

Guide pour le diagnostic clinique différentiel des lésions de la muqueuse buccale



Auteur(s) du cours : Michael W. Finkelstein, DDS, MS;

Emily Lanzel, DDS, MS; John W. Hellstein, DDS, MS

Crédits de FC : 4 Heure(s)

Public visé : Dentistes , Hygiénistes dentaires, Assistants dentaires, Étudiants en médecine dentaire, Étudiants en hygiène dentaire, Étudiants en assistance dentaire

Date de mise en ligne du cours : 04/06/2002

Dernière date de révision : 03/26/2020

Date d'expiration du cours : 03/25/2023

Coût : Gratuit

Code (s) de sujet AGD : 730

Cours de ligne : www.dentalcare.ca/fr-ca/formation-professionnelle/cours-de-formation-continue-en-soins-dentaires/ce110

Avis de non-responsabilité : Les participants doivent être conscients des dangers de mettre en pratique de nouvelles techniques ou procédures sur la base de connaissances limitées. Seuls les principes de dentisterie éprouvés devraient être utilisés pour soigner les patients.

Déclaration de conflit d'intérêts

- Le regretté Dr Finkelstein n'a signalé aucun conflit d'intérêts associé à ce cours lors de sa dernière mise à jour. Le personnel de P&G exprime ses condoléances à l'égard de la perte du Dr Finkelstein le 28 décembre 2013. Il était un ardent défenseur de l'éducation dentaire qui a touché des dizaines de milliers d'étudiants et de patients grâce à sa connaissance de la pathologie buccale et à sa carrière qui a duré plus de 30 ans à l'Université de l'Iowa.
- Le Dr Lanzel et le Dr Hellstein ne signalent aucun conflit d'intérêts associé à ce cours.

Introduction

L'objectif principal de ce cours est de vous aider à apprendre le processus de diagnostic différentiel clinique des maladies et des lésions de la muqueuse buccale. La première étape de la prise en charge thérapeutique réussie d'un patient atteint d'une maladie ou d'une lésion de la muqueuse buccale dépend de la création d'un diagnostic différentiel. Ce cours comprend également un arbre de décision interactif et téléchargeable pour aider au diagnostic.

Contenu du cours

- Aperçu
- Objectifs d'apprentissage
- Partie I : Introduction au diagnostic clinique différentiel
 - Comment utiliser l'arbre décisionnel
 - Tumeurs bénignes et malignes
- Partie II : Lésions de surface de la muqueuse buccale
 - Lésions de surface blanches
 - Lésions blanches avec débris de surface
 - Lésions blanches causées par une modification sous-épithéliale
 - Lésions de surface pigmentées de la muqueuse buccale
 - Lésions de surface pigmentées localisées de la muqueuse buccale
 - Lésions sanguines extravasculaires
 - Lésions mélanocytaires
 - Tatouage
 - Lésions de surface vésiculaires-ulcérées-érythémateuses de la muqueuse buccale
 - Maladies héréditaires : Épidermolyse bulleuse
 - Maladies auto-immunes
 - Maladies idiopathiques
 - Maladies virales
 - Maladies mycosiques : candidose (candidiasis)
- Partie III : Hypertrophies des tissus mous de la muqueuse buccale
 - Hypertrophies réactives des tissus mous
 - Tumeurs de tissus mous
 - Tumeurs épithéliales bénignes de la muqueuse buccale
 - Tumeurs mésenchymateuses bénignes de la muqueuse buccale
 - Tumeurs bénignes des glandes salivaires de la muqueuse buccale
 - Kystes de la muqueuse buccale
 - Néoplasmes malins de la muqueuse buccale
- Partie IV : Résumé des caractéristiques cliniques des lésions de la muqueuse buccale
 - Tableau 1 Lésions de surface blanches de la muqueuse buccale
 - Tableau 2 Lésions de surface pigmentées localisées de la muqueuse buccale
 - Tableau 3 Lésions de surface vésiculaires-ulcérées-érythémateuses de la muqueuse buccale
 - Tableau 4 Hypertrophies de tissus mous
 - Tableau 5 Tumeurs épithéliales bénignes
 - Tableau 6 Tumeurs mésenchymateuses bénignes
 - Tableau 7 Tumeurs bénignes des glandes salivaires
 - Tableau 8 Kystes des tissus mous
- Conclusion
- Aperçu de l'examen
- Ressources et références supplémentaires
- Au sujet des auteurs

Aperçu

La pathologie buccale est une spécialité visuelle et les images cliniques peuvent faciliter l'apprentissage des caractéristiques cliniques des lésions de la muqueuse buccale. Plusieurs atlas sont recommandés dans la section Ressources supplémentaires de ce cours. Le matériel textuel de ce cours est conçu pour être utilisé avec le livre « [The Oral Pathology Image Database \(Atlas\)](#) ».

Veuillez noter que les lésions ou les maladies discutées dans le matériel textuel qui ont des images cliniques disponibles dans « The Oral Pathology Image Database » sont désignés par *.

Objectifs d'apprentissage

À la fin du présent cours, le professionnel des soins dentaires sera en mesure de :

- Classer les lésions buccales en lésions de surface et en élargissements des tissus mous en utilisant un arbre décisionnel (organigramme).
- Décrire les caractéristiques cliniques typiques de chaque classe de lésions de la muqueuse buccale dans l'arbre décisionnel, y compris :
 - Lésions de la surface blanche : épaissement épithélial, débris de surface et changement sous-épithélial
 - Lésions de surface pigmentées généralisées
 - Lésions de surface pigmentées localisées : sang intravasculaire, sang extravasculaire, pigment mélanique et tatouage
 - Lésions de surface vésiculaires-ulcérées-érythémateuses : héréditaires, auto-immunes, virales, mycosiques et idiopathiques
 - Extensions réactives des tissus mous de la muqueuse buccale
 - Tumeurs bénignes de la muqueuse buccale : glande épithéliale,

- mesenchymateuse et salivaire
- Néoplasmes malins de la muqueuse buccale
- Kystes de la muqueuse buccale
- Décrire les caractéristiques cliniques caractéristiques ou typiques des maladies les plus courantes ou importantes de la muqueuse buccale.
- Effectuer un diagnostic différentiel clinique étape par étape, en utilisant l'arbre décisionnel, pour les patients présentant des lésions de la muqueuse buccale.

Partie I : Introduction au diagnostic clinique différentiel

Le diagnostic des lésions de la muqueuse buccale est nécessaire pour la bonne prise en charge des patients. Le diagnostic différentiel clinique est le processus cognitif consistant à appliquer la logique et la connaissance, dans une série de décisions étape par étape, pour créer une liste de diagnostics possibles. Le diagnostic différentiel devrait être abordé sur la base de l'exclusion. Toutes les lésions qui ne peuvent pas être exclues représentent le diagnostic différentiel initial et sont à la base de la commande de tests et de procédures pour affiner le diagnostic. Deviner quel est le meilleur diagnostic pour une lésion buccale peut être dangereux pour le patient parce que des conditions sérieuses peuvent être négligées.

