**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**



image_select_01

**MINISTERE DE L’ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**UNIVERSITE BADJI MOKHTAR –ANNABA**

**FACULTE DE MEDECINE**

**DEPARTEMENT DE CHIRURGIE DENTAIRE**

**Les affections bulleuses et vésiculeuses de la muqueuse buccale**

**Dr M.TAGUIA**

**SERVICE DE PATHOLOGIE ET CHIRURGIE BUCCALE**

***4eme année***

***Année universitaire : 2019 /2020***

**Les affections bulleuses de la muqueuse buccale**

**INTRODUCTION :**

Les maladies bulleuses sont fréquentes en pathologie buccale et sont souvent accompagnées d’une atteinte cutanée.

Dans la cavité buccale, il est rare de voir ces bulles car elles font rapidement place à des érosions et elles peuvent conduire à une dénutrition en raison de l’impossibilité de l’alimentation due aux douleurs ; de plus la surinfection est fréquente. Cela nécessite une prise en charge symptomatique particulière : alimentation adaptées, hygiène correcte et renforcée et traitement des douleurs.

**1-DEFINITION**

Une bulle est une collection liquidienne à contenu clair ou séro-hématique de plusieurs millimètres de diamètre, réalisant un soulèvement circonscrit de l'épithélium. Elle peut siéger sur la peau ou les muqueuses. Elle est rapidement rompue et laisse place à une érosion ou ulcération.

**2-FORMES CLINIQUES :**

**1-les affections bulleuses non auto immune**

1-**1 l’érythème polymorphe :** c’est une dermatose qui est associée à des lésions cutanées et des lésions muqueuses, accompagnée de fièvre et d’arthralgie. Il s’agit le plus souvent des papilles rouges de petites taille donnant une image en cocarde avec un centre livide et un anneau périphérique lisse, rouge, saillant, siégeant de façon symétrique aux genoux, aux coudes, aux mains et aux pieds.

Ces lésions en *« bague »* sont pathognomoniques.

Au niveau buccal on trouve des zones blanchâtres nécrotiques, entourées de macules, les bulles se rompent rapidement en laissant des érosions multiples qui deviennent croûteuses, hémorragiques et douloureuses.

* **Etiologie**

Dans 50% des cas, l’étiologie reste inconnue.

L’herpès est retrouvé dans (50 à 70%)

* **Evolution :**

La rémission spontanée et sans séquelle se fait en 2 à 3 semaines.

* **Conduite à tenir**

Une alimentation liquide ou semi-liquide est nécessaire. Une hygiène buccodentaire correcte sera reprise dès que possible, avec un brossage doux.

* Traitement local symptomatique

– la lidocaïne gel en applications sur les érosions ;

– Des bains de bouche

* Traitement général

-Prescription des antalgiques

- Dans la forme récurrente d’origine herpétique, un traitement test par un antiviral sera institué : aciclovir (Zovirax 800 mg), 1 cp/j,

-Si cette thérapeutique est inefficace ou si l’érythème polymorphe est idiopathique, on propose la corticothérapie générale **(très controversée**) à la dose de 0,5 mg/kg/j jusqu’à la cicatrisation des érosions, puis une diminution progressive jusqu’à 10 à 15 mg/j.

**NB :** Le syndrome de Lyell et la maladie de Steven-Johnson peuvent être considérés comme des formes majeures de l'érythème polymorphe.

**1-2 Syndrome de Stevens-Johnson**

C’est une toxidermie bulleuse d’origine médicamenteuse (les sulfamides) qui donne les mêmes lésions buccales que l’érythème polymorphe mais plus extensives, plus hémorragiques et pluri-orificielles. Il n’y a pas de lésion cutanée en cocarde. Le pronostic vital dépend plus de l’atteinte cutanée que buccale. Le traitement buccal est celui de l’érythème polymorphe.

**1-3 Syndrome de Lyell**

Forme grave du Stevens Johnson, c’est une urgence dermatologique, responsable d’une détresse cutanée aiguë et d’atteintes viscérales spécifiques.

Dans un contexte fébrile très élevé, les lésions muqueuses oculaires puis buccales, nasales et génitales arrivent avant les lésions cutanées et obligent à hospitaliser le patient en urgence dans un service spécialisé.

le syndrome de Lyell est responsable de séquelles oculaires et de syndrome sec buccal majeurs.

