**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**

**DIAGNOSTIC DES ULCERATIONS DE LA MUQUEUSE BUCCALE**

**Dr M.TAGUIA**

**SERVICE DE PATHOLOGIE ET CHIRURGIE BUCCALES**

***4eme année***

***Année universitaire :2019l2020***

Introduction

Les ulcérations de la muqueuse buccale constituent un motif fréquent de consultation en médecine dentaire.

Sur le plan histologique, l’ulcération est définie comme étant une perte de substance muqueuse: celle-ci est profonde touchant l’épithélium et le chorion, et peut laisser une cicatrice indélébile après traitement.

Même si ces lésions sont facilement reconnues à l’examen clinique, la recherche étiologique, elle par contre, n’est pas chose facile, cette recherche peut révéler des maladies locales ou générales très diverses et parfois graves.

• **L’érosion** : est une perte de substance superficielle épithéliale (n’intéressant que l’épithélium), mettant plus ou moins à nu la partie superficielle du chorion. Elle est souvent post vésiculeuse, post bulleuse ou post traumatique et guérit généralement sans cicatrice.

• **L’ulcération:** est une perte de substance profonde, intéressant toute la hauteur de l’épithélium et s’étendant au chorion (le chorion moyen et profond) pouvant laisser des cicatrices après guérison.

**Démarche diagnostique**

* ***Interrogatoire :***

L’âge, et les antécédents personnels : 🡪 maladie générale.

🡪 Épisode antérieur similaire

🡪 Prise de médicaments.

Les signes fonctionnels : 🡪 Douleurs.

🡪 Gène á élocution ou á l’alimentation.

Les signes associés : 🡪 lésions cutanées.

🡪 Présence Adénopathies douloureuses ou non.

**Examen clinique :**

**L’Examen lésionnel :** est réalisé sous un bon éclairage (le praticien protégé) ; qui permet de déterminer les caractères de la lésion:

🡪 Iaire ou IIaire (succédant á une autre lésion élémentaire).

🡪 Aspect ● Souple ou indurée.

● Inflammatoire ou non.

● Nécrotique.

● Surinfectée.

● Hémorragique.

🡪 Topographie

* Dimension et nombre.
* Forme, teinte, contour et fond.

L’examen clinique doit être complété par l’inspection de l’ouverture buccale, hygiène bucco-dentaire, examen dentaire, examen des muqueuses et l’examen de la salive à la recherche d’un éventuel signe qui pourrait orienter le diagnostic

**Le diagnostic d’ulcération étant posé la démarche diagnostique est essentiellement étiologique**.

1. **ULCERATION UNIQUE :**
2. **L’aphte buccal**Le diagnostic d’aphte sera posé devant:

* ulcération de petite taille.
* Arrondie ou ovalaire de moins de 1cm de diamètre.
* Fond jaune de couleur beurre frais, bord rouge régulier.
* Douloureuse, évolue en 8-10jours.
* Si l’analyse sémiologique révèle la notion de poussées récidivantes et la multiplicité des lésions au niveau de la cavité buccale le diagnostic d’**aphtose buccale récidivante (ABR)** estévoqué.
* Le diagnostic d’**aphtes récurrents** doit être évoqué, lorsque l’examen clinique et les examens complémentaires retrouvent un contexte général, comme par exemple un trouble hématologique (neutropénie), une maladie gastroduodénale (maladie de Crohn), une influence hormonale (lors de la phase lutéale du cycle menstruel), une maladie de Behçet (avec ses signes majeurs :ulcérations buccales et génitales récidivantes, lésions oculaires , lésions cutanées ).

**Traitement des Aphtes** :

Les aphtes buccaux disparaissent en principe au bout de 8 à 10 jours, toutefois en cas de récidives répétées, le traitement est local (topique) en première intension puis systémique par voie générale en cas de résistance au traitement local.

**Par voie topique:**

*\*Anésthèsiques:Xylocaine / Lidocaine ;*

*\* Acide trichloracétique , Aspirine*

\* *Bains de Bouche antiseptique*: *Bicarbonate de Na , Chlorhexidine ,*

**Par voie sytèmique:** Corticostéroides (Solupred, Dexamethasone), Colchicine, Vitamine C.

1. **Ulcération Traumatique :**

Devant la mise en évidence d’un traumatisme quelconque (bord tranchant de prothèse, mauvaise adaptation…), en rapport avec l’ulcération, nous retenons le diagnostic *d’ulcération traumatique*.

La prise en charge consiste en la suppression du facteur traumatique qui amène la guérison en 10 à 15 jours, l’administration de bains de bouche peut aider à la guérison;

Un contrôle doit être réalisé 3 semaines plus tard, afin de s’assurer d’une guérison totale et l’absence de toute récidive.

Remarque: toute lésion qui ne disparaît pas doit être biopsiée afin d’éliminer une cause néoplasique.

1. **ulcération spécifique :**  
   3.1- Chancre Syphilitique

* Devant une ulcération superficielle **indolore** au niveau de la lèvre ou la pointe de la langue.
* Propre bien limitée.
* Bord régulier, avec quelque fois un halo érythémateux.
* Fond plat et lisse.
* Induration á la base en feuille de carton
* Adénopathie constante (polyadénopathie++)
* +++TPHA-VDRL positifs.