Il est utile pour les cliniciens d'organiser leur connaissance de la pathologie buccale en utilisant un système simulant l'aspect clinique des lésions bucales. Un arbre décisionnel est un organigramme qui organise l'information qui permet à l'utilisateur de prendre une série de décisions étape par étape et arriver à une conclusion logique (Figure 1).

Comment utiliser l'arbre décisionnel

Pour utiliser l'arbre décisionnel, le clinicien commence à gauche de l'arbre, prend la première décision et se dirige vers la droite. Les noms des lésions individuelles sont répertoriés à l'extrême droite de l'arbre. Toute lésion ou tout groupe de lésions qui ne peut être exclue fait partie du diagnostic différentiel clinique.

La première décision à prendre lors de l'utilisation de l'arbre décisionnel est de savoir

si la lésion est une lésion de surface ou une hypertrophie des tissus mous.

Les lésions de surface sont des lésions qui touchent l'épithélium et le tissu conjonctif superficiel de la muqueuse et de la peau. Ils ne dépassent pas 2 à 3 mm d'épaisseur. Les lésions de surface se répartissent en trois catégories en fonction de leur apparence clinique : blanches, pigmentées et vésiculaires-ulcérées-érythémateuses. Chacune de ces catégories est ensuite divisée en sous-catégories, comme indiqué dans les tableaux 1 à 3.

Les hypertrophies des tissus mous sont des inflammations ou des masses qui sont divisées en deux catégories : les lésions réactives et les tumeurs du tableau 4. Le terme tumeur est utilisé au sens clinique d'hypertrophie et ne repose pas sur des critères microscopiques ou des processus pathologiques de base. Par exemple, un fibrome causé par une irritation est classé comme une tumeur parce que cette lésion est persistante et grossit progressivement, bien que la plupart des spécialistes conviennent que la vraie pathogenèse est un processus réactif secondaire à une irritation chronique.

Les hypertrophies réactives des tissus mous peuvent croître et décroître (taille fluctuante) et finissent en général par régresser. Les hypertrophies réactives sont souvent, mais pas toujours, sensibles ou douloureuses et présentent généralement un taux de croissance plus rapide (mesuré en heures ou en semaines) que les tumeurs. Certaines hypertrophies réactives commencent comme des lésions diffuses et deviennent plus localisées avec le temps. Parfois, les lésions réactives sont associées à des ganglions lymphatiques sensibles et à des manifestations systémiques, comme de la fièvre et des malaises. Une fois qu'il est décidé qu'une hypertrophie des tissus mous est réactive, l'étape suivante consiste à déterminer ce qui a provoqué l'apparition de la lésion, comme une infection bactérienne, virale ou fongique ou une blessure chimique ou physique.

Les tumeurs des tissus mous sont caractérisées par leur persistance et

Arbre décisionnel pour les lésions de la muqueuse buccale

(Révisé en mars 2008)



Figure 1. Arbre décisionnel pour les lésions de la muqueuse buccale.

progressivité; elles ne se résorbent pas sans traitement. Elles ne sont habituellement pas douloureuses aux premiers stades de leur développement, et leur rythme de croissance varie de quelques semaines à plusieurs années.

Tumeurs bénignes et malignes

Si une hypertrophie des tissus nous semble être une tumeur, le clinicien doit ensuite déterminer si l'hypertrophie est bénigne ou maligne. **Les tumeurs bénignes** sont généralement mieux définies ou circonscrites et présentent un rythme de croissance plus lent, mesuré en mois et en années, que les néoplasmes malins. **Les néoplasmes malins** sont plus susceptibles d'être douloureux et provoquent des ulcérations de l'épithélium sous-jacent que les lésions bénignes. Puisque les néoplasmes malins envahissent ou infiltrent les muscles, les nerfs, les vaisseaux sanguins et les tissus conjonctifs environnants, ils se fixent ou adhèrent aux structures qui les entourent pendant la palpation. Certaines tumeurs bénignes se fixent également aux structures qui les entourent, mais d'autres sont enveloppées d'une capsule de tissu conjonctif fibreux, ce qui peut permettre de faire bouger la lésion dans le tissu, indépendamment des structures environnantes.

Les tumeurs bénignes peuvent être subdivisées en quatre catégories : les tumeurs épithéliales, les tumeurs mésenchymateuses, les tumeurs des glandes salivaires et les kystes des tissus mous. Bien que les kystes des tissus mous ne soient pas des tumeurs, leurs caractéristiques historiques et cliniques ressemblent à celles des tumeurs bénignes. Chacune de ces catégories possède à son tour des sous-catégories comme indiqué dans les tableaux 5 à 8.

Il convient de souligner que les descriptions cliniques ci-dessus sont des directives générales, et des exceptions se produisent. L'ablation de la lésion et l'examen microscopique du tissu constituent le seul moyen de parvenir à un diagnostic définitif.

Partie II : Lésions de surface de la muqueuse buccale

Il ne faut pas oublier que les lésions de surface de la muqueuse buccale sont des lésions qui touchent l'épithélium ou les tissus conjonctifs superficiels. Elles n'excèdent pas 2 à 3 mm d'épaisseur. Sur le plan clinique, les lésions de surface sont plates ou peu épaisses, mais ce ne sont pas des inflammations ou des hypertrophies.

Les lésions de surface se divisent habituellement en trois catégories en fonction de leur apparence clinique : blanches, pigmentées et vésiculaires-ulcérées-érythémateuses.

Lésions de surface blanches de la muqueuse buccale

Les lésions de surface de la muqueuse buccale qui présentent un aspect blanc, brun ou jaune pâle sont divisées en trois groupes en fonction de leurs caractéristiques cliniques :

Lésions blanches causées par un épaississement épithélial.

Lésions blanches causées par l'accumulation de débris nécrotiques sur la surface muqueuse.

Lésions blanches causées par des modifications sous-épithéliales du tissu conjonctif.

Les lésions blanches causées par un épaississement épithélial présentent un aspect blanc parce que la coloration rosâtre et rougeâtre des vaisseaux sanguins sous le tissu conjonctif sous-jacent est masquée par l'épaississement de l'épithélium. Ces lésions sont asymptomatiques, rugueuses à la palpation et ne s'enlèvent pas en les frottant avec une gaze. Elles apparaissent blanches et plates lorsqu'elles sont sèches.

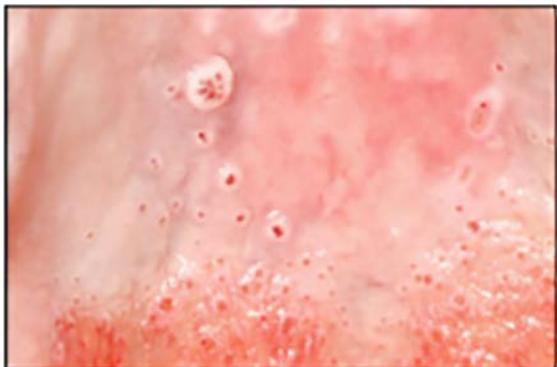
La **langue pileuse*** est le résultat de l'accumulation de kératine sur la surface dorsale de la langue. De nombreuses causes ont été proposées, mais les plus probables sont le manque de stimulation mécanique de la face dorsale de la langue en raison d'une mauvaise hygiène bucodentaire ou d'un régime alimentaire de consistance molle. La lésion se présente sous la forme de papilles filiformes allongées ressemblant à des poils. Les papilles ont généralement une couleur brune, noire ou autre selon le régime alimentaire et les habitudes du patient. La langue pileuse n'est généralement pas douloureuse. Ce n'est pas



Langue pileuse



Érythème migrant



Nicotine stomatitis

une condition sérieuse, mais il faut la traiter pour des raisons esthétiques et hygiéniques. Le traitement consiste à utiliser une brosse à dents, une lame pour langue ou un brosse-langue pour brosser ou frotter la surface dorsale de la langue. Le pronostic est bon.