**2-les affections bulleuses auto immune**

* **2-1 Pemphigus :**

Le Pemphigus est une dermatose bulleuse acquise d'étiologie inconnue, pouvant évoluer sous un mode chronique et sévère.

* **Le pemphigus vulgaire**

Il débute chez la plupart (+ de 50%) des patients par des lésions buccales : bulles donnant rapidement des érosions irrégulières, déchiquetées, rouge foncé, très douloureuses. La localisation postérieure est classique (palais, voile, sillons gingivo-jugaux postérieurs), mais les gencives, les joues et les lèvres (surtout la lèvre inférieure) peuvent également être atteintes, simulant un érythème polymorphe.

Le pemphigus peut rester uniquement buccal pendant des mois, l’atteinte cutanée survient 3 à 6 mois après les lésions buccales.

Le diagnostic repose sur le signe de NIKOLSKY qui consiste à réaliser une pression sur l’épiderme, une bulle apparaît sur l’endroit comprimé ou frotté.

**Le traitement** se fait en milieu hospitalier repose sur la corticothérapie générale et les bains de bouche.

* **Pemphigoïde cicatricielle :** Dermatose atteignant un sujet entre 50 et 70 ans, elle touche avec prédilection la femme. Les lésions bulleuses apparaissent autour des organes génitaux et des orifices faciaux (narinaire, buccal et oculaire)

La muqueuse oculaire est sérieusement atteinte avec une conjonctivite, une opacité de la cornée dont l’évolution cicatricielle peut entraîner une cécité.

La muqueuse buccale : elle donne des érosions post-bulleuses de la gencive attachée, réalisant une gingivite desquamative érosive qui peut être le seul signe de la maladie. Dans certaines formes, il existe une extension à la muqueuse libre, au niveau du pharynx, larynx et œsophage. Signe de Nikolski  est positif. L’état général est bien conservé.

Le traitement consiste en une corticothérapie générale.

* **Pemphigoïde bulleuse :** C’est la forme la plus fréquente des dermatoses bulleuses auto- immunes cutanées de l’adulte. Elle donne essentiellement des lésions cutanées avec des bulles bien sur la peau érythémateuse, associées à un prurit. Il s’agit d’une maladie de la personne âgée de plus de 70 ans. Les lésions buccales sont rarement révélatrices de la pemphigoïde bulleuse. Il s’agit d’érosions siégeant principalement sur les joues, le palais mou et la langue ; l’atteinte gingivale est plus rare. Le signe NIKOLSKI est négatif

Le traitement des lésions buccales: corticoides1mg/Kg/j et corticoïdes en topique.

**2-2 l’epidermolyse bulleuses acquise**

C’est une maladie bulleuse auto immune.

La localisation préférentielle est le palais dur, et les lésions cutanées sont habituelles.

**3-La prise en charge des lésions bulleuses de la cavité buccale**

1. **L’alimentation :**

-Eviter les aliments épicés et acides

-Pallier au déficit nutritionnel par une alimentation équilibrée- Vitaminothérapie. - Assurer une hydratation adéquate

- Palier au déficit salivaire : par les sialagogues.

**B-Prévention de l’infection :**

* Obtention d'une bonne hygiène : Par un brossage régulier et élimination de la plaque et du tarte sus et sous gingival.
* Mise en état de la cavité buccale : par la suppression des foyers de multiplication bactérienne à savoir : Soins des dents cariées, extraction des dents irrécupérables, des restaurations prothétiques, refaire les prothèses mal ajustées, correction des malpositions, ….etc.
* Suppression des causes de dystrophies : Tabac, Alcool

NB :

**bulles due à des irritations physiques :** **il s’agit le plus souvent de brûlures en rapport avec un apport alimentaire très chaud, elle peut être aussi en rapport avec une irritation prothétique.**

* **bulles d’origine médicamenteuse :** **les dérivés iodés, les barbituriques, le salicylate de sodium, les sulfamides, l'aspirine, l'antipyrine.**
* **Elles disparaissent après arrêt du traitement.**
* **Souvent associées, l’érythème pigmenté fixe est le seul tableau clinique spécifique d’une toxidermie.**

**CONCLUSION**

Les affections bulleuses de la cavité buccale sont des pathologies fréquentes qu’il faut savoir gérer dans l’urgence. La prise en charge des patients débute par une analyse sémiologique fine à la recherche de lésions élémentaires permettant d’évoquer un diagnostic étiologique. Dans le même temps, il faut soulager le patient et faciliter son alimentation par des gels et des bains de bouche anesthésiants. Il faut insister essentiellement sur le maintien d’une bonne hygiène bucco-dentaire et sur l’arrêt du tabac pendant l’épisode aigue.

