**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**

**Lésions blanches de la muqueuse buccale**

**Dr M.TAGUIA**

**SERVICE DE PATHOLOGIE ET CHIRURGIE BUCCALE**

***4eme année***

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

**Les Lésions blanches de la muqueuse buccale**

Un certain nombre de maladies se manifestent par des lésions blanches de la muqueuse buccale. Ces affections sont très variées, et elles sont le plus souvent décelées fortuitement ; parfois en raison de manifestations subjectives essentiellement douloureuses.

Les lésions blanches expriment un défaut de kératinisation de l’épithélium de la muqueuse buccale (dyskératose), d’où leur appellation par certains auteurs de *kératoses. Cette dénomination ne convient pas à toutes les lésions blanches puisqu’il existe celles qui ne sont pas kératosiques.*

Elles sont de diagnostic facile en général par leur aspect blanchâtre caractéristique, ces lésions suscitent par contre des discussions diagnostiques étiologiques diverses.

**Démarche diagnostique :**

**Interrogatoire :**

-État civil, âge, profession, habitudes alcoolo-tabagiques du malade;

-Les antécédents médico- chirurgicaux personnels et familiaux (pathologie dermatologique, diabète, lupus, tuberculose, HIV, HPV, hépatite…)

-Une notion de prise médicamenteuse et sa durée: ATB, AINS, AIS, BB, immunosuppresseurs, antihypertenseurs, antidépresseurs;

- Date d’apparition de la lésion et son mode d’évolution;

-Signes fonctionnels associés : sensation de douleurs, de brûlures, démangeaisons, sècheresse buccale, saignement…

-Évaluer également l’état psychologique du patient;

Préciser si le patient est porteur d’une prothèse adjointe et depuis quand

***L’examen exo buccal, recherchera :***

- Les lésions cutanées associées, sur la face et dans d’autres parties du corps, perlèches commissurales;

* Les ADPS si elles existent, préciser: localisation, nombre, volume, consistance, mobilité ou non.

***L’examen endo buccal:***

* Hygiène bucco-dentaire, halitose, odeur d’acétone;
* Formule dentaire: dents cariées (bords tranchants), absentes, obturées (matériaux plaquant la face interne de la joue);
* Etat des prothèses conjointes et adjointes (stabilité, adaptation des crochés, occlusion…)

**Examen de la lésion :**

-la taille de la lésion et son extension; son aspect (homogène ou inhomogène)

-La forme régulière ou non, revêtant un aspect bourgeonnant, linéaire, punctiforme ou en nappe.

-Les bords (limité ou diffus), préciser si cette lésion est *détachable ou non*  par raclage à l’abaisse langue ;

-Apprécier la quantité et viscosité salivaire (adhérence de l’abaisse langue en cas de sécheresse buccale).

- La palpation; *temps capital de l’examen clinique et orientation clinique précieuse (évolution);* précisera: la consistance de la lésion, son extension profonde ainsi que la notion d’induration périphérique et de saignements provoqués (notamment lors de la mastication).

*Aussi, l’examen clinique bucco-maxillo-facial doit être impérativement suivi d’un examen dermatologique (peau, ongles, replis cutanés) à la recherche d’autres lésions.*

***FORMES CLINIQUES***

**1-les lésions blanches pathologique non keratosiques**

**1-1 la langue saburrale :**

Lésion réversible due à la diminution de décapage physiologique intra buccale associé a une mauvaise hygiène buccodentaire.

Clinique : dépôt blanchâtre sur la face dorsale de la langue partiellement détachable.

* 1. ***candidose aigue* « Le muguet » :**

*- c’est une lésion facilement détachable au grattage, laissant en place une muqueuse érythémateuse*.

- il est causé par candida albicans, et survient chez le nouveau née ou les personnes âgées

-localisation fréquente au niveau de la joue, la langue et le palais

-elle est favorisée par une antibiothérapie ou une corticothérapie prolongée, ainsi que par certains états pathologiques (diabète, leucémies, HIV). Le diagnostique sera confirmé par un examen mycologique.

Le Traitement consiste après une motivation à l’hygiène, à prescrire :

* + *BDB alcalins (bicarbonatés);*
  + *Antifungique Fungizone® en sirop ou en gélules à raison de 1,5 à 2g jours pendant en moyenne 3 semaines*

**2-les lésions blanches pathologiques keratosiques**

1. **1 Les kératoses *Traumatiques :***

Les lésions blanches les plus fréquemment rencontrées dans la cavité buccale sont celles d’origine traumatique dont l’aspect est plus ou moins régulier, accompagné ou non d’un érythème ou d’une ulcération, épousant la forme de l’irritant local. *L’examen clinique permet de poser facilement le diagnostic, sans recourir aux examens complémentaires,* et d’identifier l’étiologie qui peut être: une prothèse dentaire mal adaptée et traumatisante, une dent fracturée ou cariée ou un tic de morsure et d’aspiration = ligne de morsure.