La **leucoplasie chevelue** est causée par le virus d'Epstein-Barr et se présente sous la forme de plaques rugueuses unilatérales ou bilatérales, asymptomatiques, blanches, généralement sur les surfaces latérales de la langue. Elle se produit le plus souvent chez

des patients séropositifs, mais peut également apparaître chez tout patient immunodéficient. La leucoplasie chevelue ne requiert pas de traitement, mais elle doit alerter le clinicien que le patient est immunodéficient.

Lésions de surface blanches

L'**érythème migrant (langue géographique, glossite migratoire bénigne)** est une lésion commune, inoffensive, qui peut typiquement être diagnostiquée par ses caractéristiques cliniques. Il se présente sous la forme de plusieurs plaques rouges entourées d'une bordure blanche irrégulière et épaisse. La lésion se résorbera à un endroit pour apparaître ailleurs (migration). Cette condition n'est généralement pas douloureuse et ne requiert aucun traitement. Si le patient se plaint de sensation de douleur ou de brûlure qui accompagne les lésions, un diagnostic de candidose concomitante ou de syndrome de la bouche brûlante doit être envisagé. Dans de rares cas, les lésions des érythèmes migrants peuvent être observées sur les muqueuses buccales autres que la langue.

La **stomatite nicotinique*** est une lésion d'épaississement épithélial du palais dur causée par la chaleur de fumée de pipe, de cigare ou occasionnellement de cigarette. La lésion est blanche, rugueuse, asymptomatique et présente une apparence de cuir. Elle contient de nombreux points ou macules rouges. Les macules rouges correspondent à l'inflammation des orifices des canaux des glandes salivaires. La stomatite nicotinique n'est pas considérée comme une lésion précancéreuse et n'a pas besoin d'être biopsiée. Cependant, le clinicien devrait encourager le patient à arrêter de fumer, et la muqueuse buccale doit être examinée régulièrement. Le pronostic de la stomatite nicotinique est bon, mais le patient présente un risque accru de développer un cancer ailleurs sur les voies aérodigestives supérieures.

Le **nævus blanc spongieux*** est une maladie génétique généralement congénitale ou se développant durant l'enfance. La muqueuse buccale est diffusément blanche, rugueuse, épaisse et plissée. Il se trouve habituellement sur les surfaces latérales de la muqueuse buccale, mais d'autres zones de la muqueuse buccale peuvent être touchées. Les muqueuses

nasales, pharyngées et anogénitales peuvent être affectées. Cette condition n'est pas douloureuse. D'autres membres de la famille présentent souvent la même condition. Les caractéristiques cliniques et les antécédents permettent d'établir le diagnostic. Cette condition est bénigne et ne requiert aucun traitement. Le pronostic est excellent.

Le leucoœdème est un changement blanc généralisé de la muqueuse buccale qui est probablement une variation d'une muqueuse normale plutôt qu'une maladie. Sa cause est inconnue. Il se produit beaucoup plus souvent chez les personnes noires que chez les personnes blanches. Le leucoœdème est diffus et symétriquement distribué sur la muqueuse buccale. Il peut s'étendre à la muqueuse labiale. Son apparence est gris-blanc, opaque ou laiteuse. Il peut être lisse ou plissé à la palpation, et il ne s'enlève pas au grattage. Il se caractérise cliniquement par le fait que son apparence blanche s'atténue lorsque la muqueuse buccale est étirée. Le leucoœdème est asymptomatique et le patient n'a donc pas conscience de sa présence. Il est diagnostiqué cliniquement sans biopsie. Aucun traitement n'est nécessaire. C'est une lésion bénigne et non précancéreuse.

Le lichen plan* est une maladie inflammatoire chronique touchant la peau et la muqueuse buccale. Il correspond à une anomalie de la défense immunitaire qui provoque la réaction des lymphocytes T sensibilisés aux antigènes dans l'épithélium squameux stratifié supérieur. Souvent, il est associé à des médicaments que le patient prend, et il est alors appelé « mucite lichénoïde médicamenteuse ». Le lichen plan classique et la mucosite lichénoïde médicamenteuse sont semblables sur le plan clinique et microscopique.

Les lésions cutanées du lichen plan se composent de plaques prurigineuses (démangeaisons), érythémateuses à violet clair, parfois avec un réseau de lignes ou de stries blanches en surface. Les lésions buccales apparaissent le plus souvent sous la forme d'un épaissement épithélial blanc disposé en réseau (stries de Wickham) avec un érythème de la muqueuse environnante. Des plaques

blanches, des érosions érythémateuses et des ulcérations peuvent également apparaître. Les lésions blanches ne sont pas douloureuses, mais les érosions et les ulcérations le sont la plupart du temps. Le lichen plan présente presque toujours des lésions multiples bilatérales. La muqueuse buccale est communément touchée. Les lésions buccales peuvent apparaître avec ou sans lésions cutanées.

Les lésions asymptomatiques ne requièrent aucun traitement autre qu'un examen lors des consultations dentaires annuelles. Des corticoïdes topiques ou systémiques permettront presque toujours de maîtriser, mais pas de soigner, les érosions et ulcérations douloureuses liées au lichen plan. Si le lichen plan est réfractaire au traitement traditionnel, une biopsie par incision est souvent nécessaire pour établir un diagnostic définitif.

Le terme « **leucoplasie** » désigne une lésion cliniquement blanche d'épaississement muqueux qui ne peut être définie plus en détail. Après observation au microscope, la plupart des «



nævus blanc spongieux



Lichen plan



Lésions cutanées du lichen plan

leucoplasies » s'avéreront des **hyperkératoses**, avec ou sans **dysplasie épithéliale**, **carcinomes *in situ*** ou **carcinomes à cellules squameuses superficiellement invasifs**. La leucoplasie est une description clinique et non un diagnostic; le terme ne sera donc plus utilisé dans cette formation.

L'**hyperkératose (kératose focale)*** est un terme de microscopie désignant un épaississement de la couche de kératine de l'épithélium squameux stratifié sans preuve microscopique de cellules épithéliales atypiques. Cliniquement, les lésions hyperkératosiques sont des plaques blanches, rugueuses et non douloureuses qui ne peuvent pas être enlevées au grattage. Elles sont souvent causées par une irritation chronique, comme une morsure ou le tabagisme.

