l'état normal.
- **La couche squameuse ou le corps muqueux de malpighi (*stratum spinosum*)** : est formée de 15 à 20 assises de cellules poly hydriques tendant à s'aplatir au fur et à mesure de leur ascension vers la surface.
- **La couche granuleuse (*stratum granulosum*)** : zone de transition correspondant à la maturation des kératinocytes et formés de cellules aplaties renfermant dans leurs cytoplasmes de fines granulations de kératohyaline (3).
- **La couche kératinisée (*stratum cameum*)** : est constituée de fines squames de kératine acidophile.(figure 1)

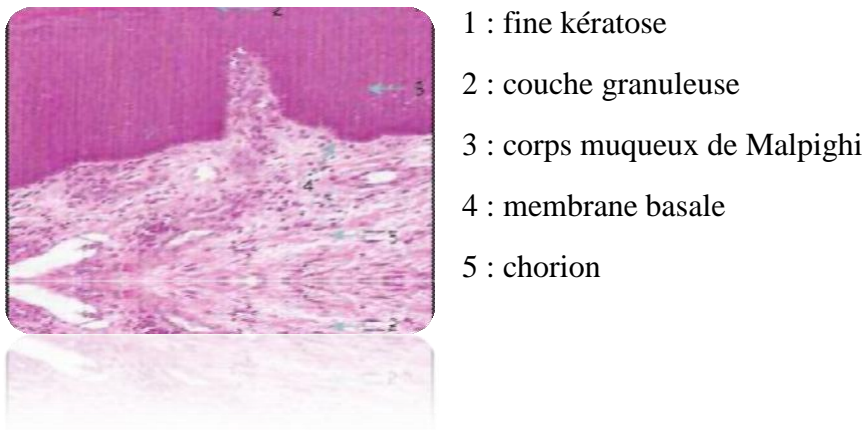


Figure 1 : Epithélium kératinisé de la muqueuse palatine (99)

I.1.2. Epithélium non kératinisé

Dans ces zones la couche granuleuse est absente. Les cellules conservent jusqu'à la surface, un noyau rond et leur cytoplasme renferme un glycogène abondant, acide périodique Schiff (PAS) positif. Il recouvre le versant muqueux des lèvres, des joues, le plancher buccal, la face ventrale de la langue et le voile du palais (3) (figure 2)

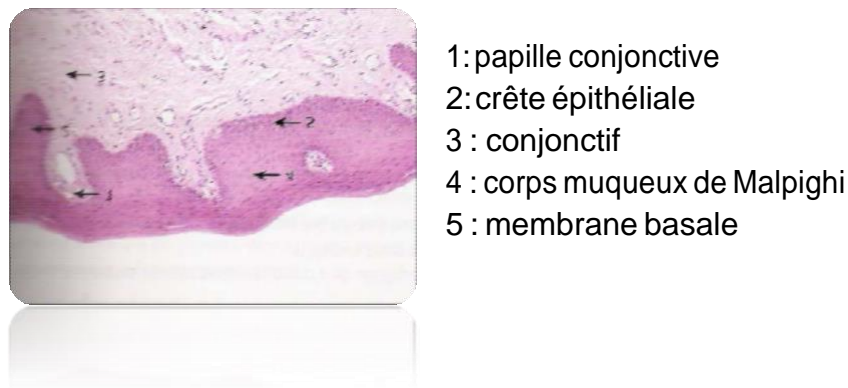


Figure 2 : Epithélium buccal non kératinisé (99)

I.2. La membrane basale

Elle constitue l'interface entre l'épithélium et le chorion, c'est une mince bandelette très fortement colorée par le PAS qui épouse les ondulations des crêtes épithéliales. Elle présente une structure complexe en ME (3), en y distingue : la lamina dura, la lamina lucida, les fibrilles d'encrage. Assure un rôle fondamental dans les échanges épithelio-conjonctifs, permettant l'attache de kératocytes, influant leur différenciation et leur renouvellement. Elle peut se modifier dans certaines circonstances pathologiques, et sa rupture est décisive dans l'invasion des cancers (8).

I.3. Le chorion :

Il est constitué par un tissu conjonctif fibro-élastique présentant des aspects variés selon les territoires. Il est lâche, richement vascularisé dans sa partie superficielle ou papillaire. Son abondance est responsable du relief de la muqueuse. Il renferme des glandes salivaires accessoires mixtes ou muqueuses et des terminaisons nerveuses(10).

I.4. La répartition topographique

Il est habituel de d'écrire trois types de muqueuse buccale en fonction de la topographie (3).

I.4.1 La muqueuse masticatrice

Elle tapisse la gencive et le palais dur, elle aide à la compression mécanique des aliments (8). L'épithélium gingival, kératinisé en surface, s'invagine en crêtes grêles et acuminés dans le chorion. Au niveau du palais, l'épithélium kératinisé présente, à sa base, des crêtes s'invaginant profondément dans un tissu conjonctif dense, fibrocollagène (3) (figure 3)

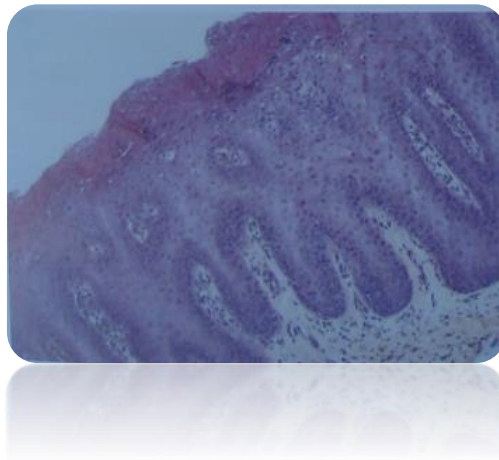


Figure 3 : histologie de la muqueuse masticatrice(3)

I.4.2 La muqueuse bordante

Elle est la plus large portion de la muqueuse buccale (8), dépourvue de couche granuleuse et présente des crêtes épithéliales basales peu accusées, le chorion est abondamment vascularisé, est uni par une sous-muqueuse lâche à la musculature sous-jacente (3). Elle revêt le versant muqueux des lèvres, des joues, du plancher, de la face ventrale de la langue et du palais mou, elle est flexible et se laisse détendre par les aliments (8) (figure 4)

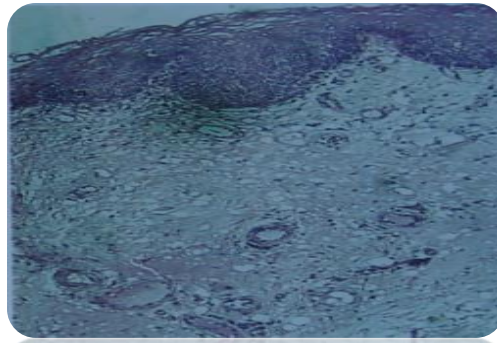


Figure 4 : histologie de la muqueuse bordante (3)

I.4.3. La muqueuse spécialisée :

Elle est cantonnée au dos de la langue et est kératinisée, elle s'individualise par la présence de nombreuses papilles intervenant dans la fonction gustative : papilles filiformes, papilles fongiforme, papilles calciformes, les bourgeons du goût, et les papilles foliées (8).

II. Définition des lésions élémentaires :

En dermatologie, la lésion élémentaire traduit, au plan morphologique, un processus lésionnel et permet une classification rationnelle de la pathologie. Dans la cavité buccale, on peut tenter une transposition des lésions élémentaires dermatologiques, mais celle de la muqueuse buccale sont rapidement modifiées par la présence de la salive qui dissocie les couches épithéliales, par les mouvements de la langue, les lèvres et les dents (3).

II.1. Définition de l'érosion :

Lésion élémentaire de la peau et de la muqueuse, caractérisée par une perte de substances circonscrite et superficielle n'intéressant que l'épithélium de revêtement et la partie superficielle du chorion habituellement post bulleuse, ou post traumatique, elle ne laisse pas de cicatrice (13).

II.2. Définition de l'ulcération :

Lésion élémentaire de la peau et de la muqueuse, caractérisée par une perte de substance plus au moins profonde, intéressant l'épithélium de surface et le tissu sous-jacent, l'atteinte peut aller jusqu'au chorion moyen ou profond et les cicatrices sont possibles (13).

II.3. Définition du chancre :

Le terme chancre est réservé à une érosion ou ulcération de nature infectieuse provoquée par la pénétration d'un micro-organisme ou d'un bacille spécifique (13).

I. Examen clinique

L'examen clinique demeure l'étape initiale essentielle dans l'approche diagnostique de toutes pathologies médicales(7). Il est aussi un atout majeur pour le dépistage précoce des cancers de la cavité buccale(20).

I.1. Anamnèse médicale

La consultation débute par un interrogatoire (2), il est le premier contact avec le patient, il s'agit d'une étape décisive qui permet d'orienter le diagnostic dès le départ, grâce à la qualité des informations recueillies, elle conditionne les rapports de confiance ultérieures avec les patients(7).

Les signes qui peuvent amener le patient à consulter:

- ✓ Des douleurs ou des brûlures.
- ✓ Des saignements.
- ✓ Une teinte inhabituelle dans une zone particulière.
- ✓ Une sensibilité aux aliments chauds ou acides.
- ✓ Une gêne fonctionnelle(100).

Après avoir enregistré les données concernant l'état civil (le nom, l'âge, profession...), très rapidement la question touchant au motif de consultation est posée (33).

En présence d'une ulcération unique, l'interrogatoire doit préciser :

- ✓ Les circonstances d'apparition : depuis quand est apparue la lésion, existe-t-il un évènement déclenchant, la lésion évolue-t-elle au cours de la journée ?
- ✓ Les modalités d'évolution : ulcération aiguë ou chronique donc qui persiste et qui n'a pas tendance à se cicatriser spontanément dans un délai de six semaines.
- ✓ La douleur est également un élément d'orientation qu'il faudra noter : en précisant le type de la douleur (spontanée, provoquée, de type brûlure, picotement, exacerbée par un évènement).
- ✓ L'existence d'une altération de l'état général (fièvre, fatigue, perte du poids ...) et des répercussions fonctionnelles telles que les difficultés de l'alimentation ou à la déglutition sont autant d'éléments à prendre en charge(5).
- ✓ L'existence d'un changement de coloration de la muqueuse.
- ✓ L'existence d'un écoulement qui peut être séreux, sanguinolent ou purulent.
- ✓ Mettre en évidence les antécédents médicaux et médico-chirurgicaux ainsi que l'état général du patient (pathologie cardio-vasculaire, digestive, rénale, endocriniennes...)
- ✓ Evoquer les habitudes nocives du patient telle que la consommation de l'alcool et/ou du tabac qui sont particulièrement importantes pour les lésions de la muqueuse buccale, il est aussi important de connaître l'ancienneté de ces habitudes nocives ainsi que la fréquence de consommation du tabac et/ou de l'alcool.

L'interrogatoire peut être ensuite repris, complété ou réorienté en fonction de l'examen clinique(2).

Classiquement, l'examen clinique en stomatologie est divisé en deux temps, l'un exo buccal (hors de la cavité buccale) l'autre endo-buccal concerne directement la bouche (106).

1.2. Examen exo buccal

Le patient est installé directement sur un fauteuil d'examen, un équipement adapté (éclairage de bonne qualité et instrumentation spécifique) (7).

1.2.1. Inspection

Elle débute, en réalité, dès l'interrogatoire, par l'observation de certains signes parfois évidents. Elle doit néanmoins se faire méthodiquement. La sphère cervico-faciale s'apprécie étage par étage. Sont analysées successivement :

- ✓ Les téguments : lésions cutanées, tumeurs, éruption, cicatrices.
- ✓ Les déformations sous-jacentes : de face, la région concernée est comparée à l'étage controlatéral. De profil, l'examen recherche un défaut de projection antéropostérieure d'un étage par rapport aux autres.
- ✓ La posture de la tête sur le cou, la motricité faciale (99).

1.2.2. Palpation

La palpation est une méthode d'examen visant à découvrir des zones du massif facial auxquelles correspondent des manifestations douloureuses ou anormales. Cela peut être une mobilité, une fracture, un déplacement ou bien une anomalie squelettique. Elle permet d'apprécier :

- La présence de douleurs provoquées, diffuses ou acquises.
- Les téguments, avec notamment température et mobilité par rapport aux plans sous-jacents.
- Les tissus sous-jacents : sous cutanés, musculaires, ganglionnaires... en précisant en cas de tuméfaction la consistance, la mobilité par rapport aux plans profonds.
- L'état des reliefs osseux.
- La sensibilité faciale.
- Les articulations temporo-mandibulaire(7).

La palpation doit suivre le squelette et doit se terminer par la palpation des aires ganglionnaires cervicales à la recherche d'adénopathies cervico-faciales(101).

L'examineur doit préciser le nombre d'adénopathies (unique ou poly adénopathies), leur siège (sous mental, sous mandibulaire), leur taille, leur consistances (indurée, souple), leur sensibilité (indolore, sensible ou hyperalgique), leur mobilité ou adhérence par rapport au plans superficiels et profonds et leurs évolutivités dans le temps et le caractère uni ou bilatérale(100). Une ou plusieurs adénopathies cervicales dures, indolores, fixées aux plans voisins et de volumes progressivement croissant doivent faire évoquer la possibilité d'une lésion maligne, surtout en cas de contexte éthylo-tabagique(99).



Figure 5 : palpation des aires ganglionnaires cervicales

1.3. Examen endo-buccal

La cavité buccale est facilement accessible à l'examen direct. L'examen des muqueuses doit se faire dans les meilleures conditions possibles, il doit répondre à une méthode stricte et soigneuse afin de n'ignorer aucune région anatomique et aucune lésion potentiellement dangereuse(2).

L'examen endo buccal nécessite que le patient soit en position assise, en décubitus dorsal, jambes allongées et doit retirer toute prothèse amovible, avec un bon éclairage et de bons instruments(101).



Figure 6 : plateau d'examen

L'ensemble des muqueuses doit être examiné puis la lésion elle-même(5), le protocole d'inspection des trois cercles, proposé par Road-Peterson et Restrup et adopté par l'OMS, couvre l'ensemble des régions anatomiques de la cavité buccale et de l'oropharynx (figure 7)

➤ **Cercle externe :**

- Commissures labiales et jonctions cutanéomuqueuses.
- Replis gingivaux-jugaux et labiaux.
- Faces internes des joues et des lèvres.

➤ Cercle moyen :

- Palais dur et palais mou.
- Zones rétro molaires.
- Faces internes des joues et de la mandibule.

➤ Cercle interne :

- Langue (bords, face inférieure et face dorsale)
- Plancher buccal.
- Piliers des amygdales(104)

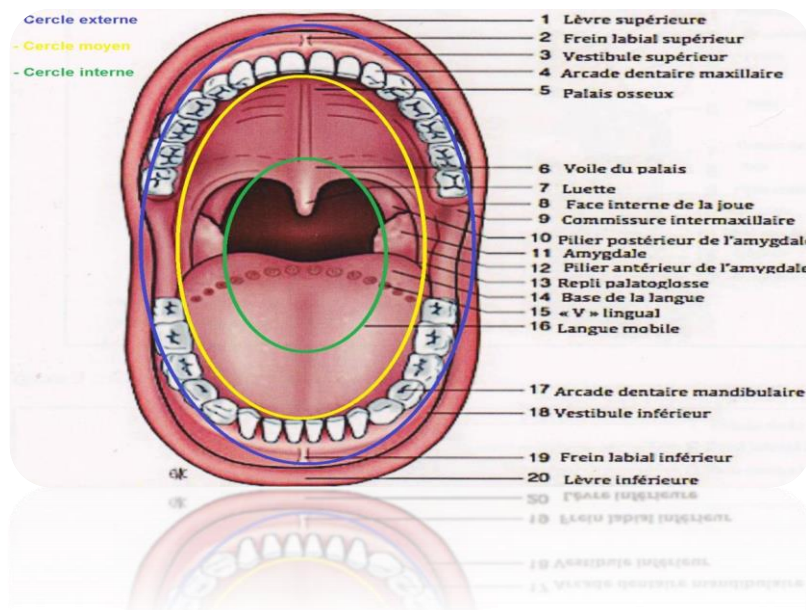


Figure 7 : Protocole des trois cercles pour l'examen de la cavité buccale (104).

1.2.3. Examens des lèvres

Il s'agit du premier temps d'examen lorsque le patient entrouvre les lèvres. A l'état statique, sont analysés la forme et les dimensions de l'orifice buccal, l'état de la muqueuse labiale (sécheresse...), la compétence labiale, alors que l'examen dynamique note principalement la tonicité labiale. Les freins labiaux sont examinés selon leurs aspects, leurs longueurs et leurs insertions(7).

1.2.4. Examen de la face interne des joues et du vestibule

Le miroir ou l'abaisse-langue permet d'exposer le fond des vestibules supérieurs et inférieurs(19), en dépliant la muqueuse de la joue et permet de visualiser la présence de lésions notamment d'ulcérations(20), cet examen apprécie également l'état de la muqueuse et de l'ostium du conduit parotidien(19). Il est important de ne pas oublier d'examiner la zone rétro-commissurale sur laquelle s'appuie l'abaisse-langue permettant d'écartier les joues, l'abaisse-langue devra être placé plus haut afin de pouvoir l'examiner(99)(figure 8 et 9)



Figure 8 : examen du vestibule.



Figure 9 : examen de la face interne des joues

1.2.5. Examen des gencives

Cet examen porte sur l'état de la gencive, et notamment sur son aspect (habituellement rose pâle, mais rouge vif lors de gingivite odontiasique ou tartrique), sa consistance (normalement ferme et peu dépressive), son volume (augmenté lors de la gingivite hypertrophique)(7).

1.2.6. Examen de la langue

La traction de la langue à l'aide d'une compresse permet d'apprécier la base de la langue et d'inspecter une partie de l'oropharynx(105). Cet organe est d'abord observé sous un angle statique, l'inspection permet d'apprécier plusieurs paramètres(18) :

- ✓ La forme : allongée ou étroite.
- ✓ Le volume : macroglossie vraie ou relative, microglossie très rare.
- ✓ La situation par rapport aux dents et au pharynx.
- ✓ L'aspect de la muqueuse : couleur, sensibilité, hyperplasie des papilles ou au contraire langue dépapillée, lésion type ulcération ou tumeur.

La langue est ensuite étudiée au cours des différentes fonctions(7) (figure 10)



Figure 10 : examen de la langue.

1.2.7. Examen du plancher buccal

L'abaisse-langue est utilisé, avec douceur, sur la face latérale et ventrale de la langue, afin d'exposer les planchers latéraux et antérieurs(14).

Le plancher buccal peut être examiné aussi au mieux en soulevant la langue vers le palais. L'examen des zones postérieures du plancher buccal ne doit pas être oublié et se pratique en réclinant le bord latéral de la langue(20) (figure 11)



Figure11 : examen du plancher buccal.

1.2.8. Examen de la voûte palatine et du voile du palais

La muqueuse palatine est accessible à l'examen direct ou en vision indirecte au miroir. La langue du patient est chargée par un abaisse-langue pour pouvoir examiner le voile du palais et on cherche aussi les atteintes de la muqueuse palatine et de l'os palatin sous-jacent(19)(figure12 et 13)



Figure 12 : examen de la voute palatine.



Figure 13 : examen du voile du palais.

1.2.9. Examen de la denture :

Cet examen s'intéresse à l'organe dentaire il vise à analyser⁽¹⁵⁾ :

- ✓ L'hygiène bucco-dentaire.
- ✓ L'état des soins dentaires.
- ✓ Leur nombre.
- ✓ Leurs positions par rapport aux autres dents.
- ✓ Leurs aspects.
- ✓ La présence d'amalgame, de résine, de prothèses fixes (couronnes, bridges) ou de prothèses amovibles⁽¹⁶⁾ (figure 14).



Figure 14 : examen de la denture.

1.2.10. L'examen de la lésion

La lésion elle-même est caractérisée :

- ✓ Par sa topographie (type de muqueuse atteinte : kératinisée, non kératinisée ou les deux), sa taille.
- ✓ Par son caractère primaire (une lésion macroscopique est dite primaire si elle est directement induite par le processus pathologique causal), ou secondaire (quand elle est due à l'évolution d'une lésion primaire ou à l'action de facteurs externes donc succédant à une autre lésion).
- ✓ Par son caractère souple ou induré (vérifier si l'induration dépasse les limites de la lésion), inflammatoire ou non, hémorragique ou non, nécrotique ou non, infectée (suintement ou du pus) ou non.
- ✓ Par le caractère des bords de la lésion ; plans, éversés, surélevés par rapport à l'ulcération, et par la couleur des bords (érythémateux ou kératosique)⁽⁵⁾.

La palpation de la lésion peut être unie ou bi-digitale (avec un doigt à l'intérieur et l'autre à l'extérieur de la cavité orale, notamment pour le plancher de la bouche et les joues), s'attache à déterminer les caractéristiques subjectives et objectives :

- ✓ La consistance de la lésion, elle est objective, la lésion peut être molle, fluctuante, dure, ligneuse ou ferme.
- ✓ Le rapport de la lésion avec le tissu sous-jacent : elle est objective et la lésion peut être fixe, mobile ou détachable⁽⁹⁹⁾

II. Examens complémentaires

L'anamnèse et l'examen clinique permettent de limiter les examens complémentaires. Ils seront demandés au cas par cas selon le diagnostic envisagé⁽²⁾.

II.1. Photographie

La dentisterie dispose aujourd'hui d'une foule d'innovation, tant sur le plan des technologies que des matériaux, qui ont contribué à l'essor et au perfectionnement de notre profession⁽¹⁷⁾. La photographie en couleur des lésions a permis de grands progrès dans la connaissance des maladies de la muqueuse buccales, elle est aussi le meilleur moyen de suivre l'évolution de la lésion⁽⁴⁾, et la progression de notre traitement et son suivi dans le temps ⁽¹⁷⁾.