**.**

**TRAITEMENT**

*- Le traitement de la syphilis est basé sur la pénicillothérapie au long cours.*

**3.2-** **Ulcération tuberculeuse :**

L’ulcération tuberculeuse est évoquée devant:

* Ulcération douloureuse souvent au niveau de la langue
* Contour régulier, fond irrégulier jaunâtre.
* Absence d’un halo rouge
* Base empâtée, ferme, non dure.
* Adénopathie satellite.
* +++IDR positive .
* Le bilan doit être complété par:

Téléthorax, biopsie (BK+nécrose caséeuse)

**Traitement**

L’action locale et le traitement de la tuberculose qui fait appel aux antituberculeux majeurs selon le protocole suivant:

* Ethambutol 25mg /kg
* Isoniazide 8mg/kg
* Rifampicine 10mg/kg+pyrazinamide

Pendant un temps suffisamment long de 6 á 12 mois

**4-Ulcération ostéitique**

On pense à l’ulcération ostéitique devant:

Ulcération unique, typique sur la crête ou le rebord alvéolaire.

Bords irréguliers et infiltrés laissant percevoir un fragment osseux gris.

La radio montre une réaction osseuse.

**Traitement:**

Médical: ATB, Anti-inflammatoire et Antalgique

Traitement étiologique.

Élimination de séquestre et curetage.

Lavage au sérum physiologique.

**5- ulcération néoplasique**

* Ulcération unique.
* Taille et forme variable.
* Contours irréguliers
* Bords surélevés, éversés et durs.
* Fond granité, végétant ou bourgeonnant.
* Base indurée et dépasse l’ulcération.

Traitement: Orientation du malade vers le service spécialisé pour une éventuelle prise en charge (chimiothérapie, radiothérapie).

1. **ULCERATIONS MULTIPLES :**
2. **Aphtose multiple :**

**1.1 Aphtose commune :**

* Plus de 3 ulcérations aphteuses mesurant -1 cm de diamètre.
* Guérison est obtenue en 8 jours.

1.2 **Aphtose géante :**

Dont le diagnostic positif repose sur :

* + - Ulcérations arrondies de + de 1 cm de diamètre
    - Régulières
    - Entourées d’un liseré érythémateux

**1.3 La péri adénite de SUTTON =aphte nécrosant:**

* Forme ovalaire peuvent dépasser 1 cm, peut atteindre 3cm
* Prédilection pour les lèvres, le palais mou et les piliers des amygdales (présence des infiltrats inflammatoires autour des glandes accessoires de la MB).
* Persistent jusqu'à 6 semaines.
* *Laisse une cicatrice rétractile.*
* Elle évolue vers la limitation de l’ouverture buccale.

**1.4 Maladie de Behçet**:

Une affection multisystématique inflammatoire récidivante, d’évolution chronique et de cause inconnue, sa sévérité diminue avec le temps,

Son expression clinique est dominée par:

* De lésions majeures:
* ulcération buccales aphteuses98%
* Lésions cutanées87%
* Des ulcères génitaux73%
* Signes oculaires69%
* Les lésions mineurs :
* Une arthrite57%
* Lésions gastro-intestinales16%
* Des signes neurologiques centraux11%
* Des lésions vasculaires9%

Le syndrome de Behçet touche particulièrement l’adulte jeune.

***Le Traitement de l’aphtose récidivante et maladies générales aphteuses***

En plus de l’action locale sur les aphtes et la remise en état de la cavité buccale; le Traitement général s’impose :

-Vit C :

-Colchicine : 01 mg/jour pendant des mois : prévient les récidive 50 %des cas

-Corticothérapie: prednisone® 0,5 mg pendant 15 jour 🡪cicatrisation rapide des lésions.

**2-Ulcérations virales(post vésiculeuses) :  
2.1- Herpes**

**2.2- Varicelle**

**2.3- Zona**

**3 Ulcérations post bulleuses)**

3.1- Érythème polymorphe:

3.2- pemphigus vulgaire.

3.3- pemphigoїde cicatricielle

3.4- Syndrome de Lyell:

**3.5- Toxidermie bulleuse**

**4-** **Lichen érosif :**

**5- Ulcérations post** **Chimiothérapie post radiothérapie :**

-des érosions plus ou moins diffuses et douloureuses 🡪 Dysphagie.

-s’étend aux lèvres, langue et á l’œsophage.

-en rapport avec la durée d’administration des drogues.

La Radiomucite qui survient dés la 3éme semaine du traitement radiothérapique apparaît après une ulcération.

**Traitement**

Prévenir les infections et le maintien d’une bonne hygiène bucco-dentaire

♦ Si le patient présente une radiomucite il faut faire:

\*Soins locaux :

-Bains de bouche fréquents 5à6 fois par jour à base de bicarbonate de soude

-A titre préventif associer :un antifongique « fungizone »,un antiseptique « Eludril »

- Anesthésiques locaux (Xylocaine 5%) avant les repas en cas de douleurs importantes et de dysphagie dans les formes graves pour faciliter l’alimentation.

**Conclusion :**

En pratique quotidienne ce sont l’anamnèse et l’analyse précise de la lésion élémentaire et sa topographie, qui donneront des orientations diagnostiques distinctes, et il faut noter que :

🡪Une ulcération indurée est toujours suspecte d’une nature carcinomateuse et impose toujours une biopsie.

🡪Une ulcération orale aigue est aussi bien suggestive d’une cause extrinsèque traumatique ou chimique que d’une origine virale ou médicamenteuse.