Les lésions hyperkératosiques des surfaces de la muqueuse buccale qui sont normalement kératinisées, comme le dos de la langue, le palais dur et la gencive attachée, constituent parfois une réaction physiologique (un cal) à une irritation chronique. Ces lésions se résorberont en général si l'agent irritant est éliminé. Les lésions hyperkératosiques présentes sur les surfaces normalement non kératinisées sont potentiellement plus graves et doivent être biopsier si elles ne se résorbent pas après l'élimination des agents irritants. Il ne faut pas oublier que la dysplasie, le carcinome *in situ* et le carcinome à cellules squameuses peuvent se produire sur toute surface de la muqueuse buccale.

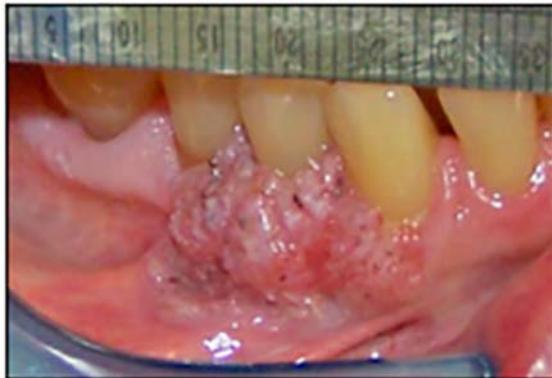


Hyperkératose

La **dysplasie épithéliale** se manifeste par un développement atypique ou anormal de l'épithélium squameux stratifié bordant la surface de la muqueuse. C'est un diagnostic qui doit être établi au microscope. Sur le plan clinique, ces lésions correspondent à des zones blanches, rugueuses, non douloureuses, ou à des plaques rouges non douloureuses (« plaques érythroplasiques » ou « érythroplasie »), ou encore à des plaques qui présentent des zones à la fois rouges et blanches. Dans la mesure où ces lésions sont asymptomatiques, le patient n'en a généralement pas conscience. Certaines lésions initialement diagnostiquées comme étant des dysplasies épithéliales évolueront vers un carcinome à cellules squameuses, tandis que d'autres se résorberont. Étant donné qu'il est impossible de déterminer par examen au microscope quelles seront les lésions qui évolueront ou qui se résorberont, le traitement passe par l'ablation chirurgicale complète, si possible, ainsi qu'un suivi.



Carcinoma *in situ*



Carcinome à cellules squameuses

Le **carcinome *in situ**** est un cancer de l'épithélium buccal qui reste circonscrit à la couche épithéliale. Il se manifeste le plus souvent par une plaque rouge persistante (plaquérythroplasique) ou par une plaque rouge et blanche. Il peut également se présenter sous la forme d'une plaque blanche. Le traitement passe par l'ablation complète. Après l'ablation complète, le pronostic est excellent, même si le patient risque grandement de développer de nouvelles lésions à d'autres endroits de la muqueuse buccale.

Le **carcinome à cellules squameuses*** est le néoplasme malin de la cavité buccale le plus courant. La consommation de tabac et d'alcool ainsi que l'infection au virus du papillome humain sont considérées comme un facteur de risque, mais le carcinome à cellules squameuses peut se produire chez des patients sans facteurs de risques connus. Le carcinome à cellules squameuses peut apparaître n'importe où sur la muqueuse buccale, mais se manifeste le plus souvent sur les faces ventrales et latérales de la langue, le plancher de la bouche, le palais mou, les piliers amygdaliens et le trigone rétromolaire.

Les lésions d'un carcinome à cellules squameuses superficiellement invasif ou précoce ressemblent davantage à des lésions de surface qu'à des hypertrophies des tissus mous. Elles sont presque invariablement non douloureuses; les patients ne savent donc pas qu'ils ont une lésion. *Les lésions précoces peuvent être des lésions d'épaississement épithéial blanches et rugueuses, des lésions non douloureuses rouges persistantes ou une combinaison des deux.*

Il est important d'identifier un carcinome à cellules squameuses à son stade précoce, lorsque le traitement est encore possible sans procéder à une chirurgie défigurante. Le principal traitement du carcinome à cellules squameuses buccal passe en effet par l'ablation chirurgicale complète. Une dissection des ganglions lymphatiques est réalisée lorsque les ganglions lymphatiques sont touchés. La radiothérapie est souvent utilisée comme adjuvant à la chirurgie. La chimiothérapie est réservée aux soins palliatifs.

Lésions blanches avec débris de surface

Les lésions blanches avec débris de surface sont liées à la nécrose de l'épithélium de surface. L'épithélium nécrotique se détache avec une gaze et laisse une base érythémateuse ou ulcérée. Les lésions avec débris de surface sont généralement douloureuses.

Une **brûlure** de la muqueuse buccale peut être causée par la chaleur ou les produits chimiques. Elle se manifeste par une ulcération douloureuse couverte d'une surface blanche

à jaune. Le patient peut souvent évoquer une brûlure qui viendra confirmer le diagnostic. Une brûlure guérira spontanément.

Un **caillot fibrineux*** désigne une protéine coagulée présente à la surface d'un ulcère. Un caillot fibrineux se présente cliniquement comme une lésion de surface brune ou jaune généralement entourée d'un halo érythémateux lié à l'ulcération. Il peut être enlevé au grattage. Il peut y avoir des antécédents de blessure ou de maladie des muqueuses en lien avec les ulcères. Il faut traiter la cause de l'ulcération, car le caillot fibrineux se résorbera en même temps qu'elle.

La **candidose (candidiasie)*** est une cause courante d'inconfort buccal. Les facteurs de prédisposition comprennent l'immunosuppression, l'antibiothérapie, la xérostomie et le port de prothèses dentaires. Les lésions buccales peuvent se présenter sous la forme de plaques blanches qui s'enlèvent au grattage en laissant une base érythémateuse. Une muqueuse érythémateuse avec une douleur diffuse est une autre manifestation courante. Elle peut également s'accompagner de lésions sur les ongles ou le vagin. Une vaste gamme d'antifongiques locaux et systémiques est utilisée pour le traitement.

Lésions blanches causées par une modification sous-épithéliale

Les lésions blanches causées par une modification sous-épithéliale présentent un épithélium de surface normal, mais des modifications dans les tissus conjonctifs masquent partiellement les vaisseaux sanguins et font paraître la zone blanche, jaune ou brune. Ces lésions présentent une surface lisse et translucide, ne s'enlèvent pas au grattage et ne sont pas douloureuses.

Le **kyste kératosique congénital*** est également connu sous le terme de kyste de la lame dentaire du nouveau-né. C'est un kyste d'inclusion de l'épithélium que l'on trouve sur la muqueuse alvéolaire attachée des nourrissons. Il se présente sous la forme d'une lésion de surface épaisse blanche asymptomatique. Des kystes semblables se présentent sur le palais dur. Aucun traitement n'est nécessaire



Caillot fibrineux



Candidose (candidiasie)



Kyste kératosique congénital

puisque les lésions se résorbent spontanément plusieurs semaines après la naissance.

Les **grains de Fordyce*** ressemblent à des grappes jaunes, plates ou légèrement en relief, et se présentent le plus souvent sur la muqueuse buccale et les lèvres. Ils correspondent à des glandes sébacées. Les grains de Fordyce sont sans danger et ne nécessitent aucun traitement.