II. 2.Examens biologiques

La prescription d'examens biologiques doit être faite avec mesure, en fonction des données de l'examen clinique et des antécédents du malade, et après vérification du dossier médical⁽⁴⁾, donc il apparaît parfois nécessaire de faire pratiquer au patient des examens de type : numération des facteurs sanguins afin de dépister une éventuelle pathologie. On peut aussi doser certaines vitamines, notamment B1, B6, B12, le fer, le folate, la ferritine⁽⁵⁾.

II.3. La biopsie

La biopsie demeure un geste indispensable pour le diagnostic de nombreuses affections inflammatoires ou tumorales de la sphère bucco-cervico-faciale. Elle consiste classiquement à prélever un fragment du tissu vivant et à en préserver la morphologie par une fixation immédiate en vue de l'étude histologique ultérieure(22). Elle est indispensable pour confirmer le diagnostic d'un cancer ou rechercher une maladie bulleuse en cas d'ulcération buccale étendue (dans ce dernier cas, le prélèvement sera placé dans un liquide spécial, le liquide de Mitcheil)(23).

La biopsie est indiquée pour :

- ✓ La confirmation du diagnostic d'une lésion suspecte, cette dernière est caractérisée par les éléments suivants :
 - Absence de guérison dans un laps de temps raisonnable (02 semaines)(11).
 - Symptomatologie et aspect clinique ne permettent pas de poser un diagnostic ou de déterminer s'il s'agit d'une lésion bénigne(103).

II.4. Auto fluorescence

L'auto fluorescence est une méthode employée dans le cadre de diagnostic de lésion de la muqueuse buccale. Le principe consiste à trouver une altération de la structure tissulaire se produisant lors de la progression d'une lésion maligne par exemple, lorsque le tissu est illuminé par une lumière d'une certaine longueur d'onde, certaines molécules de la muqueuse que l'on appelle fluorophores peuvent réagir en absorbant les photons de la lumière et renvoient des photons de plus faible énergie qui peuvent être détectés par fluorescence à la surface de la muqueuse orale(107).

Lorsque le tissu est altéré, le nombre fluorophore diminue ce qui entrainera une modification de la lumière sur ces zones. Une observation d'un tissu désorganisé avec des zones de différentes couleurs sera caractéristique d'une lésion de la muqueuse buccale(108).

II.5. Examens bactériologiques

Les examens bactériologiques consistent à rechercher des germes infectieux dans le sang. Ces examens sont souvent réalisés en cas de signes infectieux ou lors de la surveillance d'une maladie infectieuse.

La recherche du germe s'effectue en deux étapes :

- Le sang est directement observé au microscope, après que l'échantillon de sang soit prélevé sur une lame. Cette méthode permet essentiellement d'isoler le germe en cause et d'étudier sa spécificité.
- Le germe est détecté, isolé et étudiée quelques jours après la mise en culture du prélèvement sanguin (hémoculture).

L'hémoculture peut révéler soit :

- Une culture stérile, c'est-à-dire qu'il n'existe aucun germe pathogène dans le sang.
- La présence d'un foyer infectieux par la présence de plusieurs germes.
- La présence d'une septicémie par la présence constante d'un agent pathogène sur des prélèvements et examens répétés(25).

II.6. Examen sérologique

La sérodiagnostique d'infections bactériennes ou virales, exemple :

* la sérologie syphilitique (test VDRL, TPHA, FTA-abs, et test de NELSON), ils sont demandés aux cas par cas, en fonction du diagnostic envisagé. Ces tests ne sont pas toujours faciles à interpréter (possibilité de faux positifs) d'autres méthodes comme l'immunofluorescence permet quant à elle de mettre directement en évidence le Tréponème(27).

*La tuberculose : IDR, l'hyperréactivité à l'IDR est lue en mesurant le diamètre de l'induration au bout de 48 à 72 heures. Le diamètre moyen de réactions positives est de 17 mm(26).

* Le VIH : méthode ELISA et le Western-blot

II.7. Immunofluorescence

L'Immunofluorescence directe permet de déterminer la présence d'un antigène sur un tissu ou d'anticorps dans le sérum, à l'aide d'anticorps marqués par composants fluorescents (fluorescéine par exemple). Le but est de prélever la couche superficielle sans jamais détruire les anticorps en les souillant par le sang ou par un fixateur(24).

On effectue souvent cet examen en même temps que la biopsie et c'est pour cela qu'il est souvent demandé. On conseille d'effectuer deux prélèvements d'une même zone (un pour la biopsie l'autre pour l'immunofluorescence directe). Il apparaît impossible d'effectuer deux examens sur un même prélèvement tant les informations seraient faussées.

L'examen en immunofluorescence directe est souvent complété par une immunofluorescence indirecte en prélevant le sang du patient est en recherchant des anticorps circulants(101).

II.8. L'imagerie médicale

Pour être pertinente, l'imagerie sera toujours adaptée à la clinique et à la région étudiée.

Il faut choisir l'examen radiologique le plus adapté en première intention :

- Le panoramique : permet de visualiser une lyse osseuse d'origine néoplasique qui est en général un signe d'envahissement osseux massif(29).
- TDM : permet une analyse plus précise des structures osseuses.
- IRM : sera demandé pour une analyse des parties molles en fonction des hypothèses diagnostics évoquées(23).

En présence d'une lésion d'origine muqueuse :

- Pour faire le bilan d'une tumeur de la cavité buccale : scanner cervico-facial
- Pour faire le bilan d'une tumeur de la langue : IRM (plus performante pour l'extension d'une lésion au sein des muscles de la langue)(28).

II.9. Examen mycologique

Examen direct réalisé (frottis, apposition du tissu) au moyen d'une coloration au MGG. cet examen assure le diagnostic immédiat de l'histoplasmosse, il met en évidence le champignon sous forme de petits éléments arrondis, ces éléments ne produisent aucun filament et sont habituellement intracellulaire⁽¹¹³⁾.

II.10. Examen immuno-histochimique

Désigne une méthode de localisation des protéines situées dans les cellules d'un tissu, cette méthode utilise des anticorps pour détecter des antigènes⁽¹¹⁴⁾, l'intérêt de cet examen avec des anticorps anti- tréponème est de mettre en évidence les spirochètes et d'établir ou de confirmer le diagnostic de la syphilis⁽¹¹⁵⁾.

I. Les aphtes

I.1. Définition

Les aphtes sont des affections bénignes (44). Le terme d'aphte est issu du grec « aptein » qui signifie « brûler » correspondant à une lésion particulièrement douloureuse au niveau de la muqueuse buccale (34), inflammatoire, survenant par poussée (35), et récidivante (43). C'est une ulcération évoluant spontanément vers la guérison sans séquelle cicatricielle (36).

I.2. Etiologies

Le mécanisme pathogénique des aphtes est multifactoriel (38) :

• Les facteurs génétiques et immunitaires

-Les individus ayant des antécédents familiaux d'aphtes, non-fumeur et avec une diminution de la vitamine B12 sont les plus à risque de survenue d'aphtes (48). Une prédisposition génétique a été évoquée(38).

-Les sujets immunodéprimés présentent des aphtes plus fréquents, de taille et de profondeur plus grandes que les sujets non immunodéprimés (35-34).

• Les facteurs physiologiques

Certaines modifications hormonales sont mises en évidence. On constate une disparition des aphtes chez les femmes enceintes et les femmes sous contraceptifs hormonaux et, au contraire, on observe une apparition d'aphtes dans la phase lutéale du cycle menstruel(35-34).

• Les facteurs pathologiques

Il semblerait que certains virus tels que l'herpès, le *cytomégalo*virus, le virus *Epstein Barr* et certaines bactéries telles que *Helicobacter pylori* et *Streptococcus mitis* aient un rôle dans le développement des aphtes(35-34).

• Les facteurs psychiques

Les émotions fortes, le stress, l'anxiété, la dépression sont reconnus comme des facteurs déclenchants (35-34).

• Les facteurs externes

- Les traumatismes physiques tels qu'une morsure, une blessure, des soins dentaires, une brûlure, une prothèse dentaire ou un appareil dentaire mal adapté, entraînent souvent l'apparition d'aphtes (35-34).
- Les médicaments : Il s'agit du captopril, les sels d'or, le nicorandil, l'acide niflumique, la phénindione, le phénobarbital, le piroxicam, le sulpiride, la quiétapine, l'olanzapine et l'hypochlorite de sodium. Les aphtes disparaissent généralement à leur arrêt.
- D'autres médicaments tels que les AINS, l'aspirine, les antibiotiques, les antiagrégants plaquettaires, les substituts nicotiques et les formes « lyocs »(35).

Le tabac a un effet protecteur contre l'aphte. En effet, la fumée engendre un épaissement de la gencive qui la rend moins sensible aux aliments aphtogènes. Cependant, cela ne doit pas servir d'argument en faveur d'un tabagisme à but thérapeutique car le tabac possède également un pouvoir destructeur sur le parodonte et accélère ainsi la maladie parodontale (49).

• Les facteurs alimentaires

Certains aliments ont la réputation de déclencher une poussée d'aphte : surtout les noix et autres fruits secs, et de façon variable le chocolat, les tomates, certains fromages, mais il ne s'agirait pas d'allergie alimentaire.

Des carences en vitamines B1, B2, B6, B12, ou en acide folique, fer, zinc ou sélénium(4).

I.3.Histopathologie et physiopathologie

L'aphte apparaît selon 04 phases successives :

➤ La phase prodromique

Le chorion est le siège d'un œdème localisé autour d'un vaisseau sanguin rapidement infiltré par des globules blancs. Ce vaisseau se dilate. La taille et la profondeur de l'aphte varient selon la taille du vaisseau atteint. On parle de vascularite leucocytaire (4) oblitérante par prolifération de l'endothélium (36). L'épithélium quant à lui est peu altéré. Des sensations de cuisson, de picotement et de brûlure sont marquées à l'endroit de l'apparition de la future lésion. Cette phase dure entre 12 et 24 heures.

➤ La phase pré-ulcéreuse

Après quelques heures, l'épithélium se nécrose laissant apparaître un point jaunâtre au milieu d'une macule érythémateuse. La sensation de brûlure devient de plus en plus intense.

➤ **La phase ulcéreuse**

Les cellules malpighiennes nécrosées s'éliminent (36), laissant un fond déprimé sous forme de cupule(4). A ce stade, une douleur très vive à type de brûlure est ressentie, gênant la mastication. Cette phase diffère selon le type d'aphte.

➤ **La phase cicatricielle**

Pendant cette phase, l'épithélium se régénère et l'ulcération s'aplanit. La lésion prend une couleur rosée puis s'estompe en quelques jours. Comme la phase précédente, la phase cicatricielle varie selon le type d'aphte (4).

I.4.Aspect clinique

L'aphte se présente sous forme d'une ulcération superficielle (4-46), très douloureuse (21), à bord régulier, entouré d'un halo érythémateux inflammatoire rouge vif (4), à fond déprimé recouverte d'une membrane nécrotique de couleur blanc jaunâtre beurre frais à grisâtre (21), sa base est ferme à la palpation sans être indurée(110). Il repose sur une muqueuse saine et reste toujours isolé sans jamais confluer avec une éventuelle ulcération voisine (111). Sa taille varie le plus souvent de 5 à 10 mm de diamètre, ronde ou ovalaire (110).

Cette ulcération est essentiellement localisée au niveau de la lèvre inférieure, des joues, de la langue et du plancher buccal. Elle ne s'accompagne pas d'adénopathies satellites, ni de fièvre et n'est pas contagieuse (4-46).

Les aphtes sont classés en 03 familles selon leur mode d'apparition, leur taille, leur fréquence et leur nombre :

I.4.1. Aphte vulgaire

Forme mineure (42), aussi appelé aphte commun (4), il s'agit d'une simple ulcération sans vascularite du chorion (4-46).Il est constitué d'une ulcération ovalaire douloureuse de 2 à 10 mm de diamètre, siégeant sur la muqueuse non kératinisée la plus exposée aux traumatismes (muqueuse labiale, freins, joues, bord et ventre de la langue, plancher buccal, voile du palais et pilier antérieur du voile du palais) (37) ou occasionnée par les aliments aphtogènes (4-46).L'évolution se fait vers la guérison (37) spontanée (47) de 1 à 2 semaines en fonction de la taille de l'aphte ; par la disparition de la douleur, détersion de la nécrose, bourgeonnement du fond de l'ulcération et réépithélialisation à partir des bords sans laisser de cicatrice (4).



Figure 15 : Aphte mineur sur la muqueuse labiale (J-H 35 ans)



Figure 16 : Aphte vulgaire sur le voile du palais (J-H 35ans)

I.4.2. Aphte géant

Forme majeure⁽⁴²⁾ appelée également la maladie de Sutton ⁽⁴⁻⁴⁶⁾. La taille de l'ulcération qui est extrêmement douloureuse est nettement plus importante de 1 à 5 cm de diamètre ainsi que sa profondeur. Sa phase pré-ulcéreuse se présente sous forme d'un nodule douloureux profond dont le centre, en se nécrosant donne naissance à une ulcération entourée d'une large artéριοle érythémateuse ⁽³⁷⁾. Se distinguent par leur contour plus irréguliers, leur base fréquemment infiltrée et leur longue évolution (1 à 12 mois), pouvant laisser, lors de la guérison, des cicatrices fibreuses rétractiles et mutilantes ⁽⁴⁷⁾.



Figure 17 : Aphte géant sur le bord lingual (j.f 25ans)

I.4.3. Aphte miliaire

Herpétiforme(42), caractérisé par sa petite taille inférieure à 2 mm, mais très douloureux (37). Localisé de préférence sur le plancher buccal et les faces latérales de la langue. Il ne présente pas de liseré érythémateux. La guérison survient en 7 à 14 jours sans cicatrice (110).

I.5. Diagnostic positif

Le diagnostic d'un aphte est clinique, basé sur l'anamnèse, la morphologie et l'évolution des lésions. Aucun examen de laboratoire (dosage sanguin ou biopsie tissulaire) n'est spécifique. Leur seul intérêt est d'exclure une autre pathologie (notamment en l'absence de guérison de l'aphte au-delà de 2 semaines), de reconnaître une maladie associée (38) ou d'éliminer le diagnostic d'une tumeur maligne et de s'orienter vers un autre diagnostic (37). La récurrence des lésions toujours au même endroit de la muqueuse buccale doit faire suspecter l'infection herpétique, qui peut être confirmée par la mise en culture d'un prélèvement virologique d'une lésion récente(52).

I.6. Diagnostic différentiel

Souvent difficile. Nous n'envisagerons que les diagnostics les plus importants(47) :

- Ulcération traumatique à surface plane, peu inflammatoire.
- Ulcère éosinophilique.
- Ulcération infectieuse :
 - ✓ Bactérienne : syphilis, tuberculose (6), gingivo-stomatite streptococcique.
 - ✓ VIH (ulcération douloureuse) ; CMV.
 - ✓ Mycosique: histoplasmosse, cryptococcose, blastomycose, aspergillose...
 - ✓ Noma
- Ulcération médicamenteuse.
- Ulcération tumorale maligne :
 - ✓ Carcinome épidermoïde.
 - ✓ Lymphome, sarcome, tumeur maligne des GSA.
- Sialométaplasie nécrosante.
- Maladie de Horton.
- Erosion post-bulleuse : Erythème polymorphe, Pemphigus, Pemphigoides bulleuses.
- Affections diverses :
 - ✓ Lichen érosif.
 - ✓ Lupus érythémateux disséminé(47).

I.7.Traitement

Actuellement, il n'existe pas de traitement spécifique à visée curative pour l'aphte. Il consiste en un traitement symptomatique permettant de calmer la douleur (39), de diminuer la durée de la lésion (51-54), de désinfecter et de favoriser la cicatrisation (39).

Les formes sporadiques relèvent de traitements locaux symptomatiques alors que les formes sévères nécessitent un traitement systémique (37).

I.7.1. Traitements oraux

Si la douleur est trop intense, les antalgiques composés de paracétamol ou bien d'Ibuprofène (possédant une propriété anti-inflammatoire) peuvent être utilisés.

Cependant, il n'a pas été démontré une plus grande efficacité sur la douleur que les traitements locaux.

I.7.2. Traitements locaux

Les différents traitements locaux présents possèdent des propriétés antiseptiques, anesthésiques, antalgiques et cicatrisantes selon les spécialités.

Lorsque l'aphte est peu douloureux, le traitement local de 1^{ière} intention est l'utilisation d'un antiseptique local qui permet ainsi d'éviter toute infection. Lorsque l'aphte est plus douloureux, il faut associer à cet antiseptique local un antalgique et un anesthésique local.

Il faut éviter l'association de plusieurs antiseptiques locaux. Cela n'apportera aucun bénéfice supplémentaire. En effet, l'association peut conduire à une inhibition des antiseptiques utilisés par antagonisme d'action ou induire un risque de toxicité si ce sont les mêmes molécules(39).

Les traitements locaux se déclinent sous différentes formes galéniques : **bains de bouche, gels, comprimés et solutions gingivales.**

➤ Bains de bouche

Il faut distinguer deux types de bain de bouche : ceux à usage ponctuel qui contiennent des antiseptiques et, ceux à usage quotidien pour l'hygiène bucco-dentaire qui contiennent du fluor, des huiles essentielles... Pour soigner les aphtes, les bains de bouche à base d'antiseptiques seront conseillés pour éviter les infections (56) :

- **Eludril® ou listerine**, à base de Chlorhexidine les plus utilisés en pratique dentaire. Ils diminuent les douleurs et raccourcissent la durée des aphtes en prévenant une surinfection(42). Son utilisation est de : 15ml à diluer, 2 à 3 bains de bouche par jour pendant 5 jours(112).

- Une anesthésie de contact peut aussi être obtenue avec 250 à 500 mg d'**acide acétylsalicylique** (comprimé effervescent **d'aspirine**) dissout dans l'équivalent d'un demi verre d'eau et gardé en bouche, en particulier 10 à 15 min avant les repas(53).
- **Le bicarbonate de sodium** officinal **Cooper®** : permet de neutraliser le PH acide de l'aphte. Il faut alors diluer une cuillère à café de poudre de bicarbonate de sodium dans un demi-verre d'eau et l'utiliser comme un bain de bouche(39) 3 fois par jour pendant 5 jours (112)en alternance avec un antiseptique (39).
- **La lidocaïne (xylocaïne)** visqueuse à 2% à dilution minimale efficace (1 cuillère à café du produit dans 1 à 2 cuillères à café d'eau, voire dans une cuillère à soupe d'eau) aide à soulager les douleurs avant les repas et permet une alimentation dans de meilleures conditions.
- **L'hydrate de chloral** à 1% a un effet antalgique (53).
- **Les cyclines (doxycycline)** sont utilisées en bain de bouche ou par tamponnement. Sa posologie est d'un bain de bouche 4 fois par jour. On peut utiliser un comprimé de 100mg de doxycycline dissout dans 10ml d'eau (40).
- **Sucralfate** représente une alternative dans le traitement lorsque les aphtes sont résistants aux traitements proposés. Sa propriété est de stimuler les facteurs physiologiques de protection de la muqueuse buccale. Sa posologie est d'un bain de bouche 4 fois par jour. D'après les recommandations de la société française d'Odonto-Stomatologie il doit être associé à un anesthésiant local type Aftagel® (50).
- Autre bains de bouches et leurs utilisations :
 - **Hextril** : Sa posologie est de : 15ml pur ou à diluer, 2 à 3 fois par jour pendant 5 jours.
 - **Paroex** : Sa posologie est de : 15ml pur 2 à 3 fois par jour pendant 5 jours.
 - **Prexidine** : Sa posologie est de : 2 à 3 fois par jour pendant 5 jours.
 - **Synthol** : Sa posologie est d'une cuillère à soupe dans un verre d'eau 2 à 3 fois par jour.
 - **Alodont** : Sa posologie est de 15ml chez l'adulte et à diluer chez l'enfant, 2 à 3 fois par jour pendant 5 jours. Contre indiqué chez les épileptiques et la femme allaitante (112).

La durée d'utilisation d'un bain de bouche ne doit pas excéder une semaine car l'emploi prolongé d'antiseptique peut engendrer un déséquilibre de la flore buccale (risque de mycose buccale) et occasionner également une résistance aux organismes pathogènes. De plus, certains symptômes peuvent apparaître selon la composition du bain de bouche et disparaissent dès son arrêt. Il ne peut être proposé chez l'enfant qu'à partir de 6 ou 7 ans car avant cet âge l'enfant risque de l'avaler.

Il faudra éviter les bains de bouche avec alcool en cas d'irritation de la gencive ou d'extraction dentaire car l'alcool est très irritant pour la muqueuse et il augmente le saignement (39).

➤ Les gels

- Le plus efficace est **la lidocaïne (xylocaïne visqueuse à 2%)** appliqué directement avec le doigt sur l'aphte (52).
- Les corticoïdes topiques sont les plus utilisés (consensus d'expert). Ils sont d'autant plus efficaces qu'ils sont commencés tôt(54). En pratique, il faut utiliser des dermocorticoïdes de classe 1 (**Diprolène en pommade**) dans une pâte adhésive (**Orabase**) en quantité égale et les appliquer 2 à 4 fois par jour jusqu'à cicatrisation de l'aphte(6).
- Certains gels sont composés d'un antalgique tel que : **L'acide salicylique (Pansoral®)**(55), son utilisation est de 04 applications par jour pendant 05 jours, contre indiqué chez l'enfant de moins de 6 ans et allergique aux salicylés (112) et La **bêta-aescine (Flogencyl®)**(55), qui est en plus un anti œdémateux, sa posologie est de 05 applications par jour. Contre indiqué chez l'enfant <30 mois (112).
- **L'hexétidine (Hextril gel®)** est un gel composé d'un antiseptique d'une posologie de 04 applications par jour pendant 05 jours.
- **L'acide hyaluronique (Hyalugel®)**, est de plus en plus utilisé. C'est un constituant naturel du tissu conjonctif de la muqueuse buccale qui intervient dans le renouvellement cellulaire. L'application du gel composé d'acide hyaluronique accélère la cicatrisation et protège des agressions extérieures (anti-œdémateuse, anti- inflammatoire et réparatrice des tissus) en formant un film protecteur (55). Il est de 5 applications par jours. Contre indiqué chez l'enfant <30 mois (112).