*La suppression de l’agent causal amène en général la guérison*

***2-2-les leucoplasies :***

Des lésions blanches qui ne disparaissent pas au grattage, elles sont particulièrement fréquentes chez un consommateur d’alcool et de tabac (*kératose tabagique*).

-Elles peuvent revêtir des aspects variés, être homogènes ou inhomogènes.

- *La biopsie quand elle est nécessaire (aspect inhomogène); permet de confirmer le diagnostic et de déterminer la présence ou non d’une dysplasie et sa graduation.*

*Le traitement fait appel:*

*-Remise en état de la cavité buccale et motivation à l’hygiène;*

*-Arrêt du tabac et des facteurs de risque (alcoolisme); permet dans la majorité des cas à sa disparition (quand la lésion est homogène);*

*-L’utilisation de rétinoïdes semble avoir une efficacité préventive sur la transformation néoplasique des leucoplasies;*

*-La mise en évidence d’une dysplasie sévère impose une exérèse chirurgicale avec vérification histologique et une surveillance régulière.*

***2-3-le lichen plan :***

***-***une dermatose cutanéomuqueuse inflammatoire chronique, généralement bénigne

-une lésion blanche réticulée (en réseau, en feuille de fougère, en annaux), érosive ou encore atrophique chez une femme entre 30 et 60 ans avec des signes fonctionnels à type de picotements, de brûlures ou de gêne.

-Des stries blanchâtres « Strie de Wickham ».

- siège fréquemment dans la région jugale postéro inferieure

- Il faut rechercher un lichen plan cutané (lésions prurigineuses à disposition annulaire sur le tronc, les membres et la face).

-*Le traitement du LPB est fonction de la forme clinique.*

* ***Le lichen buccal asymptomatique*** (réticulé) nécessite l’arrêt d’une éventuelle intoxication alcoolo-tabagique avec:
* Une prescription anxiolytique et une remise en état buccodentaire;
* Une parfaite hygiène buccale, un contrôle régulier visant à intercepter l’apparition de symptômes.
* ***Le lichen plan érosif*** autorise des thérapeutiques visant à éradiquer la douleur et à obtenir une rémission.

On peut prescrire: corticothérapie générale (Solupred®)locale(Prédnisolone)

**2-4 Le lupus érythémateux discoïde :**

Une zone centrale érythémateuse et une bordure périphérique kératosique formée par des stries blanchâtres qui s’associe le plus souvent à des lésions cutanées sous forme d’éruption malaire érythémateuse plane ou en relief, fixe, couvrant en « ailes de papillon » dont l’exposition à la lumière UV aggrave généralement cette éruption .

Le diagnostic est confirmé par immunofluorescence directe;

Le traitement consiste en la motivation à l’hygiène et une prescription d’une corticothérapie locale, voire générale dans les cas sévères.

**2-5-Le psoriasis buccal :**

Des lésions blanches en plaques grises ou jaunâtres, l’association à un psoriasis cutané est presque systématique. Le diagnostic est confirmé par l’histologie. Le traitement fait appel à la corticothérapie locale qui permet la disparition des lésions buccales.

*La surveillance doit être régulière puisque la transformation maligne est possible.*

**2-6 la candidose chronique :**

C’est *un érythème assez discret et un enduit blanc grisât et irrégulier très adhérent,* doit faire évoquer une candidose chronique,

- l’interrogatoire a révélé l’ancienneté de la lésion et la présence d’une immunodépression (corticothérapie à long court, diabète, HIV, ou de toute autre maladie systémique s’accompagnant d’un déficit immunitaire).

- L’histologie confirme le diagnostic et met en évidence une hyperkératose avec présence de candida dans les couche profondes de l’épithélium;

-Un traitement antifongique par voie orale est souvent efficace, *même si la disparition totale de la lésion s’étale pendant quelques semaines*.

*Une surveillance régulière est nécessaire; en raison du risque de dégénérescence carcinomateuse*

***2-7 - Les leucoplasies d’origine virale:***

*La plus connue est le leucoplasie orale chevelue, elle peut accompagner une infection VIH, la localisation jugale est fréquente.*

*Les papilloma virus: évoqués devant un contexte particulier (malade traitée et suivie pour HPV).*

*La prise en charge thérapeutique; médicale ou chirurgicale; dépends du type histologique. La transformation maligne est la aussi possible, d’où la nécessité d’une surveillance régulière*

***2-8* -*Les kératoses bactériennes:*** *rares, en rapport avec une syphilis secondaire ou une tuberculose. Ces lésions ne doivent pas être confondues avec un lichen.*

*Le traitement est spécifique (anti-tuberculeux ou anti syphilitique).*