Des **cicatrices (fibrose sous-épithéliale)** de la muqueuse buccale peuvent ressembler à des lésions de surface blanches ayant une surface lisse. Elles sont non douloureuses et ne se détachent pas. Le diagnostic est établi grâce aux antécédents de traumatisme ou de chirurgie dans la zone touchée. Aucun traitement ne s'impose.

Lésions de surface pigmentées de la muqueuse buccale

Les lésions de surface pigmentées de la muqueuse buccale sont bleues, brunes ou noires. Elles se répartissent entre les **lésions généralisées**, qui sont diffuses et présentent de multiples foyers, et les **lésions localisées**, qui sont unilatérales et ne touchent qu'un ou plusieurs sites. Veuillez noter que certaines hypertrophies des tissus mous sont pigmentées; ces dernières sont d'ailleurs abordées dans la section des hypertrophies des tissus mous.

Les **lésions de surface pigmentées généralisées de la muqueuse buccale** sont bilatérales, multiples et diffuses. Il existe de nombreuses causes à l'origine d'une pigmentation généralisée, certaines courantes, d'autres rares, et les plus importantes sont évoquées ci-dessous.

La **pigmentation héréditaire (raciale, ethnique, physiologique)*** est le type de pigmentation généralisée le plus courant. La pigmentation est alors diffuse, symétrique et plus visible sur la gencive et la muqueuse labiale. En règle générale, le degré de pigmentation de la muqueuse buccale est directement lié au degré de pigmentation cutanée.

La **grossesse** peut entraîner de multiples macules mélaniques sur la muqueuse buccale et la peau du visage (mélasme ou chloasma). Aucun traitement n'est nécessaire pour la pigmentation mélanique, qui disparaît en général après la grossesse.

De nombreux **médicaments**, comme les quinines utilisées dans le traitement du lupus érythémateux disséminé, peuvent être à l'origine de lésions pigmentées diffuses.



Grains de Fordyce

La **mélanose tabagique** est causée par la stimulation de la production de mélanine par les mélanocytes en raison des substances chimiques présentes dans la fumée de cigarette. La gencive faciale antérieure est la plus souvent touchée, même si tous les sites de la muqueuse buccale peuvent présenter cette affection. La mélanose tabagique peut souvent être diagnostiquée cliniquement en faisant le lien entre des antécédents de consommation tabagique et la localisation et la distribution de la pigmentation. Si le diagnostic n'est pas évident, la biopsie est alors indiquée. Une fois le diagnostic établi, aucun traitement autre que l'arrêt du tabac n'est nécessaire.

L'exposition à des **métaux lourds***, comme le plomb, le mercure, l'or, l'arsenic et le bismuth, ou leur ingestion, peut entraîner une pigmentation diffuse de la muqueuse buccale. La pigmentation peut être bleu foncé, grise ou noire, et touche souvent le rebord marginal de la gencive. Une ulcération muqueuse diffuse et un goût métallique peuvent également être remarqués. Des manifestations extrabuccales peuvent contribuer au diagnostic. Elles comprennent une dermatite, des tremblements, des changements mentaux, des maux de tête, de la fatigue et des troubles gastro-intestinaux. La supposition d'une intoxication aux métaux lourds nécessite une demande d'examens pour établir le diagnostic.

Le **syndrome de Peutz-Jeghers** est une maladie génétique caractérisée par de nombreuses lésions ressemblant à des taches de rousseur sur la peau des mains et autour de la bouche, sur le nez et dans la région anogénitale. Les

taches intrabuccales peuvent se présenter sur les lèvres, la langue et la muqueuse buccale. Les patients présentent également de multiples polypes, principalement dans l'intestin grêle. Les polypes entraînent parfois des occlusions intestinales. Les patients présentent un risque accru de carcinome gastro-intestinal, mais les polypes ne sont pas précancéreux. Les patients pour lesquels le diagnostic vient d'être posé doivent faire examiner leur tube digestif.

La neurofibromatose (maladie de von Recklinghausen) est une maladie génétique qui présente de multiples sous-catégories. Le type I est le plus courant et se caractérise par de multiples neurofibromes. Ces derniers varient en taille et en nombre et peuvent être bien circonscrits ou diffus. Les macules mélaniques appelées taches café au lait mesurent au moins 1,5 cm de diamètre et viennent par groupe de 6 ou plus. Ces dernières orientent le diagnostic vers la neurofibromatose. Des éphélides de la région axillaire sont également courantes. De nombreuses autres manifestations systémiques peuvent apparaître lors d'une neurofibromatose. Les anomalies du système nerveux central sont particulièrement courantes. Il n'existe pas de traitement définitif de la neurofibromatose. Voir également la section portant sur la neurofibromatose et le neurofibrome.

La dysplasie fibreuse polyostotique est un syndrome systémique au cours duquel des lésions osseuses diffuses de dysplasie fibreuse touchent de multiples régions du squelette. Le **syndrome de McCune-Albright** se manifeste par une dysplasie fibreuse polyostotique, des macules mélaniques café-au-lait et des anomalies endocrinianes comme une puberté précoce chez les femmes. Le **syndrome de Jaffe-Lichtenstein** se manifeste par une dysplasie fibreuse polyostotique et des macules mélaniques café-au-lait sans anomalies endocrinianes.

Il faut noter que la plupart des cas de dysplasie fibreuse des mâchoires se produisent lors d'une lésion unique (monostotique) et non dans le cadre d'un syndrome polyostotique. La dysplasie fibreuse monostotique ne présente pas de pigmentations café-au-lait généralisées.



Neurofibromatose

Dans la **maladie d'Addison***, le cortex surrénal est détruit, ce qui entraîne une baisse de la production de cortisol, d'aldostérone et d'androgènes surrénaux. Les signes et les symptômes sont les suivants : faiblesse, anorexie, nausée, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, baisse du sodium sérique et hypotension. La maladie d'Addison se manifeste généralement par une pigmentation diffuse de la peau et des muqueuses buccales. Le traitement consiste en un traitement de substitution par glucocorticoïdes et minéralocorticoïdes. Le pronostic est bon avec un traitement adapté.

Lésions de surface pigmentées localisées de la muqueuse buccale

Les lésions de surface pigmentées localisées sont divisées en 4 catégories en fonction de leur cause et de leurs caractéristiques cliniques.

Les lésions sanguines intravasculaires sont de couleur rouge, bleue ou violette en raison d'une quantité accrue de sang dans les vaisseaux sanguins ayant pour cause l'augmentation du nombre ou de la taille des vaisseaux sanguins. La palpation ferme des lésions les rend blanches parce que le sang est déplacé.

Un **hémangiome*** correspond à une prolifération de vaisseaux sanguins qui apparaît normalement à la naissance ou au cours de la petite enfance. Il peut être bien circonscrit ou diffus. La malformation artérioveineuse est une lésion différente. Elle correspond à une communication directe entre une artère et une veine qui engendrera un

frémissement et un souffle. Un hémangiome n'exige pas de traitement, à moins qu'il ne constitue un problème fonctionnel ou esthétique. De nombreux hémangiomes régresseront spontanément au cours de l'enfance. L'incision d'une malformation artéioveineuse peut entraîner une hémorragie fatale.