Le gel est une forme galénique pratique d'utilisation et peut être conseillé dès le plus jeune âge, selon les spécialités. Il faudra appliquer sur l'aphte l'équivalent d'un grain de riz du gel à l'aide d'un coton-tige ou une compresse ou d'un applicateur (**Bloxaphte®**, **Borostyrol®**). Et masser doucement. Il faudra attendre 30 minutes après l'application avant de boire ou de manger(112).

➤ Les comprimés

Les comprimés proposés pour le traitement des aphtes contiennent un antiseptique, un anesthésique et/ou un antibactérien naturel qui sont le plus souvent en association pour une meilleure efficacité :

- **La vitamine C** qui participe à la synthèse du collagène au niveau du tissu conjonctif de la muqueuse buccale. Une supplémentation permettrait une meilleure résistance aux agressions externes. Sa posologie est d'un comprimé de 1g par jour pendant 1 mois (41).
- **Le Lyso-6®** est le plus utilisé. C'est une association entre la pyridoxine (vitamine B6), ayant une propriété cicatrisante, et le lysozyme (enzyme que l'on trouve naturellement dans la salive), au rôle antibactérien. Sa posologie est d'un comprimé à sucer, à renouveler au bout de 01h, sans dépasser 08 comprimés par jour pendant 05 jours. Contre indiqué chez enfants < 6ans et traitement sous Levodopa (112).
- Autres comprimés :
 - **Lysopaine** : un antibactérien naturel et antiseptique. Sa posologie : 1cp à sucer, à renouveler au bout de 2h, sans dépasser 6 cp par jour pendant 5 jours. Contre indiqué chez l'enfant < 6ans.
 - **Aphtoral, Drill**, (Chlorhexidine tétracaïne+ acide ascorbique dans Aphtoral), possèdent des propriétés antiseptique, anesthésique locale, et une action trophique sur le tissu conjonctif et favorise la résistance aux infections. Utilisation : Adulte : 1 cp à sucer, à renouveler au bout de 2h, sans dépasser 4cp par jour. À prendre à distance des repas-boissons pendant 5 jours.(112).

➤ Les solutions gingivales

Les solutions gingivales disponibles pour traiter les aphtes contiennent le plus souvent des molécules antalgiques et anti-inflammatoires dans leur composition.

- **Urigo Aphtes filmogel®**, une solution dite filmogène. Son utilisation est d'une application avant les repas, afin de former un film protecteur qui permet la cicatrisation et diminue la douleur, à renouveler jusqu'à 04 fois par jour pendant 05 jours. Contre indiqué chez l'enfant < 6ans et la femme enceinte.
- **Pyralvex solution**(acide salicylique et racine de rhubarbe), possède des propriétés anti-inflammatoire et antalgique. Sa posologie : 4 applications par jour. Contre indiqué chez l'enfant < 6ans et en cas d'allergie aux salicylés

a) Autres traitements associés : On note :

- **Zendium protection complète®** est un nouveau dentifrice. Il est à usage quotidien et agit en stimulant les défenses naturelles de la bouche. L'avantage est qu'il ne présente pas de sodium lauryl sulfate (SLS) dans sa composition, celui-ci étant un facteur favorisant l'apparition d'aphtes et pourtant présent dans un grand nombre de dentifrices. Des études ont prouvé qu'il était adapté aux personnes présentant des muqueuses buccales sensibles (57).
- Certains dentistes **cautérissent** l'aphte directement dans leur cabinet avec cinq gouttes d'eugénol (antiseptique, anti-inflammatoire et cicatrisant) mélangées à une goutte d'acide trichloracétique (cautérisant) et cinq gouttes de xylocaïne (anesthésiant). Cela permet une cicatrisation plus rapide (112).

➤ **Conseils hygiéno-diététiques**

- L'utilisation d'une brosse à dents souple doit être recommandée afin de ne pas aggraver l'ulcération. Elle peut être gardée au quotidien, en prévention, afin de ne pas aggraver la gencive et provoquer l'apparition d'un nouvel aphte.
- Il ne faudra pas toucher la lésion sans avoir fait au préalable un lavage simple des mains avec un savon antibactérien pour éliminer les souillures et diminuer la flore transitoire afin d'éviter toute contamination.
- L'élimination des facteurs favorisant l'apparition d'un aphte est préconisée (stress, fatigue et alimentation le plus souvent) (112).

II. ULCÉRATIONS TRAUMATIQUES

II.1. Définition

Les lésions traumatiques sont des ulcérations de la cavité buccale largement répandues que nous sommes souvent amenés à traiter dans le cadre de la pratique quotidienne. La majorité des cas de ces lésions (73) résultent d'une agression physique d'où leurs dénominations d'ulcération traumatique (111).

II.2. Etiologies

Elles sont causées par des agents extrêmement divers :

➤ **Au sein même de cavité buccale**

Dent délabrée devenue coupante, acérée, irritation due à un piercing ou un corps étranger coupant.

➤ **Iatrogènes**

Prothèse partielle ou totale mal adaptée, appareillage orthodontique, matériaux d'obturation débordant, instrument dentaire.

➤ **Accidentelle par le patient**

Coup de fourchette, brûlure ou ulcérations provoquées par des aliments, mordillement, morsure durant une crise d'épilepsie ou post anesthésie (58-59).

➤ **Physique(chaleur) et Chimique (acide, base) (21)**

Application d'antiseptique concentré, bain de bouche avec des produits caustiques, comprimé d'aspirine posé au contact de la muqueuse ou de biphosphonates.

➤ **Contexte psychologique (pathomimie)**

La pathomimie (ou trouble factice) est un trouble mental au cours duquel le sujet éprouve le besoin morbide de simuler une maladie en s'imposant des symptômes pouvant aller pour cela jusqu'à des attaques de son propre corps pour y provoquer délibérément des lésions.

➤ **Maladie de riga fede ou granulome éosinophile traumatique**

La présence de dents néonatales chez le nouveau-né provoque une lésion nodulaire ulcérée de la muqueuse palatine ou lors des réflexes de succion, une ulcération traumatique de la face ventrale de la langue (58-59).

➤ **Hygiène bucco-dentaire agressive (61).**

II.3.Aspect clinique

L'aspect de la lésion varie en fonction du mécanisme traumatique, de la durée d'évolution et d'une surinfection éventuelle.

Il s'agit en règle d'une lésion unique, douloureuse (21) ferme (73), non inflammatoire(60), de surface plane souvent kératinisée sur ses bords réguliers (73) de couleur blanc-jaunâtre, sans halo érythémateux et de base souple (60), de forme et de taille variable de quelques millimètres à plusieurs centimètres de diamètre (73), et le contour de l'ulcération épouse la forme de l'agent causal (111).

Le siège :elles peuvent siéger dans toutes les zones de la cavité buccale mais sont plus fréquentes sur les bords latéraux de la langue, la muqueuse jugale, les lèvres, et les sillons labio- et jugo-alvéolaires (1).Le frein lingual peut être atteint, notamment lors de traumatismes labiaux en traction, ou chez le nouveau-né atteint de quintes de toux (coqueluche) (21).

La lésion traumatique chronique comporte un liseré périphérique blanchâtre (kératose frictionnelle) (60), et peut devenir irrégulière, végétante et indurée (21).

La cicatrisation intervient rapidement au bout de 6 à 14 jours.



Figure 18: Ulcération traumatique dû à
Une prothèse (J-H 42ans)



Figure 19 : Ulcération traumatique sur la
muqueuse jugale en regard d'une dent
Délabrée (J-F 36ans)

II.4. Diagnostic positif

Il repose sur les signes cliniques. Les ulcérations traumatiques doivent guérir et cicatriser au bout de 8 à 15 jours (2) sans laisser de séquelles, spontanément ou après élimination de l'agent causal (111).

II.5. Diagnostic différentiel

- ✓ Carcinome épidermoïde / lymphome.
- ✓ Ulcère éosinophilique.
- ✓ Aphte géant.
- ✓ Syphilis.
- ✓ Tuberculose.
- ✓ Mycose systémique.

II.6. Traitement et pronostic :

Le traitement des ulcérations traumatiques ou chimiques passe par :

- ✓ La suppression de l'agent causal.
- ✓ Corticoïdes par voie topique sur de courtes durées
- ✓ Les ulcérations buccales au cours des pathomimies et automutilation nécessitent une prise en charge psychiatrique (21).

En l'absence de guérison, le passage à la chronicité doit faire suspecter un phénomène d'entretien, par complication infectieuse ou une lésion maligne « carcinome » (61). Une biopsie sera nécessaire (60).

III. Ulcère éosinophilique

III.1. Définition

L'ulcération éosinophile de la muqueuse buccale ou granulome éosinophile des tissus mous buccaux est considéré comme une lésion non extensive, bénigne (1), rare (2), qui apparaît rapidement et qui peut persister plusieurs semaines avant une guérison spontanée (62), sans rapport avec les granulomes faciaux ou le granulome éosinophile de l'histiocytose X (1).

Ils sont appelés : granulome traumatique de la langue, ulcère éosinophilique de la langue ou bien granulome traumatique avec un stroma éosinophilique. Ils désignent tous la même lésion (63).

III.2. Etiologie

L'étiologie de cette ulcération éosinophile reste obscure, une origine traumatique a été envisagée (1).

III.3. Histologie

Au microscope, on observe un ulcère profond, une inflammation chronique et on note dans l'infiltrat, des lymphocytes, des cellules éosinophiles, ainsi que des mononucléaires CD30+ sous forme de larges cellules dispersées. On parle alors de désordre lymphoprolifératif des CD30+. Cette réaction inflammatoire peut parfois aller jusqu'à endommager les fibres musculaires profondes. Lors de la phase de rémission, on retrouve un bord blanchâtre avec parfois une membrane fibrinopurulente au centre de l'ulcère (62).

III.4. Aspect clinique

Sont caractérisés par une réaction inflammatoire intense avec un infiltrat éosinophile qui peut s'étendre aux fibres musculaires. Ils ont un aspect creusant, des bords surélevés, indurés et une zone centrale jaunâtre avec des bords érythémateux et on retrouve le plus souvent cette lésion sur les faces ventrales et dorsales de la langue(63). C'est une lésion souvent douloureuse, parfois asymptomatique(62)(figure20)

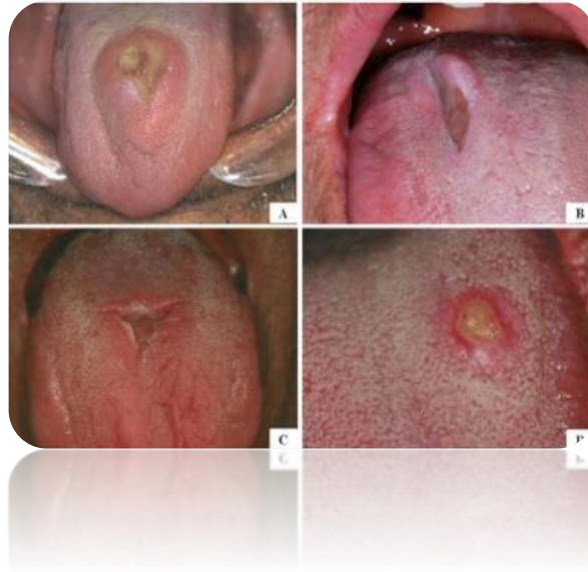


Figure 20 : différentes illustrations cliniques d'ulcères éosinophiles oraux(62)

III.5. Diagnostic positif

Se fera par biopsie et examen histo-immunochimique à la recherche de cellules éosinophiles caractérisant cette lésion (64).

III.6. Diagnostic différentiel

Doit s'effectuer avec :

- ✓ Une lésion traumatique.
- ✓ Un carcinome épidermoïde.
- ✓ Une infection virale (herpes, Epstein-Barr).
- ✓ Une infection mycosique.
- ✓ La syphilis tertiaire.
- ✓ La Sialométaplasie nécrosante(63).
- ✓ Les aphtes
- ✓ La granulomatose de Wegener.
- ✓ Le granulome malin Centro-facial.
- ✓ Le lymphome.
- ✓ La tuberculose.
- ✓ Leucémie (1).

III.7. Traitement et pronostic

Repose sur :

- De petites doses de corticoïdes.
- Une exérèse chirurgicale.

Une guérison spontanée après la biopsie a été décrite (1), avec disparition complète sans lésion post cicatricielle quelques semaines plus tard (64).

IV. Ulcérations malignes

IV.1. Carcinome épidermoïde

IV.1.1. Définition

Selon la société canadienne des cancers (65), le carcinome épidermoïde, représente 95% des cancers de la cavité buccale (65). Ulcération buccale unique et persistante (1). C'est une tumeur épithéliale maligne reproduisant de façon plus ou moins fidèle la structure d'un épithélium malpighien. La tumeur naît souvent mais pas toujours d'un épithélium malpighien (66).

L'épithélioma spino cellulaire est plus fréquent chez l'homme que chez la femme (rapport 2/1), survenant surtout après la quarantaine. Bien que la bouche soit aisément accessible à l'inspection et même si les patients consultent leur dentiste pour des soins de routine, le diagnostic est souvent tardif (1).

IV.1.2. Etiologie

Est multifactorielle :

- Une mauvaise hygiène buccale(1).
- **Chimique** : la fumée du tabac et alcool (principaux facteurs de risque).
- **Physique** : l'exposition au soleil (rayon UV) (1), les radiations ionisantes, brûlures (4).
- **Infectieux** : infection à candida (1), infection par certains virus comme HPV 16, 18 (4).
- **Génétique** : syndrome de Zinsser-Cole-Engman, anémie de Fanconi, Xéroderma pigmentosum.
- **Immunologique** : déficit immunitaire congénital ou acquis.
- **Inflammatoire chronique ou carencielle** : lichen plan atrophique et état cicatriciel post lichenien, syndrome de Plummer-Vinson
- Lésion précancéreuse leucoplasique(4).

- Des carences nutritionnelles.
- Un déficit en fer.
- La cirrhose du foie.
- Traumatisme dentaire chronique (1).

IV.1.3. Histopathologie et physiopathologie

Le carcinome épidermoïde est constitué par une prolifération de cellules tumorales issues de l'épithélium de revêtement, qui habituellement commencent par l'envahir et le détruire (stade de carcinome in situ, CIS) puis envahissent et détruisent progressivement les tissus sous-jacents, qui sont remplacés par du tissu épithélial tumoral accompagné par un stroma conjonctif réactionnel qui en assure la nutrition (stade de carcinome épidermoïde invasif CEI)(4).

IV.1.4. Aspect clinique

Cliniquement le carcinome épidermoïde peut prendre de multiples aspects égarant ainsi le diagnostic. Les premières lésions peuvent être asymptomatiques, érythémateuses ou blanchâtre ou les deux ou prendre l'aspect d'une érosion, ulcération, d'une masse exophytique, d'une lésion parodontale ou même d'une croûte (1).

Une fois évoluées, le carcinome invasif existe sous 3 formes principales et des formes atypiques plus rares :

➤ Forme ulcéro-végétante

Elle représente la forme la plus fréquente et la plus caractéristique du carcinome épidermoïde(4). Classiquement, il s'agit d'une lésion chronique ulcéreuse et/ou bourgeonnante (21), de taille et de forme variable (4), à surface irrégulière, végétante, à bords surélevés, durs (21), éversés plus ou moins à pic vers l'intérieur et en pente vers l'extérieur. Le fond est généralement situé au-dessus du plan de la muqueuse voisine. Il est d'aspect plus aux moins granuleux ou végétant, parfois parsemé de points blanchâtres, avec des zones nécrotiques et/ou hémorragiques accompagné de la douleur. A la palpation, on décèle une base indurée, qui dépasse largement les limites de l'ulcération et s'étend en profondeur (4).

Les adénopathies sont volumineuses et douloureuses, pour cela, il est impératif de vérifier les chaînes ganglionnaires (67).

Siège : le plancher buccal est la deuxième localisation la plus atteinte après la langue (21), les lèvres, les gencives, la muqueuse alvéolaire, la muqueuse jugale, le palais (1).



Figure 21 : carcinome épidermoïde siégeant sur le bord de la langue

➤ **La forme ulcéreuse**

Egalement très fréquente, elle ne diffère de la précédente que par le niveau du fond de l'ulcération, sur le même plan, ou plus profondément que celui de la muqueuse voisine (4).

➤ **La forme végétante**

Elle est la plus rare. Elle se présente comme une masse indurée d'aspect plus ou moins verruqueux avec parfois des projections papillaires irrégulières, de teintes rougeâtre à blanchâtre selon le degré de kératinisation(4).

➤ **La forme atypique**

Certaines formes atypiques moins fréquentes sont à ajouter à ces formes cliniques classiques :

- ✓ **Forme ulcéreuse atypique:** avec ulcération cratériforme, ou à bords plats, et fond parfois recouvert d'un voile fibrineux.
- ✓ **Forme fissuraire :** siégeant dans les plis, surtout du plancher buccal latéral ou postérieur : l'ulcération linéaire orientée dans le sens du pli forme une fissure cachée entre les lèvres indurées et inextensibles, recouvertes de muqueuse d'aspect normal.
- ✓ **Forme en nappe superficielle :** d'aspect bigarré, érythémateuse avec des plages kératosiques et parfois verruqueuses, et/ou des érosions ; dans cette forme, l'induration tumorale est absente.

- ✓ **Forme non ulcérée** : souvent découverte au stade de tumeur invasive profonde, dont la surface plus ou moins lisse ou un peu verruqueuse peut être kératinisée blanchâtre, ou érythémateuse, ou présente un aspect en « mosaïque », reliquat de l'état qui a précédé la phase d'invasion.

Ces aspects très divers du carcinome épidermoïde invasif s'expliquent par des différences dans l'état de l'épithélium de revêtement qui peut être détruit (ulcération), envahi (kératose, verrucosité, mosaïque) et par l'importance variable de la kératinisation et de la nécrose, et par la nature du stroma qui peut être plus ou moins abondant, plus ou moins vascularisé, œdémateux et inflammatoire, ou au contraire fibreux (4).

IV.1.5. Diagnostic positif

Devant une ulcération buccale unique et chronique le diagnostic de carcinome épidermoïde doit être évoqué. Le diagnostic clinique sera confirmé par (1) une biopsie (qui doit être réalisé en limites de la lésion avec une zone saine) (21), et un examen histopathologique.

L'examen des muqueuses recherchera systématiquement toutes autres lésions pouvant traduire une lésion ou un état précancéreux comme un lichen, une leucoplasie verruqueuse proliférante... ou une seconde localisation d'un cancer primitif, rechercher les signes de malignité (induration, bourgeonnement des bords, fixation au tissu sous-jacent, saignement)(1). La palpation permettra d'évaluer l'extension locale de la lésion et à distance au niveau des ganglions cervicaux, la radiographie l'extension osseuse dans sa forme lytique. On recherchera également les facteurs de risque, largement dominés par le tabac et l'alcool(1).

IV.1.6. Diagnostic différentiel

- ✓ Ulcération traumatique chronique.
- ✓ Aphte géant (mais fond nécrotique et douloureux dès le début).
- ✓ Sialométaplasie nécrosante (nodule très douloureux qui se nécrose et donne une ulcération profonde peu douloureuse).
- ✓ Ulcération tuberculeuse (rare de nos jours).
- ✓ Gomme syphilitique (très rare de nos jours).
- ✓ Ulcère éosinophilique.
- ✓ Mycoses systémiques.
- ✓ Granulomatose de Wegener.
- ✓ Granulome malin Centro-facial (1).

- ✓ Autres cancers : un lymphome, sarcome, mélanome ulcérés mais également une tumeur des glandes salivaires accessoires (tel que carcinome adénoïde kystique...).

IV.1.7. Traitement et pronostic

Le traitement est assuré par un groupe pluridisciplinaire associant chirurgien, radiothérapeute, chimiothérapeute, radiologue, anatomopathologiste et chirurgien-dentiste. Celui-ci intervient pour mettre en état la cavité buccale et donner des conseils d'hygiène avant tout traitement. Il effectuera également les soins pendant les traitements, mettra en place la prévention fluorée en cas de radiothérapie et participe à la surveillance post-thérapeutique.

Le traitement est essentiellement chirurgical et consiste en une exérèse large, avec des marges de sécurité suffisantes en tissu sain si possible. Les traitements par radio et chimiothérapie sont surtout complémentaires de la chirurgie dans les cas de tumeurs très étendues, dont les marges d'exérèse ne sont pas saines ou présentant des ganglions positifs. Ils constituent également des thérapeutiques palliatives de tumeurs inopérables.

Le pronostic reste malheureusement sombre avec une survie moyenne à 5 ans de 30% tous stades confondus (68).

IV.2. Lymphomes non hodgkiniens

IV.2.1. Définition

Les lymphomes malins non hodgkiniens (LMNH), sont des pathologies qui résultent de la transformation maligne des lymphocytes (69). Les LMNH intra oraux concernent les cellules de type B et sont très rares, ce qui rend leur diagnostic difficile. La cavité buccale est le site d'environ 2% de tous les lymphomes extra nodaux (70).

Ils sont rencontrés à tout âge, y compris chez les enfants qui présentent souvent des formes de haute malignité. Ils atteignent environ deux hommes pour une femme (4).

IV.2.2. Etiologie

- Les ultraviolets.
- Les aliments et les expositions chimiques.
- Immunodépression congénitale ou acquise (VIH, allogreffe).
- Le syndrome de Gougerot Sjögren (71).

IV.2.3. Aspect clinique

Le début de la maladie peut être silencieux ou explosif. Une polyadénopathie indolore et non inflammatoire est souvent le symptôme initial. Dans d'autres cas moins fréquents, la maladie débute par une fièvre, un amaigrissement (1), une asthénie, sueur nocturne (4), ou des signes cliniques liés aux localisations extra-ganglionnaires.

Généralement, le LMNH se présente sous l'aspect d'une masse indolore, mal limitée, qui peut s'ulcérer à un stade ultérieur. La surface de l'ulcération est irrégulière, reposant sur une base inflammatoire et indurée, mais respectant la muqueuse adjacente. (Figure 21).