**Les affections vésiculeuses**

Introduction :

L’existence de lésions vésiculeuses oriente vers une maladie virale. Le diagnostic est difficile à un stade tardif où il existe des érosions avec des enduits fibrineux. La difficulté est majorée par la douleur à l’examen buccal qui souvent impossible à ce stade.

Définition :

Les vésicules sont de petites collections intra épithéliales à contenu liquide, clair ou hémorragique, de moins de 5 mm Fragiles, elles laissent place à des érosions isolées, arrondies ou confluentes, avec un contour polycyclique.

Formes clinique :

1-L’herpès :

L'herpès est une affection très fréquente et très contagieuse, elle débute par une primo infection suivie de récurrences plus ou moins fréquentes.

La lésion herpétique est purement épidermique, sans atteinte du derme, ce qui explique sa guérison sans cicatrice.

Le virus responsable s'appelle Herpès Simplex Virus (HSV).

A-La primo-infection herpétique à HSV1 :

C’est la première invasion par le virus herpétique d’un être humain non immunisé.

Elle survient en général entre 1 et 5 ans ; elle peut se voir chez le grand enfant, l’adolescent et l’adulte jeune

La traduction clinique de la primo-infection herpétique est une gingivostomatite aiguë s'observant surtout chez l'enfant.

-L'incubation dure 5 à 10 jours. Elle survient dans un contexte fébrile

(T° 39°C), avec douleurs pharyngées.

-Un ou deux jours plus tard apparaissent des vésicules buccales, rapidement remplacées par des érosions pouvant évoquer des aphtes.

-Ces érosions sont nombreuses, pouvant siéger en tout point de la muqueuse buccale: les lèvres, les joues, la langue et les gencives, le palais. La dysphagie est intense et des adénopathies cervicales sensibles sont habituelles.

- la guérison est obtenue en 2 semaines environ, sans séquelles.

 B-L'herpès récurrent :

-Due à la réactivation du virus HSV1 par voie endogène; les facteurs responsables de ces réactivations sont nombreux (exposition solaire, stress, fièvre, traumatisme..).

- L'herpès labial, classique " bouton de fièvre " représente l’aspect le plus fréquent de ces récurrences..

-Il débute par une tache érythémateuse sur laquelle apparaissent des vésicules groupées en " bouquet "; l'éruption peut siéger à la face interne des lèvres ou au palais; après quelques jours, les vésicules se rompent puis se dessèchent, se recouvrant d'une croûte qui tombe en quelques jours (7à10j), sans laisser de cicatrice.

-Il n'y a aucun signe général, en raison de l’immunité acquise au cours de la primo-infection.

 C-L'herpès chronique :

Due à une récurrence où les lésions n'ont aucune tendance à la guérison spontanée en raison du déficit immunitaire touchant le malade (corticothérapie prolongée, chimiothérapie)

 D-Le traitement

 Les gingivostomatites de la primo-infection herpétique sont traitées de manière symptomatique (antalgiques, antiseptiques locaux, antipyrétiques) ; l'association d'aciclovir (Zovirax®) par voie orale (200 mg, cinq fois par jour) permettrait de diminuer la douleur et de raccourcir la durée de la maladie.

 Les herpès récurrents péribuccaux sont traités par antiseptiques locaux; l'aciclovir en application locale sous forme de crème pourrait raccourcir l'évolution, mais ce n'est pas démontré.

 Le traitement des infections herpétiques sévères ou chez les patients immunodéprimés repose sur l'aciclovir par voie parentérale à hautes doses.

2-La varicelle

La varicelle est la plus fréquente des fièvres éruptives de l’enfant

Elle est due à l’infection par le virus varicelle-zona qui est un herpes virus. Elle est très contagieuse et elle est transmise par les gouttelettes de salive ou par contact cutané.

-l’incubation silencieuse dure 15 jour.