Une **varice*** est une veine ou une veinule dilatée. Elle se présente comme une lésion relativement petite, localisée, surélevée, bleue ou violette. Elle est compressible et devient blanche sous pression à moins qu'un thrombus ne se soit formé à l'intérieur. Une varice thrombosée est ferme et ne blanchit pas. Les varices sont les plus fréquentes sur la face ventrale de la langue, le plancher de la bouche, les lèvres et la muqueuse buccale. Les varices augmentent en nombre avec l'âge et peuvent aussi être le résultat d'un traumatisme. Une fois qu'une varice a été diagnostiquée, elle n'a pas besoin de traitement supplémentaire. Une varice thrombosée ne peut souvent pas être distinguée cliniquement d'un nævus. Cela signifie qu'une biopsie et un examen microscopique sont nécessaires pour établir un diagnostic définitif.

Le **sarcome de Kaposi** est un néoplasme vasculaire malin le plus souvent observé chez les patients infectés par VIH, ayant eu une greffe d'organes ou souffrant d'une autre cause d'immunosuppression. Il apparaît comme une plaque plate ou légèrement surélevée, bleue ou violette sur la peau et la muqueuse buccale. La lésion peut devenir une hypertrophie compressible des tissus mous qui blanchit parfois sous la pression. Les lésions buccales se produisent le plus souvent sur le palais dur et la gencive. Le traitement du sarcome de Kaposi par voie orale comprend une chimiothérapie systémique ou intralésionnelle et une excision chirurgicale. Le pronostic dépend de l'état de santé systémique du patient.

Lésions sanguines extravasculaires

Les lésions sanguines extravasculaires sont causées par la présence de sang à l'extérieur des vaisseaux sanguins. Elles ne blanchissent pas et se résorbent généralement en l'espace d'un mois. Le patient présente souvent des



Hémangiome



Varice



Sarcome de Kaposi

antécédents de traumatisme ou de problèmes de saignement.

L'**ecchymose*** est un bleu. Elle se produit à la suite d'une hémorragie et de l'accumulation de sang dans les tissus conjonctifs. Il s'agit généralement du résultat d'un traumatisme, mais elle peut aussi être liée à une carence en plaquettes ou en facteurs de coagulation, et à des infections virales. Une ecchymose est en général plane et de couleur rouge, violette



Ecchymose



Hématome



Petechiae

ou bleue. Si l'ecchymose est causée par un traumatisme, elle se résorbera spontanément et aucun traitement n'est nécessaire. Si elle est liée à une maladie systémique, des examens complémentaires sont alors nécessaires.

Un **hématome*** est le résultat d'une hémorragie avec stagnation du sang dans le tissu conjonctif. Un hématome entraîne l'épaississement ou l'hypertrophie de la muqueuse. Il est de couleur violette à noire.

Aucun traitement n'est nécessaire une fois le diagnostic établi. Un hématome se résorbera spontanément au bout de quelques semaines.

Les **pétéchies*** sont les zones rondes, rouges et piquetées d'une hémorragie. Les pétéchies sont généralement causées par un traumatisme, une infection virale ou un problème de saignement. Elles se résorbent en quelques semaines. Les pétéchies n'ont pas besoin d'être traitées. Il peut être indiqué de rechercher leur cause.

Lésions mélanocytaires

Les lésions mélanocytaires sont brunes ou noires en raison d'un dépôt de mélanine.

L'**éphélide*** est une tache de rousseur. Elle est plane, brune ou noire, et apparaît sur les surfaces exposées au soleil. Elle est causée par une production accrue de mélanine par les mélanocytes. Une éphélide n'a pas à être traitée.

Une **macule mélanique buccale*** est une lésion pigmentée localisée liée à l'accroissement de la pigmentation mélanique de l'épithélium squameux stratifié. Elle est asymptomatique, plane et non épaissie, et ressemble à une éphélide (tache de rousseur) sur la peau. C'est une lésion bénigne, mais il est important de la distinguer du nævus ou du mélanome précoce. Une biopsie doit être réalisée si un doute concernant le diagnostic subsiste.

Il est important de retirer toute lésion buccale pigmentée qui ne s'épaissit pas, mais qui s'élargit, présente des variations de couleur, ne peut être diagnostiquée comme étant liée à un tatouage sur la base des radiographies, ou présente des bords irréguliers.

Un **nævus mélanocytaire*** est une prolifération bénigne de cellules næviques (mélanocytes). Les nævi de la peau apparaissent d'abord pendant l'enfance, puis passent par une série de stades cliniques et microscopiques. La plupart des personnes ont entre 10 et 40 nævi sur leur peau. Les nævi de la peau qui ont une couleur et des bords réguliers, et dont la taille ou la texture de la

surface ne change pas, ne sont pas considérés comme des lésions précancéreuses et n'ont pas à être retirés à moins qu'ils ne soient chroniquement irrités ou posent un problème esthétique. Les nævi de la muqueuse buccale sont relativement rares. Ils apparaissent le plus souvent sur la gencive et le palais dur. Les nævi de la muqueuse buccale doivent subir une ablation complète, car ils ne peuvent être distingués des mélanomes sur la base de leurs caractéristiques cliniques.

Un **mélanome*** est un néoplasme malin des mélanocytes. L'incidence du mélanome cutané s'est considérablement accrue, tandis que les mélanomes de la muqueuse buccale sont relativement rares. Les caractéristiques cliniques les plus importantes du mélanome cutané sont l'asymétrie de la lésion, la variation de la couleur (brune, noire, rouge, blanche, bleue), et un diamètre supérieur à 6 mm. Le mélanome buccal apparaît sous la forme d'une macule irrégulière, de couleur brune à noire. Par la suite, la lésion se développe en s'épaissant et, parfois, en s'ulcérant. Ils sont le plus souvent localisés sur le palais dur, la gencive et la crête alvéolaire. Il n'est pas possible de distinguer un nævus buccal d'un mélanome à un stade précoce.

Si le nævus ou le mélanome buccal apparaît dans le diagnostic clinique différentiel, une biopsie est alors recommandée. La biopsie est également indiquée en cas de pigmentations planes, non épaissies, dont la couleur, les bords ou la taille se modifient ou sont atypiques. Le traitement du mélanome passe par une ablation chirurgicale complète. L'épaisseur de la lésion et la profondeur de l'invasion sont les facteurs les plus importants pour établir le pronostic.

Tatouage

Un **tatouage*** est une zone pigmentée localisée causée par l'implantation d'un matériau étranger dans la peau ou la muqueuse buccale. Les tatouages buccaux sont généralement causés par des particules d'amalgame ou par le graphite des crayons à mine de plomb. Un tatouage est localisé, de couleur gris foncé à noir, insensible et maculaire ou légèrement épaissi. Un tatouage grossit en raison de



Macule mélânique buccale



Nævus



Mélanome

l'absorption de matériau étranger par les phagocytes, puis de la migration de ces cellules. Certains tatouages sont visibles sur une radiographie, mais l'absence de preuve radiologique de la présence de particules d'amalgame n'exclut pas pour autant le diagnostic de tatouage. Il est évident que certains tatouages correspondent à un effort artistique volontaire et ne posent pas de problème pour le diagnostic.