Siège : la région amygdalienne, le palais, la base de la langue, les segments postérieurs de la gencive et le plancher buccal sont les localisations les plus fréquentes

Les manifestations buccales peuvent faire partie d'une maladie disséminée ou bien être l'unique localisation du LMNH. Une incidence accrue des LMNH a été observée chez les patients atteints de VIH (1) (figure 22)



Figure 22 : Lymphome malin non-hodgkinien intra-oral situé au-dessus de la première molaire maxillaire(76)

IV.2.4. Diagnostic positif

Le diagnostic peut être réalisé à partir d'une analyse histopathologique après un prélèvement par biopsie. Ce sont des lésions à évolution rapide et qui sont très agressives. On peut aussi réaliser le diagnostic à l'aide d'une numération formule sanguine (NFS).

IV.2.5. Diagnostic différentiel

- ✓ La maladie de Hodgkin.
- ✓ Les pseudo-lymphomes.
- ✓ La granulomatose de Wegener.
- ✓ Le granulome Centro-facial.
- ✓ L'ulcération à éosinophile.
- ✓ La Sialométaplasie nécrosante.
- ✓ Les mycoses systémiques.
- ✓ Le carcinome épidermoïdes (1).
- ✓ La tuberculose

IV.2.6. Traitement et pronostic

Les protocoles thérapeutiques sont complexes et comportent tous une polychimiothérapie. On associe en traitement complémentaire : des anticorps monoclonaux (augmentent le taux de réponse de la chimiothérapie) et de la radiothérapie(72).

L'exérèse chirurgicale peut aussi être réalisée.

IV.3. Granulome malin Centro facial

IV.3.1. Définition

Le Granulome malin Centro facial est une lésion destructrice, le plus souvent fatale (1). Il est surtout observé chez les individus jeunes ou d'âge moyen. A peu près deux tiers des patients sont des hommes(73).

IV.3.2. Etiologie

Son étiologie reste inconnue, même si le virus Epstein-Barr est fréquemment associé à cette maladie (73).

IV.3.3. Histopathologie

Au niveau histologique on note une prolifération de cellules atypiques de taille moyenne dont l'étude immunohistochimique précisera la nature : lymphocyte T ou NK. Les lésions ont une organisation angiocentrique et tendent à détruire les vaisseaux.

IV.3.4. Aspect clinique

Le stade précurseur se traduit par une infection du tractus respiratoire supérieur et par une obstruction nasale avec des déjections purulentes. Le processus destructeur concerne en premier la cavité nasale, le palais, ou la zone rétromolaire. Puis, par progression du processus nécrotique, ce sont les régions adjacentes qui sont détruites⁽⁷³⁾.

Dans les derniers stades de la maladie, ulcérations et nécroses progressent rapidement, détruisant et perforant tissus mous et os et provoquant des mutilations très importantes.(figure 23)



Figure 23: Granulome malin Centro facial : ulcère
et nécrose de la muqueuse palatine⁽⁷⁵⁾

IV.3.5. Diagnostic positif

Il est basé sur la reconnaissance des signes cliniques (d'autant plus évident que le stade de la maladie est avancé) et est confirmé par examen histopathologique.

IV.3.6. Diagnostic différentiel

- Granulomatose de Wegener
- ✓ Mycoses systémiques
- Lymphome non Hodgkinien
- Tumeurs malignes
- Tuberculose
- ✓ Sialométaplasie nécrosante (1).

IV.3.7. Traitement et pronostic

Le traitement se fait par radiothérapie et/ou chimiothérapie. Le pronostic de cette maladie reste très sombre dans la plupart des cas(1).La moyenne de survie est de 6mois et la survie à 5 ans n'est que de 9% (74).

V.Ulcérations infectieuses

V.1.Bactériennes

V.1.1.Syphilis

La syphilis est une maladie infectieuse extrêmement contagieuse causée par le tréponème pallidum. La contamination est presque toujours sexuelle (maladie sexuellement transmissible [MST]) et directe (97 % des cas). (27)

V.1.1.1. syphilis primaire

Le chancre est la lésion primaire de la syphilis acquise. (1) Il est de siège buccal dans 8% des cas. (2) Chez les hommes la plupart des chancres sont situés sur la lèvre supérieure et chez les femmes sur la lèvre inférieure. Les autres localisations buccales sont par ordre de fréquence la langue, le palais et les régions amygdaliennes. (1)

V.1.1.1.1. Signes cliniques

L'ulcération, pouvant atteindre jusqu'à 2cm de diamètre, est indolore, ronde, bien limitée, à bords réguliers, surélevés, entourée parfois d'un halo érythémateux. Le fond est plat, lisse, recouvert d'un exsudat gris jaunâtre. L'induration de la base est superficielle dite « en carte de visite ». La présence d'adénopathies sous mandibulaires de 4 à 5 ganglions indolores et mobiles est constante une semaine après l'inoculation. (98) (figure 24)

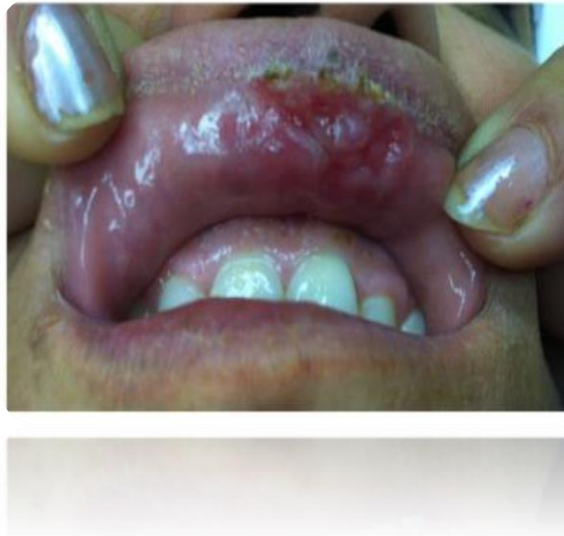


Figure 24 : Chancre d'inoculation siégeant au niveau de la lèvre supérieure. (87)

V.1.1.1.2. Diagnostic positif

Repose sur l'anamnèse, l'aspect clinique et les tests bactériologiques et sérologiques. (1)

➤ **Examens biologiques**

-l'examen direct au microscope. Le FTA-abs est la réaction la plus précoce en cas de suspicion clinique. (27)

-Les sérologies VDRL, TPHA et FTA sont positives un mois après la Contamination. (31)

V.1.1.2. Syphilis secondaire

C'est la phase des manifestations cliniques témoignant de la généralisation de la maladie. (27)

V.1.1.2.1. Signes cliniques

Les lésions de la muqueuse buccale se manifestent sous forme de plaques muqueuses légèrement surélevées, blanc grisâtre, habituellement entourées d'un halo rouge. Elles peuvent exister sous forme de lésions uniques mais le plus souvent multiples ; on parle de syphilides. Cependant, elles peuvent prendre d'autres aspects : érythémateuses, érosives, ulcéreuses, papuleuses, fissuraires, hypertrophiques ou végétantes. Dans un premier temps ces lésions ne sont pas infiltrées, mais auront tendance, avec le temps, à le devenir tout en étant souvent ulcérées. Cliniquement, on retrouve une polyadénopathie symétrique dans tous les territoires ganglionnaires, toujours indolore.

(73)(figure25)



Figure 25 : Syphilis secondaire : plaque muqueuse blanc-grisâtre, entourée d'un halo rouge, (JH 28 ans) (2)

V.1.1.2.2. Diagnostic positif

Le diagnostic est difficile. Un examen général est donc nécessaire pour rechercher les autres manifestations de la maladie (signes généraux, atteintes cutanées..) et compléter avec les examens biologiques. (27)

V.1.1.3. Syphilis tertiaire

Certains patients non traités vont évoluer vers une syphilis tertiaire. Ces manifestations peuvent être précoces, 2 à 3 ans après le chancre, ou plus tardives, après 10 à 30 ans d'évolution. (27)

V.1.1.3.1. Signes cliniques

L'ulcération est de taille variable, siégeant préférentiellement au niveau du palais, des lèvres ou de la langue. C'est une lésion large aux bords réguliers et surélevés, avec un fond anfractueux, érythémateux et lisse. On retrouve un halo rouge et blanchâtre en périphérie avec une base indurée. La lésion évolue souvent sur une surface appelée gomme syphilitique qui prend un aspect bombé, large, siégeant préférentiellement au niveau du palais dur ou de la langue. Les gommages syphilitiques sont des lésions granulomateuses non douloureuses de petite ou de très grande taille. (101) ces gommages peuvent entraîner une perforation palatine. (1) (figure 26)

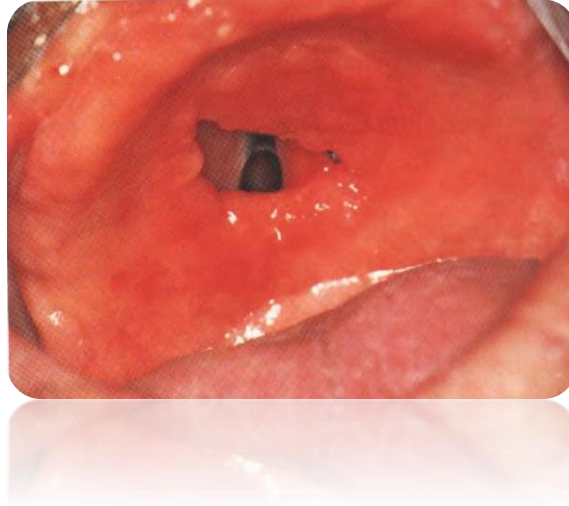


Figure 26 : gomme, perforation palatine (1)

V.1.1.3.2. Diagnostic positif

Repose sur des signes cliniques et les examens complémentaires. (Les sérologies déjà citées)

V.1.1.3.3. Traitement de la syphilis

-Syphilis primaire :

- Extencilline^R : 2,4 Mu IM en une injection
- Ou Bipénicilline^R ou Biclinocilline^R: 1 Mu IM par j pendant 10 j
- Ou Tétracyclines ou macrolides per os en cas d'allergie aux pénicillines. A éviter chez la femme enceinte. (6)
- Si aucun traitement n'est mis en place, la guérison se fera spontanément en 2 à 8 semaines en laissant une cicatrice. (88)

-Syphilis secondaire :

- Certains auteurs préconisent une 2eme injection d'Extencilline 2,4 MUI 8 j après la première. (6)

-Syphilis tertiaire :

Les mêmes schémas thérapeutiques sont à appliquer s'il n'existe pas de signes cliniques ou biologiques de neurosyphilis. La ponction lombaire est d'indication large : la neurosyphilis est traitée par Pénicilline G IV 15 à 20 Mu par j pendant 10 j. (6)

V.1.2. Tuberculose

La tuberculose est une maladie provoquée par une bactérie appelée *Mycobacterium Tuberculosis* qui touche le plus souvent les poumons et se propage dans les voies aériennes supérieures. (89) C'est l'une des maladies qui présentent un taux élevé de mortalité au monde. (26)

V.1.2.1. Signes cliniques

L'infection buccale est secondaire à la tuberculose pulmonaire. Elle se manifeste par une ulcération tuberculeuse. L'ulcération est indolore, irrégulière, avec une bordure fine mal limitée. Sa surface présente des végétations et est habituellement recouverte d'un enduit gris-jaunâtre. La muqueuse alentour est légèrement indurée et inflammatoire. La taille de l'ulcération varie de 1 à 5 cm. La face dorsale de la langue est la localisation la plus fréquente suivie par le palais, la muqueuse jugale et les lèvres. (1)



Figure 27 : ulcération tuberculeuse sur le bord lingual. (3)



Figure 28 : ulcération tuberculeuse jugale. (28)

V.1.2.2. Histopathologie

La biopsie montre de nombreux granulomes constitués de cellules épithélioïdes avec des cellules de Langhans et une nécrose caséuse. (2)

V.1.2.3. Diagnostic positif

Se fait par les examens laboratoires.

➤ **Examens laboratoires**

Le diagnostic est fait par l'examen histologique, les cultures (1) (le diagnostic est établi lorsque les bacilles tuberculeux sont mis en évidence (26) figure 29) et les tests cutanés tuberculeux (réalisés par un infectiologue par un test d'intra dermo réaction IDR. (5)). La radiographie du thorax montre très fréquemment l'atteinte pulmonaire. (1) (figure 29)



Figure 29 : Frottis montrant des bacilles de Koch colorés en rouge magenta avec, au centre, quelques leucocytes (coloration de Ziehl, $\times 1\ 250$, immersion) (27)

V.1.2.4. Diagnostic différentiel

- ✓ Mycoses systémiques.
- ✓ Carcinome épidermoïde.
- ✓ Sialométaplasie nécrosante.
- ✓ Granulomatose de Wegener.
- ✓ Granulome malin.
- ✓ Aphte géant.

- ✓ Syphilis.
- ✓ Ulcère éosinophilique. (1)

V.1.2.5. Traitement

Le traitement spécifique médical repose sur les protocoles associant plusieurs molécules anti bacillaires (rifampicine, isoniazide, pyrazinamide, ethambutol) administré par voie orale. Le traitement est de 6 mois. La mise en route du traitement antituberculeux permet une amélioration rapide de l'ulcération et de l'état général. (6)

V.1.3. La maladie des griffes du chat

Encore connue sous les dénominations de lymphoréticulose bénigne d'inoculation et lymphogranulome bénin, la maladie des griffes du chat est une zoonose. (83) Elle concerne principalement l'enfant (80 % des cas).

L'agent bactérien en cause, *Bartonella henselae*, est un bacille à Gram négatif intracellulaire, principalement hébergé dans la cavité buccale des chats. La transmission se fait souvent par griffure ou bien morsure. (85) Cette dernière est l'une des causes les plus fréquentes de lymphadénopathie chronique chez les enfants et les adolescents. (84)

V.1.3.1. Signes cliniques

Le chancre d'inoculation (griffure) est situé sur la gencive. La lésion se présente sous forme d'ulcération, ou d'un point de petite taille, suppuré, au niveau du site d'inoculation. La lésion est de taille variable, généralement petite, et peu étendue. Les bords sont plats, le fond est irrégulier et jaunâtre, avec une base bombée.

1 à 2 semaines après l'inoculation, on retrouve des adénopathies caractéristiques solitaires ou locorégionales. Le patient souffre de fièvres intenses et les lymphonœuds commencent à suppurer. Ceci entraîne une réaction inflammatoire qui peut entraîner des symptômes associés comme l'arthrite et l'ostéite. (86) Figure 30.



Figure 30 : chancre d'inoculation gingival. Lymphoréticulose bénigne. (3)

V.1.2.2. Diagnostic positif

Repose essentiellement sur l'anamnèse à la recherche d'une interaction avec un chat mais doit absolument être confirmé soit par :

- **Un diagnostic direct** : La biopsie, cultures de sang, pour la mise en évidence de la bactérie sur frottis sanguin et sur coupes histologiques.
- **Un diagnostic indirect** : La sérologie qui révèle un nombre d'IGG supérieur ou égale à 51 en IFI ce qui représente une valeur significative lors de la maladie des griffes du chat. (83)

V.1.2.3. Diagnostic différentiel

Comprend :

- ✓ La tuberculose
- ✓ Ulcération traumatique (3)

V.1.2.4. Traitement

L'évolution habituelle est une régression lente et spontanée des signes. Aucun traitement antibiotique n'apparaît justifié dans les formes typiques.

Dans les formes systémiques, une régression plus rapide des signes cliniques a été obtenue avec certains antibiotiques : azithromycine, rifampicine, ciprofloxacine (âge > 12 ans). (85)

V.2. Virales

V.2.1. Cytomégalovirus

Le cytomégalovirus est une infection virale congénitale commune chez l'humain et notamment chez le patient immunodéprimé. Il se transmet par voies salivaire, sexuelle, sanguine (greffe, transfusion) et materno-foetale ou néo-natale (allaitement). (91) La présence des lésions muqueuses indiquent une infection généralisée concomitante. (6) Ces infections constituent un critère de sida. (79)

V.2.1.1. Signes cliniques

Une infection à cytomégalovirus de la cavité buccale peut être suspectée en cas d'ulcération de grande taille, profonde, de forme irrégulière, unique et douloureuse.

Typiquement ces ulcérations sont dépourvues de liseré érythémateux. On observe fréquemment une gingivite et une parodontite importante et agressive. Les ulcérations sont persistantes et récurrentes, elles peuvent conduire à des cicatrices. (2) (figure 31)



Figure 31 : CMV, ulcération au niveau de la joue (2)

V.2.1.2. Diagnostic positif

Le diagnostic se fait par la mise en évidence de cytomégalovirus dans le sang et par un examen histologique des lésions. (2)

La biopsie permet le diagnostic par immunohistochimie. (6)

V.2.1.3. Diagnostic différentiel

Comprend :

- ✓ Aphtes
- ✓ Tuberculose
- ✓ Syphilis
- ✓ Carcinome épidermoïde
- ✓ Traumatisme mécanique
- ✓ Ulcérations médicamenteuses (2)

V.2.1.4. Traitement

Le traitement repose sur l'administration par voie intraveineuse de ganciclovir, valganciclovir, cidofovir ou foscarnet. (6)

V.2.2. Infection par le VIH

Le virus de l'immunodéficience humaine est un rétrovirus qui s'attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit ou les rend inefficaces.

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est le dernier stade de l'infection à VIH. Il peut déclarer au bout de 10 à 15 ans. Les antis rétroviraux permettent de ralentir son évolution. (6)

Les manifestations infectieuses buccales peuvent être d'origine fongique, virale ou bactérienne. Parmi les infections fongiques, la candidose buccale est une manifestation précoce et fréquente qui apparaît chez 75% des malades. (1)

V.2.2.1. Signes cliniques

On retrouve plus rarement des ulcérations uniques caractéristiques de la maladie.

L'ulcération se présente sous forme d'une lésion unique, de taille variable, souvent étendue. On la retrouve généralement au niveau des bords de la langue ou de la muqueuse parodontale, mais elle peut s'étendre à toutes les zones de la cavité buccale. La lésion est creusante, aux bords surélevés, œdématisés, avec une périphérie érythémateuse. (92) (figure 32)



Figure 32 : Ulcération unique due au VIH (101)

V.2.2.2. Diagnostic positif

Le diagnostic positif se fait par l'anamnèse et les examens complémentaires.

➤ **Examens de laboratoires**

Le plus largement utilisés sont la recherche d'anticorps anti HIV sériques ou plasmatiques par la méthode ELISA, le Western-blot et l'examen en immunofluorescence indirecte. (1)

La biopsie a un rôle majeur pour préciser une éventuelle étiologie infectieuse ou tumorale. Elle doit être systématisée. (79)

V.2.2.3. Le diagnostic différentiel

Comprend :

- ✓ La tuberculose
- ✓ La Sialométaplasie nécrosante
- ✓ Le carcinome épidermoïde
- ✓ La gingivite ulcéro-nécrosante
- ✓ Les ulcères éosinophiliques
- ✓ La syphilis
- ✓ Les tumeurs des glandes salivaires (101)

V.2.2.4. Traitement

Il n'y a pas de traitement étiologique. (1) le traitement antirétroviral précoce entraîne la disparition des lésions. (93)

V.3. Mycosiques

V.3.1.Histoplasmose

Il s'agit d'une mycose systémique granulomateuse et suppurative due à *Histoplasma capsulatum*, champignon tellurique répandu dans l'est et le centre des États-Unis (Mississippi, Grands Lacs) et dans les régions tropicales du globe. L'infection généralisée est fréquente chez les immunodéprimés. (30)

V.3.1.1. Signes cliniques

L'ulcération est irrégulière, anfractueuse, siège au sommet d'une masse tumorale bourgeonnante, mal limitée, ferme mais pas dure. Les bords ne sont pas éversés. (3) Le fond est granuleux recouvert d'un enduit blanchâtre. (94) (figure 33)



Figure 33 : Ulcère présent sur le bord latéral gauche de la langue(94)

V.3.1.2. Histopathologie

On retrouve dans le cytoplasme des histiocytes, la présence de corps basophiles encapsulés caractéristiques de l'histoplasmose. (95) (figure 34).

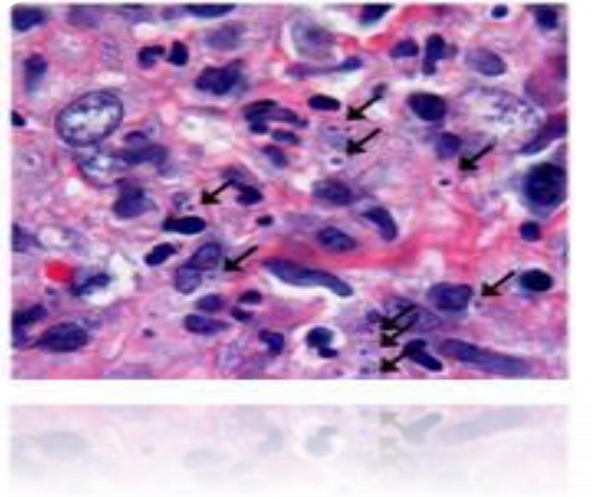


Figure 34 : Vue histologique caractéristique de l’histoplasmosé (95)

V.3.1.3. Diagnostic positif

Le diagnostic positif est mycologique à la recherche de levures ovoïdes intracellulaires de très petite taille à l’examen direct ; la culture peut être lente (2 à 4 semaines) et ne doit pas retarder la mise route d’un traitement.

Les examens immunologiques peuvent permettre le diagnostic : immunodiffusion, test cutané et sérologie (apparition des anticorps sériques après 4 à 8 semaines). (30)

La biopsie par immunohistochimie est aussi utile pour le diagnostic. (101)

V.3.1.4. Diagnostic différentiel

Comprend :

- ✓ Le carcinome épidermoïde.
- ✓ Le lymphome.
- ✓ Tuberculose.
- ✓ Infection fongiques généralisées. (1)

V.3.1.5. Traitement

Kétoconazole et amphotéricine B sont actifs sur l’histoplasmosé. (1)

V.4.Parasitaires

V.4.1.Leishmaniose

La leishmaniose cutanée est une infection parasitaire due à des leishmanias. Les phlébotomes transmettent le parasite de l'animal infecté (surtout le chien et les rongeurs sauvages (2)) à l'homme. Trois entités distinctes ont été décrites : les leishmanioses cutanées, cutanéomuqueuses et systémiques.