-fièvre à 38°C et malaise général, 24h après, apparaît l’éruption qui est dominé par l’exanthème. (Rougeur cutanée (+) ou (-) vive).

-De petites macules érythémateuses apparaissent, vite recouvertes de vésicules ou de bulles caractéristiques, qui se dessèchent en quelques jours formant des croûtes qui se détachent sans laisser de cicatrices s’il n’y a pas de grattage intempestif, car l’éruption est en effet prurigineuse.

-Parallèlement, un énanthème buccal est également observé sur un fond de stomatite érythémateuse généralisée et des vésicules se forment évoluant vers des érosions superficielles, circulaires ou ovalaires, douloureuses avec sialorrhée, disparaissant sans cicatrice.

Le traitement :

Il est préventif, par isolement des sujets malades,

 Sur la peau utiliser des antiseptiques et des antiprurigineux

 Les lésions buccales ne nécessitent pas de traitement particulier, des BDB à l’eau bicarbonatée sont proposés

 l'utilisation de l'aciclovir (Zovirax®) par voie parentérale est réservée aux formes graves chez l'immunodéprimé.

3-Le zona :

C’est la conséquence de la réactivation du virus varicelle- zona qui après une varicelle persiste dans différents ganglions nerveux sensitifs et va se réactiver, sans cause particulière ou suite à une diminution des défenses de l’hôte

- il y aurait réactivation du virus qui gagnerait la peau et les muqueuses, le long des nerfs sensitifs jusqu’au territoire ou apparaîtrait l’érythème, puis vésicules qui se rompent rapidement et puis se dessèchent en formant des croûtes, laissant une cicatrice déprimée, persistante, toujours unilatérale.

-douleur très vives et un syndrome infectieux modéré est observé avec adénopathie dans le territoire atteint.

Le zona est plus fréquent chez les patients immunodéprimés (maladie de Hodgkin, traitements immunosuppresseurs, infection à VIH ; diabète mal équilibré.)

Le plus souvent, le zona du trijumeau intéresse un ou deux troncs voisins :

Le zona ophtalmique met en jeu le pronostic fonctionnel visuel.

Le zona du nerf maxillaire supérieur donne une éruption cutanée et muqueuse (palais, voile, gencive, face interne de la joue et lèvre supérieure).

Le zona du maxillaire inférieur affecte, soit l'ensemble du territoire, soit une de ses branches .

La guerison est obtenue en 15jours.

Le traitement :

 Il est symptomatique, comportant des antiseptiques locaux, des antalgiques pour diminuer l’importance des algies zostériennes. La guérison intervient en 15 à 20jours, avec formation de croûtes .

4-L’herpangine :

-Il s'agit d'une pharyngite érythémateuse intense due au virus Coksackie A touchant le plus souvent les enfants avant l’âge de 07ans.

-Elle s'accompagne d'une température à 38-39°. En 24-48 heures apparaissent des vésicules au contenu clair, puis ces vésicules vont se crever et laisser des érosions recouvertes d’un enduit grisâtre.

-Les lésions touchent essentiellement les piliers antérieurs de l'amygdale, voile du palais, et la paroi postérieur du pharynx et rarement la muqueuse jugale et la langue.

L'évolution est spontanément favorable en quelques jours.

Le traitement :

 Antiseptiques locaux, antipyrétiques et des antalgiques

5- Le syndrome pied-main-bouche :

- Il accompagne en règle générale une infection par le coxsackie virus A 16. La maladie est à transmission hydrique, touchant essentiellement les jeunes enfants.

-La période d'invasion peut être marquée par des troubles digestifs à type de douleurs abdominales et diarrhée légère. Le début de l'éruption survient dans un contexte grippal modéré.

-L'énanthème, souvent isolé, débute par des macules rouge vif de 2 à 8mm de diamètre, évoluant vers des vésicules grisâtres, entourées d'un halo érythémateux, puis vers des lésions aphtoïdes d'allure banale.

-L'éruption cutanée est localisée aux extrémités, vésicules ovalaires, linéaires ou en "croissant", siégeant sur la pulpe des doigts et des orteils ou sur les faces latérales des paumes et des plantes des pieds.

-L'éruption évolue en 1 à 2 semaines vers la guérison spontanée. Le diagnostic est établi sur les données cliniques.

Le traitement est symptomatique.