Le tatouage classique, petit, localisé, non épaissi, ne demande pas de traitement une fois le diagnostic établi. Un tatouage épaissi et pour lequel aucune particule d'amalgame n'apparaît à la radiographie doit être biopsié afin d'exclure tout nævus ou mélanome.

Lésions de surface vésiculaires-ulcérées-érythémateuses de la muqueuse buccale

De nombreuses affections entraînent des ulcérasions de la muqueuse buccale. Une fois qu'un ulcère se forme, quelle que soit l'affection, il génère un inconfort. Pour cette raison, le diagnostic différentiel des ulcérasions de la muqueuse buccale est important pour les patients et pour les professionnels de la santé. Les ulcérasions sont parfois précédées de cloques, mais il est souvent impossible de déterminer si elles étaient présentes avant, car les cloques de la cavité buccale se percent rapidement. Les petites cloques (2 à 5 mm) sont appelées **vésicules**, tandis que les plus grandes (au-delà de 5 mm) sont des **phlyctènes**.

Dans certaines maladies, l'application d'une pression latérale sur une zone où la peau ou la muqueuse semblent normales peut entraîner la formation d'une cloque. Ce phénomène est connu sous le nom de **signe de Nikolsky**. Un signe de Nikolsky peut apparaître dans les cas d'épidermolyse bulleuse, de pemphigus, de pemphigoïde des muqueuses, de lichen plan et de lupus érythémateux. Ce ne sont pas tous les patients souffrant de ces affections qui présentent le signe de Nikolsky.

Les antécédents complets des patients présentant des affections vésiculaires-ulcératives doivent être obtenus à l'aide des questions suivantes :

1. Depuis combien de temps les lésions sont-elles présentes? Cela permet de distinguer les affections aiguës des affections chroniques. Les maladies génétiques sont souvent présentes dès la naissance ou la petite enfance.
2. Les lésions sont-elles récurrentes? Si oui
 - a. À quelle fréquence réapparaissent-elles?
 - b. En combien de temps une lésion guérit-elle? Les ulcérasions buccales récurrentes qui guérissent à la même fréquence chez un patient sont caractéristiques d'aphtes ou d'un herpès récurrent.



Tatouage



Signe de Nikolsky

- c. Se manifestent-elles aux mêmes endroits? Les lésions herpétiques récurrentes reviennent en général au même endroit.
3. Le patient a-t-il remarqué des cloques? Si des cloques ont été observées, les maladies suivantes peuvent être exclues du diagnostic différentiel : ulcères aphétoxiques, ulcérasions liées à une mononucléose infectieuse, ulcérasions traumatiques et ulcérasions bactériennes.
4. Le patient a-t-il remarqué des lésions sur sa peau, ses yeux ou ses organes génitaux? Certaines affections systémiques peuvent s'accompagner de lésions extrabuccales.
5. Le patient a-t-il eu de la fièvre, a-t-il fait un malaise ou a-t-il souffert d'une lymphadénopathie en plus des lésions? Une réponse affirmative peut indiquer qu'un agent infectieux, en général viral, est à l'origine de la lésion.
6. Quels médicaments le patient prend-il? Certains médicaments peuvent entraîner des ulcérasions buccales.
7. D'autres membres de la famille ont-ils eu des lésions semblables? L'épidermolyse bulleuse est en général une maladie familiale.

Les lésions vésiculaires-ulcérées-érythémateuses sont classées en fonction de leur cause, lorsqu'elle est connue. Les lésions sont classées comme héréditaires, auto-immunes, virales, mycosiques (candidose ou candidiase) et idiopathiques (cause inconnue). Les bactéries sont rarement à l'origine des ulcérasions buccales et ne sont donc pas abordées ici.

Maladies héréditaires : Épidermolyse bulleuse

L'**épidermolyse bulleuse*** désigne un groupe de maladies pour la plupart héréditaires qui entraînent la formation de cloques et d'ulcérasions sur la peau et parfois sur la muqueuse buccale. Chez presque tous les patients, les lésions apparaissent à la naissance ou au cours de la petite enfance, et il existe souvent des antécédents familiaux. Le signe de Nikolsky peut être présent. Les lésions de la peau sont constamment présentes. Certaines formes d'épidermolyse bulleuse peuvent entraîner des cicatrices et limiter l'ouverture de la bouche. L'email des dents peut également être abîmé.

Il n'existe pas de traitement pour ce groupe de maladies. La gravité varie, allant de légère (dans la forme simple) à fatale (dans les formes jonctionnelles et récessives). Des antibiotiques peuvent être nécessaires pour maîtriser l'infection liée aux cloques et aux ulcérasions.

Maladies auto-immunes

Les maladies auto-immunes se caractérisent par des cloques et des ulcérasions douloureuses qui se développent lentement. Les lésions peuvent s'améliorer et s'aggraver, mais elles sont persistantes et chroniques. La durée nécessaire à la guérison des lésions n'est pas prévisible. En général, il n'y a pas de lymphadénopathie.

Le **pemphigus vulgaris*** est une maladie auto-immune douloureuse dans laquelle le patient crée des anticorps contre l'un des composants des desmosomes, situés dans l'épithélium squameux stratifié. Cela entraîne la perte d'adhérence des cellules épithéliales et la formation de cloques intraépithéliales. Les cloques sont fragiles et se rompent



Mucous membrane pemphigoid

rapidement, formant des ulcérasions ou des érosions douloureuses qui guérissent lentement. De grandes régions de la peau et des muqueuses peuvent être touchées et souffrir de sérieux problèmes infectieux. Le signe de Nikolsky peut être présent. Des lésions buccales finissent par apparaître chez presque tous les patients et peuvent constituer le site initial de lésions. Le pemphigus commence en général au milieu ou à la fin de la vie d'adulte.

Le pemphigus vulgaris nécessite une biopsie par incision afin d'établir un diagnostic microscopique précis. Les études en immunofluorescence de matériel biopsique sont nécessaires pour établir un diagnostic définitif de pemphigus. La maladie est traitée agressivement par corticoïdes ou autres médicaments immunsupresseurs. Non traitée, la maladie peut être fatale. Avec un traitement agressif, on réussit souvent à maîtriser la maladie, mais elle peut toujours être fatale en raison des complications liées aux médicaments.

Dans les cas de **pemphigoïde des muqueuses (pemphigoïde cicatricielle)***, les anticorps sont dirigés contre les antigènes de la membrane basale. Cela entraîne une séparation entre l'épithélium de surface et le tissu conjonctif sous-jacent, créant une cloque sous-épithéliale. La pemphigoïde des muqueuses touche essentiellement la muqueuse buccale, mais les muqueuses du nez, du pharynx et du vagin peuvent également être touchées, tout comme la peau. Le signe de Nikolsky peut être présent. Les cloques des muqueuses et de la peau se



Lupus érythémateux

rompent et forment ensuite des ulcérations douloureuses. L'atteinte de la gencive peut aboutir à une érosion de l'épithélium, parfois appelée gingivite desquamative. La gingivite desquamative peut également apparaître avec le lichen plan et le pemphigus. La pemphigoïde des muqueuses est également connue sous le nom de pemphigoïde cicatricielle, car les ulcérations peuvent entraîner des cicatrices de la muqueuse et de la conjonctive et entraîner une cécité. Elle apparaît le plus souvent chez des adultes d'âge moyen ou des personnes âgées.