La leishmaniose cutanée est endémique dans les zones tropicales, subtropicales et dans le pourtour méditerranéen. (1)

V.4.1.1. Signes cliniques

Les lèvres peuvent être atteintes sous forme d'une petite papule qui s'agrandit lentement. Puis se forme un nodule indolore rouge ou marron-rouge, de surface lisse et brillante qui ensuite s'ulcère. L'ulcération est recouverte d'une croûte gris-brun et les tissus voisins prennent un aspect inflammatoire. (1) (figure 35)

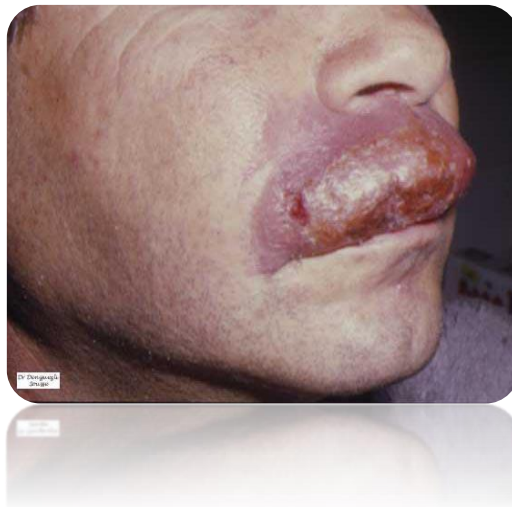


Figure 35: leishmaniose de la lèvre supérieure (2)

V.4.1.2. Diagnostic positif

Repose sur les examens laboratoires.

➤ **Examen laboratoires**

L'histopathologie, l'isolement et l'identification du parasite et le test cutané à la leishmanine (1) test Montenegro (2)

V.4.1.3. Diagnostic différentiel

Comprend :

- ✓ Carcinome épidermoïde, carcinome baso-cellulaire.
- ✓ Kérato-acanthome.
- ✓ Le chancre syphilitique.
- ✓ L'érysipèle. (1)

V.4.1.4. Traitement

Comprend l'administration d'antimoniote de méthyl-glucamine (glucantime) et d'anti-malariques, les stéroïdes locaux et, rarement l'excision chirurgical. (1) L'amphotéricine B est utilisée lors des résistances ou chez les sujets immunodéprimés (AmBisome ®). (2)

VI- Ulcérations liées à des vascularites

VI.1. Artérite à cellules géantes

L'artérite à cellules géantes (ACG), anciennement dénommée « Maladie de Horton », est une affection inflammatoire chronique qui atteint principalement les artères de calibre moyen et gros provenant de l'arc aortique et, plus fréquemment, les branches de l'artère carotide externe chez le sujet âgé(80).

La cause exacte de l'artérite est inconnue. Il s'agit très probablement d'une maladie liée à des mécanismes auto-immuns, c'est-à-dire à un dérèglement du système de défense de l'organisme (le système immunitaire). (81)

Les malades, le plus souvent des femmes, se plaignent de céphalées, d'anorexie, de fatigue. Des troubles visuels peuvent s'installer de manière progressive jusqu'à la cécité. (2)

VI.1.1. Signes cliniques

Les manifestations intra-buccales de l'ACG, liées à l'atteinte des artères linguale et maxillaire, comportent des douleurs/brûlures buccales, une pâleur des muqueuses, une claudication de la langue et des ulcérations nécrotiques, notamment à localisation linguale, Pelvienne buccale et labiale. (80) L'ulcération linguale peut être un signe révélateur de cette ACG. Elle est de grande taille, extensive et nécrotique sur fond de glossite. Un autre symptôme caractéristique est la claudication des muscles masticatoires, la douleur obligeant le patient à faire des pauses. (6) (figure 36)



Figure 36 : Horton : ulcération linguale (5)

VI.1.2. Histopathologie

L'analyse de la biopsie met en évidence une ulcération non spécifique associée à un infiltrat inflammatoire lymphocytaire chronique clairsemé. (96)

VI.1.3. Diagnostic positif

Le diagnostic de l'ACG repose sur la présence d'au moins trois des cinq critères définis par le Collège Américain de Rhumatologie en 1990. La biopsie de l'artère temporale superficielle est le *goldstandard* du diagnostic mais elle est faussement négative dans 10 à 25 % des cas. L'imagerie des artères atteintes est un outil diagnostique efficace, notamment l'écho-doppler. Le PET scanner et l'IRM apportent des informations utiles au diagnostic, notamment lorsque les artères profondes sont touchées. (80)

VI.1.4. Diagnostic différentiel

- ✓ Nécrose linguale provoquée par l'ergotamine
- ✓ Nécrose linguale après irradiation cervico-faciale
- ✓ Nécrose linguale due à la calciphylaxie (calcification des tissus mous)

- ✓ Carcinome épidermoïde
- ✓ Lymphome
- ✓ Sarcome
- ✓ Syphilis
- ✓ Tuberculose (97)

VI.1.5. Traitement

Le traitement de référence est la corticothérapie à des fortes doses. Le traitement a une durée de 2 ans minimum, voire toute la vie, car le risque de rechute est élevé à l'arrêt de la corticothérapie. (80)

Pour ce qui est des répercussions buccales, il n'existe que de traitement d'appoint symptomatologique. La glossectomie n'est pratiquée que pour les cas les plus extrêmes, où la macroglossie pourrait entraîner une obstruction des voies aériennes. (2)

VI.2. Granulomatose de Wegener

Est une maladie chronique rare de cause inconnue. (1) Elle est caractérisée par une vascularite nécrosante de petits vaisseaux. Les lésions granulomateuses nécrotiques atteignent l'appareil respiratoire, accompagnant une glomérulite nécrosante. (109) Les lésions buccales sont assez fréquentes bien que l'incidence exacte non chiffrée. (1)

VI.2.1. Signes cliniques

Les lésions apparaissent comme des ulcérations uniques ou multiples entourées d'une zone inflammatoire. (1) La localisation palatine d'ulcération est évocatrice. L'hyperplasie gingivale papillaire pourpre, granuleuse et friable dite « framboisée » est spécifique mais non pathognomonique. (5) (figure 37)



Figure 37 : Granulomatose de Wegener, large ulcération de la langue entourée d'une zone érythémateuse. (1)

VI.2.2.Diagnostic positif

Il est basé sur l'examen histopathologique et sur la détection dans le sérum d'anticorps anti cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA). (2)

VI.2.3.Diagnostic différentiel

Comprend :

- ✓ Granulome malin
- ✓ Tuberculose
- ✓ Lymphome non hodgkinien
- ✓ Carcinome épidermoïde
- ✓ Leucémies
- ✓ Mycoses systémiques (109)

VI.2.4.Traitement

Le traitement repose essentiellement sur les corticoïdes, le cyclophosphamide et le méthotrexate. (2)

VII- Sialométaplasie nécrosante

La Sialométaplasie nécrosante est une inflammation bénigne des glandes salivaires d'évolution spontanément favorable. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, habituellement vers 40-50 ans. (1)

Il s'agit d'une lésion à localisation palatine exclusive, rare. (32)

L'étiologie semble favorable à une nécrose ischémique post-infarctus vasculaire. (109)

VII.1. Signes cliniques

La lésion se présente sous l'aspect d'un nodule sous-muqueux conduisant rapidement à un ulcère cratiforme de 1 à 5 cm de diamètre. L'ulcération est localisée sur la partie postérieure du palais, elle est indolore. La Sialométaplasie guérit spontanément en 2 à 3 mois, laissant une cicatrice légèrement déprimée. Cette lésion ressemblant à un carcinome, elle peut être à l'origine d'une exérèse chirurgicale inutile et délabrante. (109) Figure 38.



Figure 38 : Sialométaplasie nécrosante du palais. (1)

VII.2. Histopathologie

On découvre une ulcération avec un tissu de granulation inflammatoire non spécifique, une nécrose des lobules salivaires de type ischémique absolu en périphérie, une néo vascularisation et une métaplasie épidermoïde marquée des canalicules et acini muqueux au centre de la lésion, ou l'ischémie est relative. L'architecture glandulaire lobulaire conserve son arrangement. (15)

VII.3. Diagnostic positif

Basé sur la clinique, l'anamnèse (rechercher un traumatisme local) et sur l'examen histologique des biopsies. (2)

VII.4. Diagnostic différentiel

Comprend :

- ✓ Carcinome épidermoïde
- ✓ Carcinome adénoïde kystique
- ✓ Ulcère traumatique
- ✓ Granulome malin (109)

VII.5. Traitement

Symptomatique, analgésique si nécessaire, les lésions guérissent spontanément. (109)

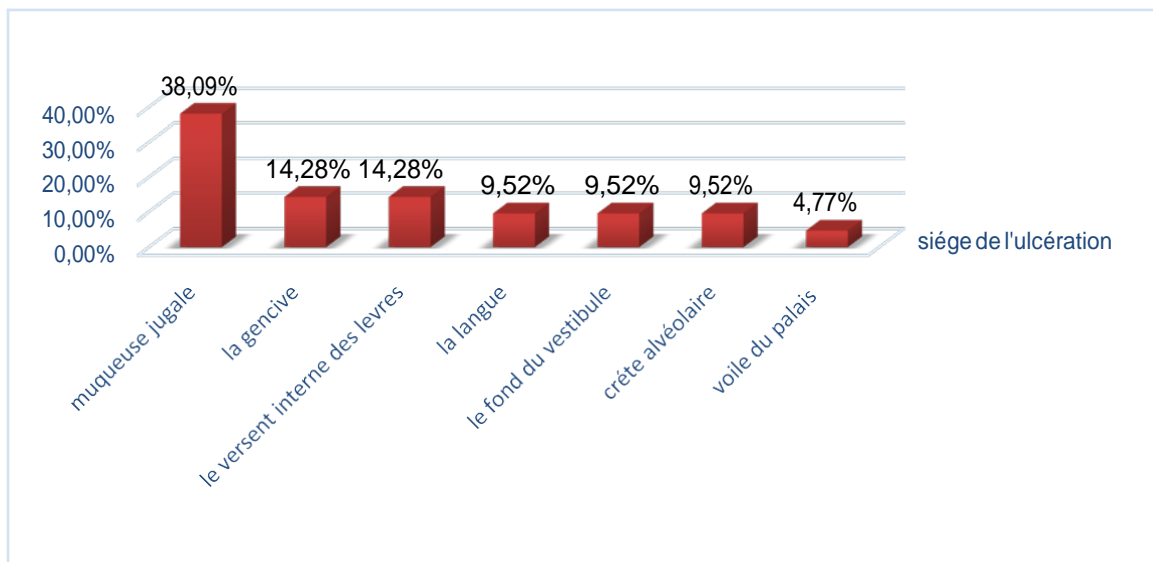
Partie
expérimentale

INTRODUCTION :

Notre étude a comporté 20 malades pris en charge au sein de la clinique dentaire de CHU Tizi-Ouzou, et un malade qui a consulté auprès de Dr DELLECI. Du fait de l'effectif restreint des malades enquêtés, aucune considération statistiquement significative ne peut être retenue, ni au moins, notre étude a permis de dresser un profil épidémiologique et de décliner une évocation diagnostique à partir des cas observés.

I. Profil épidémiologique des cas observés :

1. Répartition des ulcérations selon la Topographie :

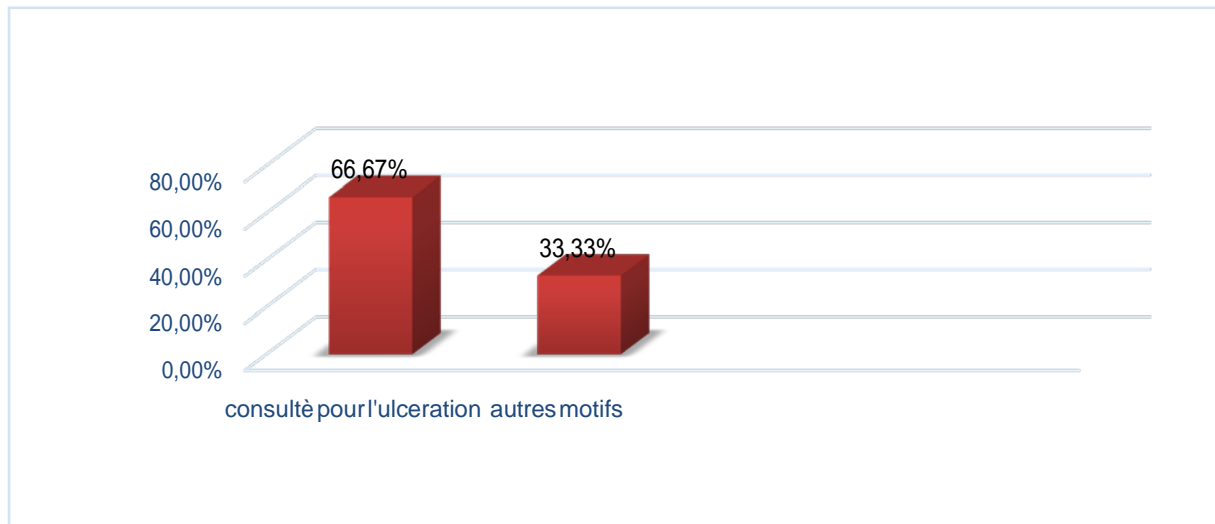


Histogramme 1 : la répartition des ulcérations selon la Topographie

Discussion

L'étude des cas vus a montré la fréquence des ulcérations uniques au niveau de la muqueuse jugale avec un pourcentage de 38.09%, suivie de la gencive et le versant interne des lèvres avec un pourcentage de 14.28% alors que la localisation linguale et le fond du vestibule et les crêtes alvéolaires est de 9.52% des cas, tandis que le voile du palais présente le plus faible pourcentage 4.76%.

2. la répartition des ulcérations selon le motif de consultation :



Histogramme 2 : la répartition des cas selon le motif de consultation

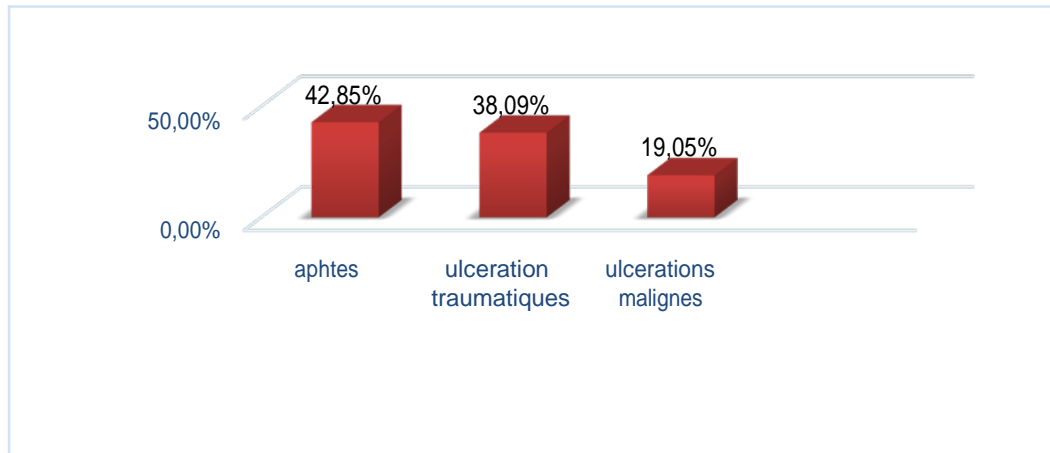
Discussion :

Notre étude a révélé que le motif de consultation de la majorité des cas étudiés était des douleurs et gêne fonctionnelle ; dues aux ulcérations avec un pourcentage de 66.67% alors que 33.33% ont consulté pour d'autres motifs (péricoronarites des dents de sagesse, extraction dentaire, les soins dentaire...) et la découverte de l'ulcération était fortuite après un examen clinique.

3. Répartition des ulcérations selon le type :

Le diagnostic des ulcérations uniques de la muqueuse buccale les plus fréquents sont : l'aphte, l'ulcération traumatique et l'ulcération maligne.

Etude clinique et évocations diagnostiques



Histogramme 3 : la répartition des cas selon le diagnostic

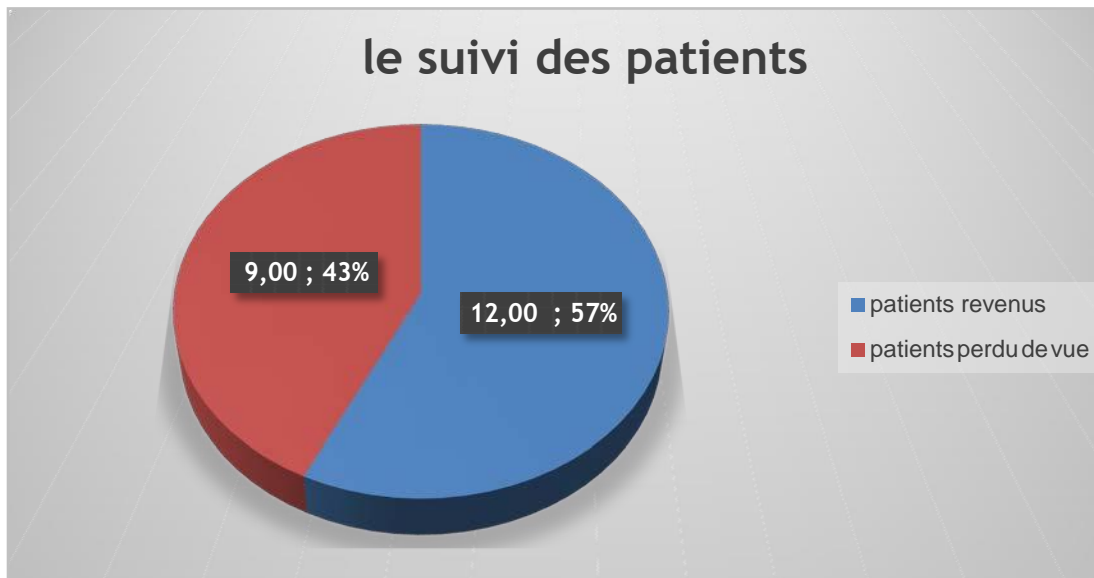
Discussion :

Notre étude clinique a révélé que la fréquence des aphtes est de 42.85%, celle des ulcérations traumatiques est de 38.09% des cas consultés alors que les ulcérations malignes occupent la dernière catégorie avec une fréquence de 19.05%.

Même si, les ulcérations bénignes dominent les ulcérations malignes, le pourcentage de ces dernières n'est pas négligeable et restent des ulcérations à craindre en cas d'ulcération unique de la muqueuse buccale.

Le diagnostic reste généralement clinique mais des examens complémentaires peuvent être demandés en fonction des cas à fin d'arriver à un diagnostic de certitude.

4. Suivi des Patients :

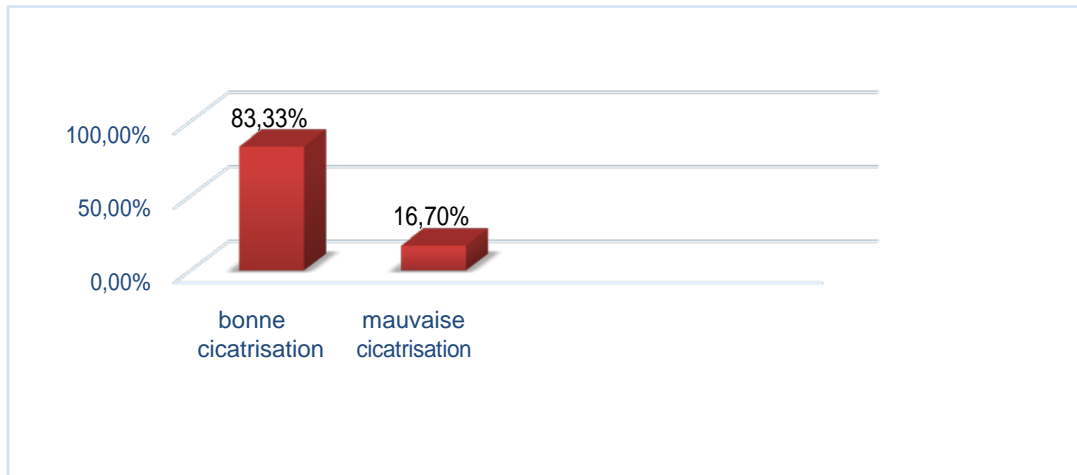


Secteur 1 : les patients contrôlés et non contrôlés

Parmi les 21 malades vus, on a pu effectuer le suivi de 12 patients. Alors que le reste des patients ont été perdus de vue.

5. Appréciation De la qualité de cicatrisation :

Les patients ont bénéficié d'une prise en charge adaptée pour chaque cas (traitement étiologique, traitement médical, des examens complémentaires, orientation vers d'autres spécialités ...)



Histogramme 4 : l'efficacité des traitements

Discussion :

Les résultats obtenus ont été satisfaisants avec une bonne cicatrisation pour la majorité des cas (83.33% des cas) ce qui expliquerait l'efficacité des traitements prescrits.

II. EVOCATIONS DIAGNOSTIQUES

Cas n° 01 : Ulcération Traumatique

Nom/prénom : A.N

Age : 38 ans

Etat général : R A S

Antécédents médicaux : R A S

Motif de consultation : douleurs au niveau de la 38 et la muqueuse jugale qui l'entoure.

Examen exo-buccal :

° **Téguments :** R A S

° **ADP :** R A S

Examen endo-buccal :

° **Hygiène :** moyenne.

° **Examen des muqueuses :** ulcération unique sur la muqueuse jugale gauche en regard de la face délabrée de la 38.

° **Examen de la denture:** endentement partiel, poly carie, 38 délabrée.

° **Examen de lésion :(figure 39)**

- **Siège :** muqueuse jugale gauche.
- **Date d'apparition :** une semaine
- **Mode d'apparition :** évoluant progressivement.
- **Taille :** environs 1 cm de diamètre.
- **Forme :** ronde.
- **Base :** ferme.
- **Contours :** ronds épousant la forme du délabrement.
- **Bords :** réguliers.
- **Nombre :** une seule ulcération unique.

- **Fond :** blanc-jaunâtre.
- **Douleurs :** intense surtout au contact d'une alimentation acide, dure.
- **Etat des muqueuses qui entoure la lésion :** R A S.
- **Etiologie :** dent délabrée (38).



Figure 39 : ulcération sur la muqueuse Jugale gauche

Examen complémentaire : /

Diagnostic : ulcération unique traumatique sur la muqueuse jugale gauche.

Traitement : étiologique → extraction de la dent délabrée.

Chlorhexidine 0.12% 3 fois par jour pendant 5 jours à commencer le lendemain de l'exo.

Contrôle : une semaine après extraction de la dent causale → cicatrisation complète de la lésion. (Figure 40)



Figure 40 : cicatrisation complète de l'ulcération traumatique

Cas n° 02 : Ulcération traumatique

Nom/prénom : T.A

Age :41 ans

Etat général : R AS

Antécédents médicaux : R A S

Motif de consultation : douleurs au fond du vestibule supérieur (région de la prémolaire supérieure droite 15).

Examen exo-buccal :

- **Téguments** : R A S
- **ADP** : R A S

Examen endo-buccal :

- **Hygiène** : mauvaise.
- **Examen des muqueuses** : hyperplasie sur la région antéro-supérieure droite en avant de l'ulcération, ulcération traumatique au fond du vestibule de la région déjà citée.
- **Examen de la denture** : prothèse totale au maxillaire supérieur et édenté partiel à la mandibule avec des poly caries et récessions gingivales.
- **Examen de lésion (figure 41 et 42)**
 - **Siège** : au fond du vestibule de la région prémolaire supérieure droite
 - **Date d'apparition** : environ une semaine.

- **Mode d'apparition** : suite au contact du bord de la prothèse défectueuse.
- **Taille** : environ 1 cm de longueur sur environ 0.4mm de largeur.
- **Forme** : ovalaire.
- **Base** : ferme.
- **Contours** : épouse la forme du bord prothétique
- **Bords** : réguliers
- **Nombre** : une seule ulcération
- **Fond** : blanchâtre.
- **Douleurs** : à la mastication surtout.
- **Etat des muqueuses qui entoure la lésion** : rougeâtre.
- **Etiologie** : bord tranchant de la prothèse inadaptée.



Figure 41 : prothèse mal adaptée



Figure 42 : ulcération unique au fond du vestibule

Examen complémentaire : /

Diagnostic : ulcération unique traumatique causée par le bord d'une prothèse mal adaptée.

Traitement :

- Dépose de la prothèse défectueuse jusqu'à cicatrisation.
- Bain de bouche : Eludril → 1 BDB 4 fois par jour pendant une semaine.
- Réhabilitation prothétique.

Contrôle : patient perdu de vue.

Cas n° 03 : Aphte

Nom/prénom : H.M

Age : 20 ans

Etat général : R A S

Antécédents médicaux : R A S

Motif de consultation : douleurs localisées au niveau de la dent de sagesse inférieure droite (la 48) en évolution.

Examen exo-buccal :

° **Téguments :** RAS

° **ADP :** R A S

Examen endo-buccal :

° **Hygiène :** insuffisante.

° **Examen des muqueuses :** on note une ulcération unique sur la muqueuse jugale droite en regard de la 2^{ème} prémolaire mandibulaire (45).

° **Examen de la denture :** Des poly caries, 48/38 enclavée.

° **Examen de lésion : (figure 43)**

- **Siège :** sur la muqueuse jugale droite en regard de la 45.
- **Date d'apparition :** environ 02 jours.
- **Mode d'apparition :** d'emblée.
- **Taille :** environ 5mm de diamètre.
- **Forme :** ronde.
- **Base :** ferme.
- **Contours :** entouré d'un halo érythémateux.
- **Bords :** réguliers.
- **Nombre :** unique.
- **Fond :** blanc jaunâtre nécrotique
- **Douleurs :** absentes.
- **Etat des muqueuses qui entoure la lésion :** rougeâtre.
- **Etiologie :** le chaud, le manque d'hygiène alimentaire (d'après le malade).



Figure 43 : ulcération unique sur la muqueuse jugale droite

Examen complémentaire: /

Diagnostic : ulcération unique → aphte vulgaire

Péricoronarite sur la 48.

Traitement :

- Amoxicilline 1g qsp 08jr → 1 Cp 2x/jr
- Paracétamol 1g 01 bte → 1 Cp en cas de douleur
- Eludrilbdb → 03 applications par jour pdt une semaine

Contrôle :

après 02 jours du traitement → régression de la lésion. (Figure 44)



Figure 44 : régression de l'aphte vulgaire

Après une semaine de traitement → cicatrisation de la lésion sans séquelles. (Figure 45)



Figure 45 : cicatrisation complète de la lésion

Cas n° 04 : Aphte

Nom et prénom : S.A

Age : 23ans

Etat général : RAS

Antécédents médicaux : RAS

Motif de consultation : douleurs au niveau de la langue.

Examen exo-buccal :

- **Téguments :** d'aspects normaux.
- **ADP :** une adénopathie sous maxillaire du côté droit de 5mm de diamètre ferme, douloureuse et mobile par rapport au plan profond.

Examen endo-buccal :

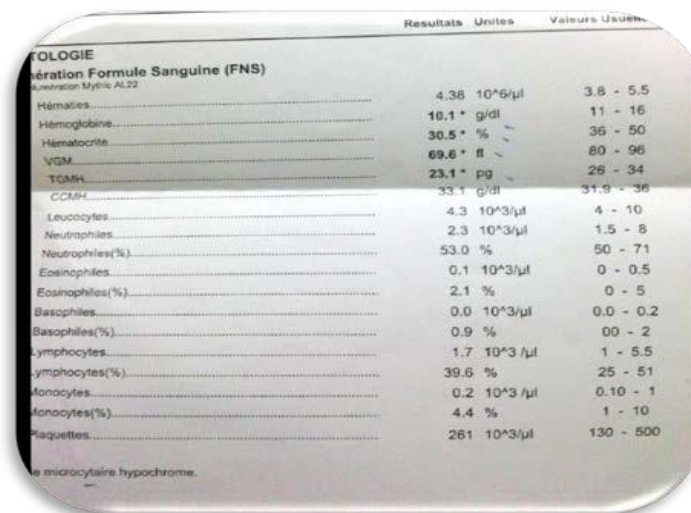
- **Hygiène :** moyenne.
- **Examen des muqueuses :** RAS
- **Examen de la denture :** 48 enclavée
- **Examen de lésion : (figure 46)**
 - **Siège :** bord de la langue postérieurement
 - **Date d'apparition :** depuis 5 jours environs
 - **Mode d'apparition :** picotement, évolution progressive.
 - **Taille :** 7mm de diamètre.
 - Forme :** ovale.
 - Base :** ferme.
 - **Contours :** entourés d'un liseré érythémateux.
 - **Bords :** réguliers.
 - **Caractère :** unique et récidivant
 - Nombre :** 1
 - **Fond :** de couleur blanchâtre.
 - **Douleurs :** provoquées lors de l'élocution
 - **Etat des muqueuses qui entoure la lésion :** de couleur rougeâtre
 - Etiologie :** inconnue



Figure 46 : ulcération sur le bord lingual droit

Examen complémentaire :

Bilan FNS :(figure 47)



	Resultats	Unités	Valeurs Usuelles
HÉMOLOGIE			
Formule Formule Sanguine (FNS)			
<small>Automation Mytic AL22</small>			
Hématies	4.38	10 ⁶ /µl	3.8 - 5.5
Hémoglobine	10.1*	g/dl	11 - 16
Hématocrite	30.5*	%	36 - 50
VGM	69.6*	fl	80 - 96
TGMH	23.1*	pg	26 - 34
CCMH	33.1	g/dl	31.9 - 36
Leucocytes	4.3	10 ³ /µl	4 - 10
Neutrophiles	2.3	10 ³ /µl	1.5 - 8
Neutrophiles(%)	53.0	%	50 - 71
Eosinophiles	0.1	10 ³ /µl	0 - 0.5
Eosinophiles(%)	2.1	%	0 - 5
Basophiles	0.0	10 ³ /µl	0.0 - 0.2
Basophiles(%)	0.9	%	00 - 2
Lymphocytes	1.7	10 ³ /µl	1 - 5.5
Lymphocytes(%)	39.6	%	25 - 51
Monocytes	0.2	10 ³ /µl	0.10 - 1
Monocytes(%)	4.4	%	1 - 10
Plaquettes	261	10 ³ /µl	130 - 500

le microcytaire hypochrome.

Figure 47: bilan FNS

Interprétation : Le bilan révèle la présence d'une anémie microcytaire

Diagnostic : aphte vulgaire sur le bord lingual

Démarche thérapeutique :

Traitement Médical :

- Vit c (cp) → 1bte : 1cp 2fois par jour
- Lidocaïne 2% gel → 1bte : Appliquer 5min avant l'alimentation
- Aspégic 500mg sachet → 1bte : Pour gargarissations de 3mn

*Orientation de la patiente pour le traitement de son anémie.

Contrôle : après 07 jours de traitement, cicatrisation complète de la lésion. (Figure 48)



Figure 48 : cicatrisation complète de l'aphte vulgaire

Cas n°05 : Aphte

Nom/prénom : A.M

Age : 23 ans

Etat général : RAS

Antécédents médicaux : pas d'antécédents.

Motif de consultation : découverte fortuite lors d'un contrôle du site extractionnel de la 35 incluse.

Examen exo-buccal :

- **Téguments :** d'aspects normaux.
- **ADP :** pas d'adénopathies.

Examen endo-buccal :

- **Hygiène :** mauvaise.
- **Examen des muqueuses :** RAS
- **Examen de la denture :** 35, 16 absentes.
- **Examen de lésion : (figure 49).**
 - **Siège :** versant interne de la lèvre en regard de la 34.
 - **Date d'apparition :** découverte fortuite.
 - **Mode d'apparition :** ulcération de petit diamètre qui s'agrandit.
 - **Taille :** 5mm de diamètre.
 - Forme :** ovale.
 - Base :** ferme
 - **Contours :** entourée d'un liseré érythémateux.
 - **Bords :** réguliers.
 - **Caractère :** unique et récidivant
 - **Fond :** blanchâtre.
 - **Douleurs :** provoquées à la mastication.
 - **Etat des muqueuses qui entoure la lésion :**
 - léger changement de couleur.
 - Etiologie :** inconnue.



Figure 49 : ulcération au fond du vestibule

Examen complémentaire : /

Diagnostic : aphte vulgaire au niveau du fond du vestibule antéro- inférieur.

Traitement :

- Vit c (cp)→1cp /jour pendant 1 mois.
- Eludril BDB→1bdb, 3fois/jour pendant une semaine

Contrôle : patient perdu de vue.

Cas n°06 : Aphte

Nom et prénom : G.L

Age : 28ans

Etat général : RAS

Antécédents médicaux : RAS

Motif de consultation : douleurs au niveau de la muqueuse jugale droite.

Examen exo-buccal :

- **Téguments :** d'aspects normaux.
- **ADP :** pas d'adénopathies.

Examen endo-buccal :

- **Hygiène :** mauvaise
- **Examen des muqueuses :** constatation d'une ulcération au niveau de la muqueuse jugale droite.
- **Examen de la denture :** 45absente, 46 délabrée ,47/36 cariées.
- **Examen de lésion : (figure 50)**
 - **Siège :** muqueuse jugale droite
 - **Date d'apparition :** depuis 7jours environs
 - **Mode d'apparition :** évolution progressive.
 - **Taille :** 6mm de diamètre.
 - Base :** ferme
 - **Contours :** irrégulier
 - Bords :** net
 - Nombre :** 1
 - **Fond :** jaunâtre
 - **Douleurs :** provoquées à la mastication parfois spontanée
 - **Etat des muqueuses qui entoure la lésion :** léger changement de couleur de la muqueuse bourdante.
 - **Etiologie :** non identifiée.



Figure 50 : ulcération unique sur la muqueuse jugale droite

Examen complémentaire : RAS

Diagnostic : aphte isolé commun

Traitement :

- Eludril → 1BDB 3fois / jours pendant une semaine.
- Lidocaïne 2% → 1 application avant l'alimentation.

Remarque : la patiente n'est pas revenue.

Cas n° 07 : Aphte

Nom/prénom : B.O

Age : 26 ans.

Etat général : RAS

Antécédents médicaux : anémie.

Motif de consultation : trismus.

Examen exo-buccal :

◦ **Téguments** : RAS

◦ **ADP** : RAS

Examen endo-buccal :

◦ **Hygiène** : insuffisante.

◦ **Examen des muqueuses** : ulcération sur la gencive en regard de la 25.

◦ **Examen de la denture** : - édentement bilatéral postéro inférieur.

-25 cariée et récidue de la carie 14.

◦ **Examen de lésion** : (figure 51)

- **Siège** : sur la gencive en regard de la 25.
- **Date d'apparition** : depuis 2 jours.
- **Mode d'apparition** : apparition d'emblée.
- **Taille** : 1cm de diamètre.
- Forme** : arrondie.
- **Base** : non indurée.
- **Contours** : entourée d'un halo érythémateux.
- **Bords** : réguliers.
- Nombre** : 01
- **Fond** : blanc jaunâtre beurre frais.
- **Douleurs** : spontanées et provoquées au chaud et lors de la mastication.
- **Etat des muqueuses qui entoure la lésion** : enflammé.
- **Etiologie** : non identifié.



Figure 51 : ulcération sur la gencive attachée

Examen complémentaire : /

Diagnostic : aphte géant sur la gencive attachée.

Traitement :

- Eludril BDB → 03 applications par jour pendant 1 semaine.
- Application d'un gel **Pansoral**[®] (antiseptique et antalgique). (Figure 54)

Contrôle : Après 2 Jours du traitement. (Figure 52)

Après une semaine de traitement (figure 53)



Figure 52 : régression de l'aphte géant



figure 53 : cicatrisation de la lésion



Figure 54 : gel antiseptique et antalgique

Cas n° 08 : Aphte

Nom/prénom : B.O

Age : 26 ans.

Etat général : RAS

Antécédents médicaux : anémie

Motif de consultation : douleurs localisées au niveau de la face interne de la lèvre supérieure.

Examen exo-buccal :

° **Téguments** : RAS

° **ADP** : RAS

Examen endo-buccal :

° **Hygiène** : insuffisante.

° **Examen des muqueuses** : ulcération sur la face interne de la lèvre supérieure.

° **Examen de la denture** : édentement bilatéral postéro inférieur 25 cariée et récursive de la carie sur la 24.

° **Examen de lésion** : (figure 55)

➤ **Siège** : sur la face interne de la lèvre supérieure en regard de la 13.

➤ **Date d'apparition** : depuis 1 semaine.

➤ **Mode d'apparition** : apparition d'emblée.

➤ **Taille** : 5 mm de diamètre.

□ **Forme** : ovale.

□ **Base** : souple.

➤ **Contours** : entourée d'un halo érythémateux.

➤ **Bords** : réguliers.

□ **Nombre** : 01

➤ **Fond** : blanchâtre.

➤ **Symptômes** : douloureux.

➤ **Caractère** : récidivant.

➤ **Etiologie** : non identifiée.



Figure 55 : ulcération sur la face interne de la lèvre supérieure

Examen complémentaire : FNS.

Diagnostic : aphte commun sur la face interne de la lèvre supérieure

Traitement :

Vitamine C 1g cp → 1 CP/J pendant 3 semaines.

Eludril bdb → 1 bdb 3foi /jour pendant une semaine

Contrôle :

Une semaine après le traitement : (figure 56)



Figure 56 :régression de l'aphte commun

Cas n° 09 : Ulcération maligne

Nom/prénom : D.Z

Age : 65 ans

Etat général : R A S

Antécédents médicaux : R A S

Motif de consultation : orientée par un médecin dentiste pour des douleurs localisées au niveau mandibulaire.

Histoire de la maladie : le début remonte à 20 jours environ où la malade a commencé à avoir des douleurs au niveau de la mandibule du côté gauche, elle a consulté un médecin dentiste 2 jours après, qui a prescrit un traitement pendant 15 jours à base de Clamoxyl, Synthol, Xydol 400 mg. Mais la douleur a persisté ce qui l'a motivé à une consultation chez un autre confrère qui a recommandé d'arrêter le traitement en cours et qui a effectué un traitement étiologique par meulage de la face interne de la prothèse ; faite depuis 20 ans ; mais devant la persistance de la douleur la patiente a été orienté vers un pathologiste pour une consultation et un avis spécialisé.

Examen exo-buccal :

- ° **Téguments** : RAS
- ° **ADP** : une adénopathie sous maxillaire gauche de 1 cm de diamètre, ferme, douloureuse et fixe par rapport au plan profond.

Examen endo-buccal

- ° **Hygiène** : moyenne
- ° **Examen des muqueuses** : une lésion ulcéro-bourgeonnante située au niveau de la région mandibulaire gauche.
- ° **Examen de la denture** : édenté total
- ° **Examen de lésion** : (figure 57)
 - **Siège** : région mandibulaire gauche.

- **Date d'apparition** : depuis 20 jours.
- **Mode d'apparition** : ulcération puis formation d'une lésion.
- **Taille** : 2 cm de diamètre
- **Forme** : irrégulière.
- **Base** : indurée.
- **Contours** : absence d'un halo érythémateux.
- **Bords** : surélevés, éversés, de coloration rouge
- ☐ **Nombre** : 01
- **Fond** : végétant.
- **Symptômes** : Douleur.
- ☐ **Etiologie** : /



Figure 57 : lésion ulcéro-bourgeonnante au Niveau de la région mandibulaire gauche

Examen complémentaire :

La radio panoramique (figure 58)



Figure 58 : radio panoramique montrant l'absence de l'atteinte osseuse

Diagnostic : tumeur maligne, à confirmer par l'examen anatomopathologique.

Traitement :

Un antibiotique : Rovamycine 3MUI 1 CP 2x / J pendant 7J.

Un bain de bouche : Parodontax 1 BDB 2x/J pendant 7 J.

Examen complémentaire :

- Bilan à faire : FNS, VS
- Echographie cervicale

Contrôle :06 jours après:

- Résultat du bilan sanguin : FNS : sans particularités

VS : augmentée

- Echographie cervicale : sans signes péjoratifs.
- Contrôle de la lésion : (Figure 59).



Figure 59 : persistance de la lésion, absence de cicatrisation

- Orientation vers l'ORL

Cas n°10 : Aphte

Nom/ prénom: B.G

Age : 62ans

Etat général : R A S

Motif de consultation : douleurs provoquées à la mastication et au brossage au niveau du rebord gingival de la 16.

L'examen exo buccal :

- ° **Téguments** :RAS
- ° **ADP** :RAS

L'examen endo buccal :

- ° **L'hygiène bucco-dentaire** :moyenne.
- ° **Examen de la denture** : la 16 présente une obturation étendue avec l'amalgame.
- ° **Examen des muqueuses** :le rebord marginal de la gencive au niveau de la 16 présente une ulcération.
- ° **Examen de la lésion** : (figure 60)

- **Siège** : gencive marginale de la 16.
- **Date d'apparition** : 02 jours
- **Mode d'apparition** :
- **La taille** : 3 mm de diamètre.
- Forme** : ronde.
- Base** : ferme
- **Contours** : réguliers
- **Fond** : jaunâtre
- **Les bords** : réguliers
- **Douleurs** : provoquées
- **Etat des muqueuses qui entourent la lésion** : RAS
- Etiologie** :



Figure 60 : ulcération sur la gencive marginale de la 16

Diagnostic : aphte isolé commun

Traitement : Eludril bain de bouche (sol) → 01 flc

01 bdb 3 fois / jour pendant une semaine

Contrôle : la patiente n'est pas revenue.

Cas n° 11 : Ulcération traumatique

Nom/prénom : H.F

Age : 54ans

Etat général : diabétique (équilibrée), cardiopathe (stabilisée), allergie à la pénicilline.

Antécédents médicaux : glucophage

Motif de consultation : gêne fonctionnelle (dent fracturée).

Examen exo-buccal: R A S

- **Téguments** : R A S
- **ADP** : R A S

Examen endo-buccal :

- **Hygiène** : mauvaise.
- **Examen des muqueuses** : ulcération traumatique en regard de la 12 fracturée
- **Examen de la denture** : édentement partiel
- **Examen de lésion** : (figure 61)
 - **Siège** : muqueuse labiale en regard de la 12.

- **Date d'apparition** : environs 04 jours.
- **Mode d'apparition** : évolution progressive après fracture de la 12.
- **Taille** : environs 8 mm de diamètre
- ❑ **Forme** : ovale
- ❑ **Base** : ferme
- **Contours** : épouse la forme du bord tranchant.
- **Bords** : réguliers
- **Nombre** : une seule ulcération.
- **Fond** : jaunâtre.
- **Douleurs** : à la mastication et la phonation
- **Etat des muqueuses qui entoure la lésion** : RAS
- **Etiologie** : bord tranchant suite à la fracture de la 12.



figure 61 : ulcération unique sur la face interne de la lèvre supérieure

Examen complémentaire : aucun

Diagnostic : ulcération unique traumatique sur la muqueuse labiale dû à un bord tranchant de la 12 fracturée.

Traitement :

Etiologique : extraction de la dent causale

Bains de bouche à base de bicarbonate (auto médication)

Contrôle : après 05 jours (figure 62)



Figure 62 : cicatrisation complète de l'ulcération traumatique sans séquelle

Cas n° 12 : Ulcération traumatique

Nom/prénom : O.A

Age : 25ans

Etat général : R A S

Antécédents médicaux : R A S

Motif de consultation : Douleurs au niveau de la muqueuse jugale droite.

Examen exo-buccal :

° Téguments : R A S

° ADP : R A S

Examen endo-buccal :

° Hygiène : insuffisante

° Examen des muqueuses : ulcération unique en regard de la 18 enclavée.

° Examen de la denture :

° Examen de lésion : (figure63)

➤ Siège : muqueuse jugale droite en regard de la cuspide disto-vestibulaire de la 18 en évolution.

➤ Date d'apparition :

- 1ere apparition : remonte à une année
- 2eme apparition : ça fait 10 jours



figure 63 : ulcération traumatique sur la muqueuse jugale

➤ Mode d'apparition : sensation de brûlures et douleurs qui s'accroissent.

➤ Taille : environ 5mm de diamètre

□ Forme : ronde

□ Base : ferme

➤ Contours : reproduisent la forme de la cuspide disto-vestibulaire de la 18

➤ Bords : réguliers

➤ Nombre : unique

➤ Fond : blanchâtre

➤ Douleurs : spontanées, à la mastication, à la phonation et à l'ouverture buccale.

➤ Etat des muqueuses qui entourent la lésion : légèrement érythémateuse

➤ Etiologie : cuspide disto-vestibulaire de la 18 enclavée.

Examen complémentaire :

Diagnostic : ulcération unique traumatique sur la muqueuse jugale droite due à la cuspide disto-vestibulaire de la 18 en évolution non fonctionnelle.

Traitement : extraction de la 18 enclavée non fonctionnelle.

Contrôle : patiente n'est pas revenue.

Cas n° 13 : Ulcération traumatique

Nom/prénom : B.L

Age : 31ans

Etat général : β -thalassémie sous traitements dont les traitements n'ont pas pu être identifiés

Antécédents médicaux : RAS

Motif de consultation : douleurs spontanées au niveau du site de la dent extraite 14.

Examenexo-buccal : R A S

◦ **Téguments** : R A S

◦ **ADP** : R A S

Examen endo-buccal :

- **Hygiène** : insuffisante
- **Examen des muqueuses** : ulcération unique sur le versant externe de la crête supérieur
- **Examen de la denture** : R A S

◦ **Examen de lésion** : (figure 64)

➤ **Siège** : sur la muqueuse alvéolaire en regard de la 14 extraite

➤ **Date d'apparition** : 06 jours

➤ **Mode d'apparition** : fortuitement

Taille : environs 8mm

Forme : ronde

Consistance : ferme

➤ **Contours** : réguliers

Nombre : unique

➤ **Fond** : blanchâtre entourés d'un liseré érythémateux

Douleurs : au contact des aliments

Etat des muqueuses qui entoure la lésion : R A S

➤ **Etiologie** : siège de l'injection d'anesthésie locale para apicale.



figure 64 : ulcération sur la muqueuse Alvéolaire supérieure de la 14

Examen complémentaire :

FNS → R A S

Diagnostic : ulcération traumatique (injection brutale)

Traitement : aucun

Contrôle : après 05 jours : → Bilan FNS : sans particularité. (figure 65)

→ Contrôle de la lésion. (figure 66)

Figure 65 shows a hematology report (bilan FNS) with the following data:

NUMERATION GLOBULAIRE	
Globules Blancs	6.81 10 ⁹ /l
Globules Rouges	6.83 10 ⁶ /l
Hémoglobine	9.4 g/100ml
Hématocrite	37.0 %
VGM	61.2 a3
TCMH	15.6 pg
CCMH	25.52 %
Plaquettes	224 10 ³ /l

FORMULE LEUCOCYTAIRE	
Poly Neutrophiles	53.90 %
Lymphocytes	41.65 %
Poly Eosinophiles	1.50 %
Monocytes	2.36 %
Poly Thrombocytes	0.59 %

Figure 65 : bilan FNS



figure 66 : cicatrisation complète de l'ulcération
Traumatique

Cas n° 14 : Ulcération traumatique

Nom/prénom: A.I

Age : 12 ans

Etat général : RAS

Antécédents médicaux : RAS

Motif de consultation : ulcération douloureuse provoquée par l'appareil orthodontique

Examen exo-buccal :

- **Téguments :** d'aspects normaux.
- **ADP :** absentes

Examen endo-buccal :

- **Hygiène :** moyenne
- **Examen des muqueuses :** ulcération sur la muqueuse jugale en regard du tube molaire
- **Examen de la denture :** la patiente porte un arc mandibulaire avec des bagues molaires

° Examen de lésion : (figure 67)

- **Siège** : sur la muqueuse jugale en regard de la 46
- **Date d'apparition** : un jour avant la consultation qui correspond au jour de la mise en place de l'arc avec les bagues
- **Durée** : 1 jour
- ❑ **Taille** : environ 8 mm
- ❑ **Forme** : ronde
- ❑ **Base** : souple
- **Contours** : réguliers
- **Nombre** : unique
- **Fond** : jaunâtre, souple
- **Douleurs** : provoquées au contact avec l'ulcération

- **Etat des muqueuses qui entoure la lésion** : normale
- ❑ **Etiologie** : irritation de la muqueuse par le tube molaire



Figure 67 : ulcération sur la muqueuse
jugale droite

Examen complémentaire : /

Diagnostic : ulcération traumatique par le tube molaire

Traitement :

→ Traitement étiologique : Enlever les tubes molaires des bagues molaires.

→ Traitement médicale : gingifree → 01 flacon

1 bain de bouche 03 fois par jour pendant 08 jours

Contrôle : (figure 68 et 69)



Figure 68 : cicatrisation complète de l'ulcération

Côté droit



figure 69 : cicatrisation complète de l'ulcération

Côté gauche

Cas n° 15 : Aphte

Patiente : O.S

Age : 15 ans

Etat général : R.A.S

Antécédents médicaux : R.A.S

Motif de consultation : ulcération douloureuse au niveau de la muqueuse jugale gauche.

Examen exo-buccal :

° **Téguments :** normaux

° **ADP :** absentes

Examen endo-buccal :

° **Hygiène :** insuffisante.

° **Examen des muqueuses :** toutes les muqueuses sont d'aspect normal sauf la muqueuse jugale gauche qui présente une ulcération.

° **Examen de lésion :** (figure 70)

- **Siège :** muqueuse jugale gauche.
- **Date d'apparition :** une semaine avant la consultation.
- **Mode d'évolution :** aigu.
- **Taille :** environ 7 mm de diamètre de plus grand axe.
- Forme :** ovale
- Base :** ferme.
- **Contours :** irréguliers.
- Bords :** nets.
- Nombre :** unique.
- **Fond :** jaunâtre.



Figure 70 : ulcération unique sur la muqueuse jugale gauche

➤ **Douleurs :** exacerbées par l'alimentation acide et difficultés à l'élocution.

➤ **Etat des muqueuses qui entoure la lésion :** inflammatoire.

Etiologie : inconnue.

Examen complémentaire : demande FNS.

Diagnostic : aphte géant siégeant sur la muqueuse jugale gauche.

Traitement : →gingifree ® (BDB)

→Orientation vers détartrage.

Contrôle : après une semaine : bilan FNS : sans aucune particularité.

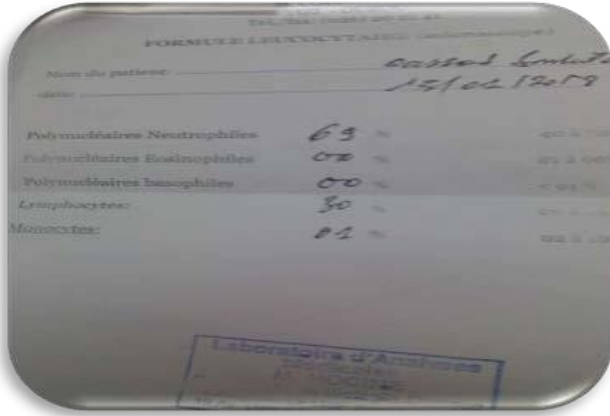


Figure 71 : résultat du bilan équilibre leucocytaire



Figure 72 : régression de l'aphte géant

Cas n° 16 : Ulcération traumatique

Nom et prénom : A.K

Age : 71 ans

Etat général : diabète de type I non équilibré et ostéoporose.

Antécédents médico-chirurgicaux : intervention au niveau de l'estomac.

Motif de consultation : remise en état de la cavité buccale avant de commencer le traitement du biphosphonate.

Examen exo-buccal :

◦ **Téguments :** état normal.

◦ **ADP :** absente.

Examen endo-buccal :

◦ **Hygiène :** absente.

◦ **Examen des muqueuses :** hypertrophie gingivale au niveau de l'arcade inférieure.

◦ **Examen de la denture :** édenté total

◦ **Examen de la lésion : (figure 73)**

➤ **Siège :** versant vestibulaire de la crête latérale supérieur gauche

➤ **Date d'apparition :** depuis une année (après le port de sa prothèse)

➤ **Mode d'évolution :** chronique.

➤ **Taille :** environ 4 mm de diamètre dans son plus grand axe.

Forme : ovale.

Base : ferme.

➤ **Contours :** réguliers

Bords : nets.

➤ **Nombre :** unique.

➤ **Fond :** jaunâtre.

➤ **Douleurs :** exacerbées au contact de la prothèse.



Figure 73 : ulcération unique sur le versant vestibulaire de la crête supérieure gauche

- **Etat des muqueuses qui entourent la lésion** : inflammatoire
- **Etiologie** : traumatique.

Examens complémentaires : demande de FNS et HbA1c.

Diagnostique : ulcération unique chronique d'origine traumatique à cause prothétique.

Traitement :

- Eludril ® (BDB) : 1(BDB) 3x/jrs pendant une semaine.
- Dépose de la prothèse.

Contrôle : Une semaine après, l'ulcération n'a pas régressée → MEBO®, une application 2 fois/jours a été prescrit. (Figure 75)

HEMATOLOGIE			
Formule Numération Sanguine	Résultats	Unités	Valeurs de référence
NUMERATION GLOBULAIRE			
Globules blancs	8.1	10 ⁹ /ml	4.0 - 10.0
Hémoglobine	6.33	10 ⁹ /ml	4 - 5.3
Hématocrite	12.1	g/dl	11.5 - 15
VGM	35.6	%	34 - 50
TGMH	27.7	f	80 - 100
CCMH	32.2	g/dl	24 - 32
Plaquettes	269	10 ³ /ml	29 - 35
FORMULE LEUCOCYTAIRE			
Polynucléaires neutrophiles	68.1	%	130 - 450
Neutrophiles en valeur absolue	5.6	10 ⁹ /ml	45 - 80
Lymphocytes	22.7	%	1.5 - 7.0
Lymphocytes en valeur absolue	1.8	10 ⁹ /ml	20 - 50
Monocytes	8.8	%	1 - 4
Monocytes en valeur absolue	0.7	10 ⁹ /ml	2 - 10
BIOCHIMIE			
Hémoglobine glyquée A1 C	7.9	%	0.08 - 1.00
			4.2 - 6.2

Figure 74 : Bilan FNS et HbA1c



Figure 75 : persistance de l'ulcération traumatique

Cas n° 17 : Ulcération traumatique

Nom et prénom : S.H.

Age : 22ans.

Etat général : R.A.S

Antécédents médicaux : R.A.S

Motif de consultation : ulcération douloureuse au niveau de la muqueuse jugale.

Examen exo-buccal :

- **Téguments** : normal.
- **ADP** : absente.

Examen endo-buccal :

- **Hygiène** : suffisante.

° **Examen des muqueuses** : toutes les muqueuses sont d'aspect normal sauf la muqueuse jugale gauche.

° **Examen de la lésion : (figure 76)**

- **Siège** : muqueuse jugale gauche en regard de la 36.
- **Date d'apparition** : une journée avant la consultation.
- **Mode d'apparition** : aigu.
- **Taille** : environ 8 mm de diamètre de plus grand axe.
- Forme** :ronde.
- Base** : ferme.
- **Contours** : épousant la forme de la bague orthodontique.
- **Bords** : réguliers
- Nombre** : unique.
- **Fond** : jaunâtre.
- **Douleurs** : exacerbées par l'alimentation et difficultés à l'élocution.
- **Etat des muqueuses qui entourent la lésion** : inflammatoire.
- Etiologie** : bague orthodontique.



Figure 76 : ulcération unique sur

La muqueuse jugale gauche

Examens complémentaires : /

Diagnostique : Ulcération unique chronique d'origine traumatique (causée par l'appareil orthodontique).

Traitement :

→ Traitement étiologique : descellement de la bague orthodontique.

Contrôle : (figure 77)



Figure 77: cicatrisation complète de l'ulcération traumatique

Cas n°18 : Ulcération maligne

Nom et prénom : A.Y.

Age : 65ans.

Etat général : dépressif,

Antécédents médico-chirurgicaux: ablation des amygdales.

Motif de consultation : ulcération douloureuse au niveau du vestibule antéro-inférieur.

Histoire de la maladie : le patient est un ancien fumeur et alcoolique, la lésion apparue depuis 1 an a débuté par une petite ulcération au niveau du fond du vestibule antéro-inférieur, douloureuse au contact de la prothèse inférieure malgré que la lésion augmentait de volume, le patient a continué de porter sa prothèse inférieure, il a consulté chez un confrère qui l'a orienté à notre service.

Examen exo-buccal :

- **Téguments :** d'aspect normal.
- **ADP :** présence de deux adénopathies sous maxillaire, une droite d'une taille d'environ 1 cm et mobiles par rapport aux plans profonds et l'autre du côté gauche moins importante les deux sont douloureuses et d'une consistance dure.

Examen endo-buccal :

- **Hygiène :** insuffisante.
- **Examen des muqueuses :** toutes les muqueuses sont d'aspect normal.
- **Examen de la lésion : (figure 78)**
 - **Siège :** vestibule antéro-inférieur.
 - **Date d'apparition :** depuis une année.
 - **Mode d'apparition :** aigu.
 - **Taille :** environ 2 cm de diamètre dans son plus grand axe.
 - **Forme :** irrégulière.
 - **Base :** base indurée.
 - **Contours :** irréguliers.
 - **Bords :** surélevés et éversés
 - ☐ **Nombre :** unique.
 - **Fond :** rougeâtre
 - **Douleurs :** au contact de la prothèse.
 - **Etat des muqueuses qui entourent la lésion :** inflammatoire
 - **Etiologie :** ancienne prothèse mal adaptée.



figure 78 : ulcération unique au niveau vestibule antéro-inferieur

Examens complémentaires :

Le panoramique dentaire (figure 79)



Figure 79: le panoramique montre l'absence de l'atteinte osseuse

Cas n° 19 : Aphte

Nom/prénom : A.T

Age : 38 ans

Etat général : R A S

Antécédents médicaux : R A S

Motif de consultation : douleurs au niveau de la région rétromolaire gauche

Examen exo-buccal :

- Téguments : R A S
- ADP : R A S

Examen endo-buccal :

- Hygiène : moyenne
- Examen des muqueuses : constatation d'une ulcération au niveau du voile du palais
- Examen de la denture : R A S
- Examen de lésion : (figure 80)
 - Sièges : voile du palais du côté gauche
 - Date d'apparition : une semaine
 - Mode d'apparition : périodique
 - Taille : environ 0.5 mm de diamètre
 - Forme : ronde
 - Base : ferme
 - Bords : réguliers
 - Nombre : unique
 - Fond : blanchâtre entourée d'un halo érythémateux
 - Douleurs : chaud, acidité
 - Etat des muqueuses qui entourent la lésion : R A S



Figure 80 : ulcération unique sur le voile du palais gauche

Etiologie : inconnue

Examen complémentaire:/

Diagnostic : aphte vulgaire sur le voile du palais côté gauche.

Traitement :

vitamine C → 01 gargarisme 3 fois /jour pendant 15jours

Contrôle : patient n'est pas revenue.

Cas n° 20 : Carcinome épidermoïde

Nom /Prénom : M.M

Age : 62 ans

Etat général : RAS

Antécédents médicaux : RAS

Motif de consultation : ulcération douloureuse au niveau de la muqueuse jugale droite

ATCD : consommation de Tabac pendant 30ans environ

HISTOIRE DE LA MALADIE : le début remonte à 8mois environs où une petite ulcération est apparue sur la face interne de la joue côté droit, à évolution rapide ce qui a motivé le patient à consulter un médecin qui l'a orienté vers un spécialiste en maxillo-facial qui a préconisé de lui faire une biopsie

Examen exo-buccal:

- ° **Téguments :** d'aspects normaux
- ° **ADP :** absentes.

Examen endo-buccal :

- ° **Hygiène :** mauvaise hygiène
- ° **Examen des muqueuses :** hypertrophie gingivale généralisée.
- ° **Examen de la denture :** RAS
- ° **Examen de lésion (figure 81) :**
 - **Siège :** muqueuse jugale droite allant de la commissure labiale jusqu'au regard de la 2^{ème} molaire Englobant l'ostéome du canal de Sténon et adhérent à la peau.
 - **Date d'apparition :** depuis 8 mois environ
 - **Mode d'apparition :** aigu
 - **Taille :** 4cm
 - **Forme :** irrégulière
 - **Base :** indurée
 - **Contours :** irréguliers
 - **Bords :** surélevés
 - **Nombre :** 1

- **Fond** : jaunâtre
- ❑ **Douleurs** : douloureuse
- **Etat des muqueuses qui entoure la lésion** : changement de couleur des muqueuses bourdantes (rouge inflammatoire).
- ❑ **Etiologie** : tabac.



figure 81 :ulcération unique sur la muqueuse jugale droite

Examens complémentaires :

- ✓ **Biopsie** : objective un carcinome épidermoïde bien différencié, kératinisant.
- ✓ **IRM** : processus néoplasique jugal droit avec ganglions infracentimétriques sous mandibulaires bilatéraux:(figure 82)

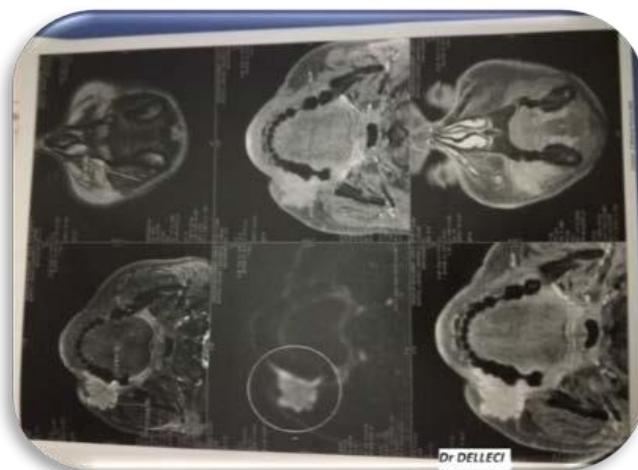


Figure 82 : IRM de la région concernée

Diagnostic : Carcinome épidermoïde de la muqueuse jugale T4N0M0

Traitement :

- ✓ **Biopsie**
- ✓ **Bilan d'extension**
- ✓ **Bilan préopératoire**
- ✓ **Chirurgicale** : curage fonctionnel bilatérale et une exérèse large de la tumeur accompagnée d'une réparation de la perte de substance par un lambeau myo-cutané sous mentale pour la muqueuse jugale et une suture simple de la peau. (Figure 83)



Figure 83. : exérèse large de la tumeur



Figure 84 : après sutures simple de la peau

Cas n° 20 : Ulcération maligne

Nom/Prénom : A.K

Age : 53 ans

Etat général : RAS

Antécédents : Tabac pendant 20 ans à raison de 1 à 1 paquet et demi par jour. Arrêt depuis 2ans

Motif de consultation : ulcération linguale chronique douloureuse

Histoire de la maladie : une petite ulcération est apparue depuis 6 mois au niveau de la face ventrale de la langue. Le patient a consulté chez un dentiste qui lui a prescrit un BDB pendant une semaine mais sans résultats, puis il a consulté chez un autre dentiste qui lui a prescrit Fungizone +BDB. Malgré ces deux traitements l'ulcération a continué d'augmenter de volume ce qui la conduit à consulter au niveau de notre service.

Examen exo-buccal :

- ° **Téguments :** d'aspects normaux
- ° **ADP :** une adénopathie sous angulo-mandibulaire droite, de 7mm du diamètre ferme douloureuse et mobile par rapport au plan profond

Examen endo-buccal :

- **Hygiène** : insuffisante
- **Examen des muqueuses** : toutes les muqueuses sont d'aspect normal sauf la muqueuse de la face ventrale de la langue
- **Examen de la denture** : 18, 36 et 37 cariées / 46 absente
- **Examen de lésion : (figure 85)**
 - **Siège** : face ventrale de la langue côté droit.
 - **Date d'apparition** : depuis 6 mois.
 - **Mode d'apparition** : aigu.
 - **Taille** : 2.5 cm de diamètre.
 - **Forme** : ovale
 - **Base** : indurée
 - **Contours** : irréguliers.
 - **Bords** : surélevés, rouge inflammatoire.
 - **Nombre** : 1
 - **Fond** : blanc grisâtre
 - **Douleurs** : ulcération douloureuse
 - **Etat des muqueuses qui entoure la lésion** : de couleur rougeâtre
 - **Autre sièges** : aucune
 - **Etiologie** : tabac et mauvaise hygiène



figure 85 : ulcération sur la face ventrale de la langue

*** Orientation du patient vers le service de maxillo-facial pour une éventuelle prise en charge.

CONCLUSION :

Les ulcérations uniques de la muqueuse buccale rencontrées durant notre travail ont pour la majorité des cas une étiologie inconnue à l'exception des ulcérations traumatiques dont l'étiologie est évidente (prothétique, orthodontique, dentaire...).

L'approche thérapeutique adaptée pour nos cas cliniques était basée pour la plupart des cas sur un traitement local symptomatique, et sur un traitement étiologique qui était réservé pour les ulcérations traumatiques. Les résultats obtenus ont été satisfaisants avec une bonne cicatrisation sans séquelles. En ce qui concerne les ulcérations malignes la prise en charge est multidisciplinaire.

Conclusion

Générale

Les ulcérations uniques de la muqueuse buccale peuvent être l'expression de nombreuses affections locales ou générales, dans certains cas elles peuvent même être révélatrices d'une pathologie jusqu'alors inconnue du patient.

Les aphtes et les ulcérations traumatiques restent les deux lésions les plus fréquentes de la pathologie ulcéreuse buccale, cependant, il faut savoir différencier les ulcérations bénignes des ulcérations malignes dont le carcinome épidermoïde et le lymphome non hodgkinien, car le médecin dentiste est en première ligne pour les détecter et sa responsabilité est engagée lorsqu'il passe à côté d'une lésion cancéreuse, car le pronostic du patient peut être aggravé du fait de retard de diagnostic.

En absence de guérison, le passage à la chronicité doit faire suspecter un phénomène d'entretien par complications infectieuses, ou une lésion maligne (carcinome) une biopsie sera nécessaire.

La démarche diagnostique que va effectuer le praticien doit être rigoureuse et standardisée afin de mettre en évidence le type et les caractéristiques de chaque ulcération, cela dépend essentiellement de l'examen clinique qui reste un élément important de diagnostic, et aussi des examens complémentaires dont leurs indications dépendent des types de la lésion.

La démarche thérapeutique est multidisciplinaire vue que la muqueuse buccale est une région frontière entre plusieurs spécialités ; l'odontologie, la stomatologie, la chirurgie maxillo-faciale car elle fait partie de leur champ d'activités mais aussi de l'ORL, la dermatologie et l'anatomie pathologie.

Références bibliographiques

1. LASKARIS, G. *Atlas de poche des maladies buccales*. Paris, 2006 ; 2^{ème} Edition.
2. Arnaud Peglion. Classification clinique des érosions et ulcérations : quand le
a. Chirurgien-dentiste doit-il s'inquiéter ? *Human health and pathology*. 2013.
3. Szpirglas H, Ben Slama L. *Pathologie de la muqueuse buccale*. Paris : Éd. Scientifiques et médicales Elsevier ; 1999.
4. Kuffer, R ; Lombardi, T ; Husson, C ; Courrier, B ; Samson, J. *La muqueuse buccale, de la clinique au traitement*. Ed. Med'com, Paris, 2009, 416 p.
5. Ejeil AL, Dridi SM. Ulcération unique : démarches diagnostique. *Revue d'Odontostomatologie*/Décembre 2011 ; 40 :305-311.
6. Beauvillain de Montreuil C. *Pathologie de la muqueuse buccale*. Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la face et du cou. 2009.
7. E.Maladière, C.Vacher, *Examen clinique en stomatologie EMC 22-010-A-10*
8. *Dermatologie buccale, Histologie et anatomie de la muqueuse buccale* [internet] disponible sur :
umvf.omskosma.ru/campusdermatologie/path%buccal/histoanatomie/histoanatfranes.html
9. MM. Auriol, Y le charpentier, *histologie de la muqueuse buccale et des maxillaires EMC 22-007-M-10*
10. L.Vaillant, D.Gaga, *dermatologie buccale*
11. *Courrier du dentiste, la biopsie : indications, contre-indications et protocole opératoire* [internet] cité le 15 juin 2002 disponible sur : www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/la-biopsie-indications-contre-indications-et-protocole-operatoire.html
12. Pindborg JJ, Chardin H, Acevedo A-C. *Atlas des maladies de la muqueuse buccale*. Paris;Milan; Barcelone : Masson ; 1995. 400 p.
13. Pr Jean-Claude, *orientation diagnostique devant une ulcération ou érosion des muqueuses orales et génitales, corpus médical 2004*
14. *L'examen clinique en stomatologie, les facultés médicales* cité 2018 [internet] disponible sur :
http://www.medespace.fr/Facultes_Medicales_Virtuelles/1%E2%80%99examen-clinique-en-stomatologie/

Références bibliographiques

15. Piette.E,Reychler.H ,pathologie des dents ,In :SimonJFed.traité de pathologies buccale et maxillo faciales ,Bruxelles : de Book_ Wesmael,1991 :1308
16. Pathologie de la muqueuse buccale et quelques pathologies des glandes salivaires, CHRU de tours [internet] cité 2015 disponible sur : www.chu-tours.fr/pathologies-de-la-muqueuse-buccale.html
17. Fernando Rey Duro,photographie dentaire numérique [internet] cité 1 novembre 2016 disponible sur :046d015d534cb0b0beed934e-9deea04da_18-20.pdf
18. Kuffer.R, Janson.J,pathologie buccale EMC ,oto-rhino-laryngologie,20-624-A-10,1994 :8p
19. Examen de la face et de la cavité buccale, collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie support du cour 2010-2011
20. Aline Joly, Brigitte Huttenberger, Arnaud Pare, examen clinique de la cavité buccale et variantes physiologiques, pathologie buccale dossier thématique 2017
21. P. Bouletreau, N. Froget, A. Gleizal,P. Breton, les affections du plancher buccal EMC 28-285-V-10
22. M.M. Auriol, G. Le Naour, biopsie EMC 22-011-R-10
23. Dr.Vives, UE8-Appareil digestif, la cavité buccale 2016
24. Ann DermatolVenerol, histopathologie cutanée :cytodiagnostic et biopsie cutanée [internet] cité 1 novembre 2016 disponible sur : http://allergo.lyon.inserm.fr/dermatologie/11_biopsie_cutanee.pdf
25. Les examens bactériologiques, notre famille.com 2018 [internet] disponible sur : <https://sante-guerir.notrefamille.com/sante-a-z/les-examens-bacteriologiques-les-examens-bacteriologiques-o301590.html>
26. JP.coulon, E.Piette,tuberculose EMC 22-047-A-10
27. JE.Fleury, s Agbo-Godeau,syphilis buccale EMC 22-046-A-10
28. Beboit.Théoleyre, ORL et stomatologie, Edition Elsevier-Masson 2009 153p
29. I.Barthélémy, J-P.Sannajust, P.Revol, J-M.Mondié, cancers de la cavité buccale :préambule,épidémiologie,étude clinique .EMC 22-063-A-10
30. Agbo-Godeau S, Guedj A. Mycoses buccales. EMC (Elsevier SAS, Paris), Stomatologie, 22-045-M-10,2005.
31. Piot B, Vincent C et Billet J. Pathologie de la langue et des joues. EncyclMédChir (Elsevier SAS, Paris), Stomatologie, 22-055-A-10, 2003, 8 p.
32. Gleizal A., Merrot O., Bouletreau P. Affections vélopalatines. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-056-A-30, 2005, Médecine buccale, 28-290-G-10, 2008.
33. Epstein.O ,Perkin GD ,Lookson.J,Debond.DP, guide pratique de l'examen clinique, Paris :Elsevier SAS ;2005

Références bibliographiques

34. Vaillant, L ; Bernez, A. « Aphtes et aphtoses » *EMC-Akos (traité de médecine)*, 2009, pp. 1-7.
35. Parent D., Vaillant L. Aphte, aphtoses, maladie de Behçet. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Dermatologie, 98-838-A-10, 2007.
36. 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
37. APHTES ET APHTOSE BUCCO-PHARYNGÉS / P. Lesclous, S. Molko, J. Samson. Les cahiers de l'ADF -N°10-4^otrimestre 2000
38. Vaillant L, Samimi M, Parent D. Aphtes, aphtose, maladie de behçet. EMC dermatologie 2016 ;1-13. [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-0319\(15\)67252-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-0319(15)67252-1)[Article 98-838-A-10].
39. Muster, M. «Antiseptique en chirurgie dentaire et stomatologie» *EMC-Médecine buccale*,2008.
40. Vaillant L., Bernez A. *Aphtes et aphtoses*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Akos traité de médecine, 1-0270,2009.
41. Muster, D. «Vitamines et oligoéléments en odontostomatologie» *EMC-Médecine buccale*,2008.
42. VAILLANT, L., BERNEZ, A. *Aphtes et aphtoses*. EMC, 2009 ; 1-0270.
43. Jurge S, Buffer R, Scully C, et al. Recurrent aphthous stomatitis. Oral Dis 2006 ;12 :1-21.
44. . JORGE S., BUFFER R., SCULLY C., PORTER, S.-R. Recurrent aphtousstomatis. Oral dis, 2000 ; 6 : 12-21.
45. G. GUILLET (*Poitiers*), J.-M. BONNETBLANC (*Limoges*), L. VAILLANT (*Tours*), P. SAIAG (*Boulogne-Billancourt*), E. GROSSHANS (*Strasbourg*) *Ann DermatolVenerol* 2002 ;129 :2S224-2S227.
46. Ragot, J. *L'aphtose buccale*. Ed. Scientifique des Laboratoires Delalande, Paris, 1999, 23 p.
47. AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES DE LA BOUCHE : ACTUALITÉS LOUVAIN M^{ED}. 117 : S249-S252, 1998.
48. Koybasi S, Parlak AH, Serin E, et al. Recurrent aphthous stomatitis: investigation of possible

Références bibliographiques

- etiologic factors. *Am J Otolaryngol* 2006;27: 229-32
49. Underner, M ; Maes, I ; Urban, T ; Meurice, JC. «Effet du tabac sur la maladie parodontale» *Mal respir*, 01 Juin 2009, pp. 1057-1073.
50. Alpsy E, Er H, Durusoy C, Yilmaz E. The use of Sucralfate suspension in the treatment of oral and genital ulceration of Behçet disease. *Arch Dermatol* 1997 ;135 :529-32.
51. Baccaglini L, Lalla RV, Bruce AJ, et al. Urban legends: recurrent aphthous stomatitis. *Oral Dis* 2011;17:755-70.
52. Alpsy, E ; Er, H ; Durusoy, C ; Yilmaz, E. «The use of Sucralfate suspension in the treatment of oral and genital ulceration of Behçet disease : a randomized, placebo controlled, double blind study» *Archives of dermatology*, May 1999, pp. 529-532.
53. Coulon JP. Pathologies nutritionnelles et métabolique ; pathologie du tissu conjonctif. In : Piette E, Reyckler H eds. *Traité de pathologies buccale et maxillofaciale*. Bruxelles : De Boeck-Université, 1991 : 627-775.
54. Altenburg A, Abdel-Naser MB, Seeber H, et al. Practical aspects of management of recurrent aphthous stomatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007 ;21 :1019-26.
55. Choukroun, E. «L'acide hyaluronique : intérêts et perspectives au niveau de la sphère buccale.» Thèse de doctorat en faculté d'odontologie, Nantes, 2013, 102 p
56. Bonnot, J ; Pillon, F. «revues des prescriptions odontologiques» *Actualités pharmaceutiques*, Mai 2013, pp. 45-48.
57. Barkvoll, P. «A possible oral health effect of colostrum containing dentifrices» Amsterdam, 2005, 505 p.
58. REGEZI, J., SCUIBBA, J., JORDAN RCK. *Oral pathology, clinical pathologic correlations*: Saunders, 2003 ; 4ed.
59. ROSAI, J. *Ackerman's surgical pathology*. St Louis : Mosby, 1996 ; 8^{ème} ed.

Références bibliographiques

60. PERUSSE R., *Ulcérations chroniques de la cavité buccale*. Le médecin du Québec, 2004 ; 39 : 59-67.
61. G. GUILLET (Poitiers), J.-M. BONNETBLANC (Limoges), L. VAILLANT (Tours), P. SAIAG (Boulogne-Billancourt), E. GROSSHANS (Strasbourg). Orientation diagnostique devant : ulcération ou érosion des muqueuses orales et/ou génitale. *Ann Dermatol Venerol* 2002 ;129 ;2S224-2S227.
62. Fonseca FP, de Andrade BAB, Coletta RD, Vargas PA, Lopes MA, de Almeida OP, et al. Clinicopathological and immunohistochemical analysis of 19 cases of oral eosinophilic ulcers. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. avr 2013 ;115(4) :532-40.
63. Dhanrajani P, Cropley PW. Oral eosinophilic or traumatic ulcer: A case report and brief review. *Natl J Maxillofac Surg*. Déc 2015 ;6(2) :237-40.
64. Chandra S, Raju S, Sah K, Anand P. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia. *Arch Iran Med*. Janv 2014 ;17(1):91-4.
65. Tumeurs malignes de la cavité buccale - Société canadienne du cancer [Internet].
www.cancer.ca. [Cité 24 août 2016]. Disponible sur :
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancerinformation/cancer-type/oral/oral-cancer/malignant-tumours/?region=on>
66. CARCINOMES EPIDERMÓIDES PL/KC épidermoïde.
67. Siu A, Landon K, Ramos DM. Differential diagnosis and management of oral ulcers.
Semin Cutan Med Surg. Déc 2015 ;34(4) :171-7.
68. LUCAS, R.-B. *Epidermoid tumors*. In *Pathology of Tumours of the Oral Tissues*. Churchill Livingstone Edinburgh, 1976 ; 3^{ème} éd. ; p. 130- 157.
- SAMSON, J., GABIOUD, F., KUFFER, R. *Carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale*. Réalités cliniques, 1997 ; 8 : 125-139

Références bibliographiques

- NEVILLE, B., DAMM, D., ALLEN, C., BOUQUOT, J. *Oral and Maxillofacial Pathology*. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 2002 ; 2^{em} éd. ; 339p.
69. Bassig BA, Lan Q, Rothman N, Zhang Y, Zheng T. Current Understanding of Lifestyle and Environmental Factors and Risk of Non-Hodgkin Lymphoma: An Epidemiological Update. *J Cancer Epidemiol* [Internet]. 2012 [cité 24 août 2016] ;2012. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3447374/>.
70. Parihar S, Garg RK, Narain P. Primary extra-nodal non-Hodgkin's lymphoma of gingiva :A diagnostic dilemma. *J Oral Maxillofac Pathol JOMFP*. 2013 ;17(2):320.
71. Sotto J-J, Gressin R. Les lymphomes malins non hodgkiniens. [En ligne] [cité 24 août 2016]. Disponible sur : http://www-sante.ujfgrenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/hemato/hemacell/164a/lec_onimprim.pdf.
72. SOTTO, J., GRESSIN, R., *Les lymphomes malins non Hodgkinien*. Alpes Med, 2005 ; 7p.
73. Pindborg JJ, Chardin H, Acevedo A-C. Atlas des maladies de la muqueuse buccale. Paris;Milan; Barcelone: Masson; 1995. 400 p
74. HYAMS, V., BATSAKIS, J., MICHAELS, L., HARTMANN, W., SOBIN, L., et al. *Tumors of the respiratory tract and ear*. Washington : Armed forces institute of pathology, 1988 ; 2^{ème} éd
75. Granulome malin centro facial : ulcère et nécrose de la muqueuse palatine, Atlas Laskaris

Références bibliographiques

76. Kobler P, Borcic J, Zore IF, Nola M, Sertic D. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the oral cavity. *Oral Oncol Extra*. janv 2005;41(1):12-4.
77. . Fonseca FP, de Andrade BAB, Coletta RD, Vargas PA, Lopes MA, de Almeida OP, et al. Clinicopathological and immunohistochemical analysis of 19 cases of oral eosinophilic ulcers. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. avr2013;115(4):532-40.
78. Scully C, *Cancers of the Oral Mucosa: Background, Pathophysiology, Epidemiology*. [En ligne] 1 juin 2016 [cité 25 août 2016]; Disponible sur: <http://emedicine.medscape.com/article/1075729-overview>
79. Szpirglas H, Ben Slama L. Syndrome d'immunodéficience acquise et infection à a. virus de l'immunodéficience humaine. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-046-A-15, 1998, 54p.
80. Radoi L, Renoux M. Manifestations atypiques de l'artérite à cellules géantes : un défi pour le chirurgien- dentiste. Cas clinique et revue de littérature. *Med Buccale Chir Buccale* 2016 ; 22 :247-252. Disponible sur le site : www.mbcjournal.org .
81. La maladie de Horton. Encyclopédie Orphanet Grand Public. Disponible sur le site : www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/Horton-FRfrPub876v01. PDF. Février 2007.
82. Vilimovsky M. Maladies des griffes du chat causes, symptômes, diagnostic et traitement. 2014. Disponible sur le site : <http://fr.medlicket.com/676> .
83. Scully C. Cat scratch Disease: Background, Pathophysiology, Etiology. 1 juin 2016 [cité 8 sept 2016]; Disponible sur: <http://emedicine.medscape.com/article/214100-overview> .
84. Pathologies d'inoculation 2014. Disponible sur le site : <http://campus.cerimes.fr/média/campus/deploiement/pédiatrie/enseignement/inoculation> .
85. Świątkowski W, Rahnema M, Strzelczyk K, Baszak J, Sierocińska-Sawa J. Cat scratch disease in 9-year-old patient - a case report. *Pol PrzeglChir*. 1 mars 2016; 88(2):109-12.
86. Vera-Kellet C, Harz-Fresno I, Manriquez J. Labial ulcer: oral manifestation of syphilis. *Braz J Infect Dis*. sept 2014;18(5):570-1.

Références bibliographiques

88. Ficarra G, Carlos R. Syphilis: The Renaissance of an Old Disease with Oral Implications. *Head Neck Pathol.* 22 juill2009;3(3):195-206.
89. OMS | Tuberculose [Internet]. WHO. [Cité 25 août 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/fr/>
90. De Souza BC, de Lemos VMA, Munerato MC. Oral manifestation of tuberculosis: a casereport. *Braz J Infect Dis Off PublBraz Soc Infect Dis.* avr 2016;20(2):210-3.
91. Ross SA, Novak Z, Pati S, Boppana SB. Diagnosis of Cytomegalovirus Infections. *Infect Disord Drug Targets.* oct 2011;11(5):466-74.
92. Ludvigsen LUP, Søgaaard OS. [Oral ulcer as primary manifestation of HIV infection in an 80-year-old man]. *UgeskrLaeger.* 15 déc2014;176(25A).
93. OMS | Les nouvelles recommandations de l'OMS concernant le VIH appellent à un traitement plus précoce de la maladie [Internet]. WHO. [cité 8 sept 2016]. Disponible sur:http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/new_hiv_recommendations_20130630/fr/
94. Patil K, Mahima VG, Prathibha Rani RM. Oral histoplasmosis. *J Indian Soc Periodontol.*2009;13(3):157-9.
95. Ozdalga E, Gratzinger D. Histoplasmosis Presenting with Ulcers on the Soft Palate. *J Gen Intern Med.* sept 2012; 27(9):1219.
96. IRANCHAHR, N. Amylose et nécrose linguale, présentation d'un premier cas. Genève : université de Genève, 2007 ; 61p.
97. ORY, L., D'AUTHUILLE, C., VINCENT-LAURENT, C. et al. Nécrose de langue sous corticoïdes. *Science direct*, 2008 ; 3p.
98. DROCCO, C., KUFFER, R., SAMSON, J. Manifestations buccales de la syphilis. *Réalités Cliniques*, 1997 ; 8 : 193-200.
99. Caroline Zimmer, les lésions précancéreuses de la muqueuse buccale, rôle de l'odontologiste : dépistage et prise en charge [thèse], université de Henri Poincaré-Nancy I Faculté d'odontologie 2010
100. Fabien Grand Girard, conséquences des pathologies hormonales sur la muqueuse buccale, [thèse] Université Henri Poincaré-Nancy I 2002
101. Thomas Chomier, démarche diagnostiques des ulcérations uniques de la muqueuse buccale, [thèse] université Claude Bernard-Lyon I 2016

Références bibliographiques

102. Sophie Maison Grosse, prise en charge de l'aphtose bucco-pharyngée récidivante : étude clinique dans la région Midi-Pyrénées, [thèse] Université de Toulouse III Paul Sabatier 2015
103. MICHAUD M. Médecine buccale: méthodologie du diagnostic. Gaëtan Morin éditeur 1994
104. Bertrand.C, le dépistage des cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx par les médecins généralistes : étude des pratiques dans la région du Havre en Seine-Maritime [thèse] faculté de ROUEN 2017
105. Mohamed.A, manifestations buccales des hémopathies :diagnostic précoce [thèse] université de Nantes 2011
106. Kasper.DL, Braunwald.E, Fauci.AS, Hauser.SL, Longo.DL, Jameson.JL,Harisson :principe de medcineinterne,Paris :Flammarion ;2006
107. Guinamaud.E, Chaux-Bodard.A-G, détection précoce des lésions précancéreuse de la cavité buccale [thésedd'exercice] Lyon,France : université Claude Bernard Lyon 1 ;2014
108. Luo.X, Xu, He.M, Han.Q, Wang.H-sun C et Al, accuracy of autofluorescence in diagnosing oral squamouscellcarcinoma and oral potentiallymalignantdisorder :a comparative studywithaera-digestivelesions.scientific reports 2016 :volume 6
109. Mamet L. Lésions de la muqueuse buccale : clinique et traitements. (thèse).Université de Lorraine. 2012.
110. Scully C. Aphthous ulceration. N Engl J Med 2006 ;355 :165-72.
111. Obstetar Perrine, physiopathologie, diagnostic et traitement des aphtes buccales mineurs (thèse) université Claud Bernard-LyonI UFR d'odontologie.
112. JULIE QUENCEZ. Les petites pathologies buccales : conseils à l'officine (thèse) université de Lorraine 2016.
113. Association française des enseignants de parasitologie et mycologie (ANOFEL), histoplasmoses 2016-2017 université médicale virtuelle francophone disponible sur internet :<http://campus.cerimes.fr/parasitologie/enseignement/histoplasmoses/site/html/1.html#1>
114. Immunohistochimie 2018 disponible sur internet : <https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/19421-immunohistochimie-definition>
115. Fabrice campana ,Anne .A.F ,Ugo.O,Diagnostic de syphilis et de VIH a partir d'ulcérations buccales 2015

Annexes

Cas n°..... :

Nom/prénom :

Age :

Etat général :

Antécédents médicaux :

Motif de consultation :

Examen exo-buccal :

◦ **Téguments :**

◦ **ADP :**

Examen endo-buccal :

◦ **Hygiène :**

◦ **Examen des muqueuses :**

◦ **Examen de la denture:**

◦ **Examen de lésion :**

➤ **Siège :**

➤ **Date d'apparition :**

➤ **Mode d'apparition :**

Taille :

Forme :

Base :

Contours :

Bords :

Nombre :

Fond :

Douleurs :

➤ **Etat des muqueuses qui entoure la lésion :**

Etiologie :

Examens complémentaires :

Diagnostic :

Traitement :

Contrôle :