Sans traitement, il faut en général des semaines, voire des mois, pour que les ulcérations guérissent. La pemphigoïde des muqueuses peut cliniquement ressembler au pemphigus vulgaris et au lichen plan érosif. Il est important de procéder à une biopsie par incision avec étude en immunofluorescence pour établir un diagnostic définitif. La pemphigoïde des muqueuses ne peut être guérie, mais les corticoïdes locaux et systémiques, ainsi que d'autres médicaments, sont utilisés pour la maîtriser. La maladie passe par des périodes de crise et de rémission, avec ou sans traitement.

La **pemphigoïde bulleuse** est une maladie auto-immune chronique qui touche la peau et, plus rarement, la muqueuse. La réaction auto-immune est dirigée contre les antigènes de la membrane basale, entraînant la séparation de l'épithélium de surface et du tissu conjonctif sous-jacent. Les lésions sont constituées de vésicules et de phlyctènes qui se rompent pour former des ulcérations douloureuses. Les lésions buccales de la pemphigoïde bulleuse

ressemblent à celles de la pemphigoïde des muqueuses. La pemphigoïde bulleuse n'entraîne pas de cicatrices et a tendance à ne pas être aussi chronique que la pemphigoïde des muqueuses. La pemphigoïde bulleuse est maîtrisée par un traitement à base de corticoïdes systémiques. Le pronostic est bon.

Le **lupus érythémateux*** est une maladie auto-immune qui peut être systémique ou ne toucher que la peau et les muqueuses (lupus discoïde). Ces deux types peuvent entraîner des lésions de la peau et des muqueuses buccales. Les lésions cutanées peuvent se présenter sous la forme de plaques érythémateuses ou violettes, parfois couvertes de squames. Le centre de la lésion peut devenir atrophique et cicatriciel. Les lésions apparaissent le plus souvent sur les surfaces exposées au soleil. Les lésions cutanées précèdent en général les lésions de la muqueuse buccale. Les lésions buccales se présentent sous la forme de plaques érythémateuses, d'érosions et d'ulcérations douloureuses et de lésions blanches rugueuses d'épaississement épithéial. La candidiasis est courante chez les patients atteints de lupus. Une biopsie par incision et un test d'immunofluorescence directe sont généralement nécessaires pour poser le diagnostic de lésions de la peau et de la muqueuse buccale en lien avec le lupus. Les corticoïdes locaux et systémiques sont utilisés pour maîtriser les lésions, mais pas pour les traiter.

Maladies idiopathiques

Les maladies idiopathiques sont celles dont les causes sont inconnues ou difficiles à cerner. Ces maladies n'ont pas de caractéristiques historiques et cliniques communes comme une classe ou un groupe, et doivent donc être envisagées individuellement au cours du diagnostic différentiel.

Les **ulcères aphthaeux*** sont une cause courante de l'inconfort buccal récurrent. Ils apparaissent brutalement et se résorbent en un délai prévisible pour chaque patient, généralement entre 7 et 14 jours. Les ulcères aphthaeux apparaissent sur des surfaces muqueuses non kératinisées, comme les muqueuses buccales et labiales, la surface ventrale de la langue, le

plancher de la bouche et le palais mou. Des antécédents familiaux existent parfois. Les ulcères aphteux peuvent être liés au cycle menstruel. Les ulcères aphteux « majeurs » sont plus importants et durent plus longtemps que les aphtes classiques et laissent souvent une cicatrice après leur guérison. Les ulcères aphteux « herpétiformes » désignent de multiples grappes de petits ulcères aphteux.

Les ulcères aphteux sont couramment traités par corticoïdes locaux, comme un bain de bouche à l'acétonide de triamcinolone à 0,1 %. Une forte dose de corticoïdes locaux sur une courte durée peut être nécessaire pour les lésions persistantes. L'injection intralésionnelle de corticoïdes peut également être utile pour les lésions plus étendues et plus profondes. Il est important d'expliquer au patient que l'objectif de la thérapie est de maîtriser les lésions, mais qu'il n'existe actuellement pas de traitement définitif.

Le **lichen plan érosif*** est une maladie inflammatoire chronique touchant la peau et la muqueuse buccale. Il correspond à une anomalie de la défense immunitaire qui provoque la réaction des lymphocytes T aux antigènes présents dans l'épithélium squameux stratifié supérieur. Le lichen plan est parfois causé par les médicaments que prend le patient. Les lésions cutanées sont composées de plaques prurigineuses (démangeaisons), érythémateuses à violet clair, parfois accompagnées de stries blanches. Les lésions buccales consistent le plus souvent en un épaissement épithélial blanc sous forme de réseau (stries de Wickham) avec un érythème de la muqueuse environnante. Des plaques blanches, des érosions érythémateuses et des ulcérasions peuvent accompagner ou remplacer les stries. Les lésions blanches sont asymptomatiques, mais les érosions et les ulcérasions sont généralement douloureuses. Le lichen plan présente presque toujours des lésions multiples bilatérales. La muqueuse buccale est souvent touchée. Des lésions buccales peuvent apparaître en l'absence de lésions cutanées. Une biopsie par incision peut être nécessaire pour effectuer le diagnostic. Les lésions asymptomatiques ne requièrent aucun traitement autre qu'un examen lors



Ulcères aphteux



Érythème polymorphe

des consultations dentaires annuelles. Des corticoïdes locaux ou systémiques permettront presque toujours de maîtriser, mais pas de soigner, les lésions symptomatiques. Si le lichen plan suspect est réfractaire au traitement traditionnel, une biopsie incisionnelle peut être nécessaire pour le diagnostic définitif.

L'**érythème polymorphe*** est une maladie idiopathique qui entraîne une anomalie de l'immunité. Il peut être déclenché par une infection, notamment par le virus de l'herpès simplex, ou par des médicaments, tels que les antibiotiques. Il se caractérise par une éruption aiguë de cloques et d'ulcérasions de la peau et de la muqueuse buccale. L'apparence des lésions cutanées est variable. Les lésions cutanées ayant un aspect « d'iris » ou de « cible » sont caractéristiques, mais n'apparaissent pas dans tous les cas, et se présentent sous la forme d'une cloque entourée d'anneaux érythémateux. Les cloques

et les ulcérations de la muqueuse buccale sont présentes à différents endroits et sont douloureuses. Un assèchement hémorragique des lèvres est souvent présent. De la fièvre, des malaises et une pharyngite peuvent précéder les lésions.

Le syndrome de Stevens-Johnson est une forme grave d'érythème polymorphe qui se manifeste par une conjonctivite et des ulcérations génitales en plus des lésions muqueuses et cutanées. Des corticoïdes locaux ou systémiques peuvent être utilisés pour le traitement. Les médicaments nuisibles doivent être arrêtés. S'il s'avère qu'il est lié à une infection par herpès simplex, des traitements antiviraux peuvent être utilisés. L'érythème polymorphe est en général bénin et se résorbe spontanément, même s'il peut réapparaître. En de rares cas, le syndrome de Stevens-Johnson peut être mortel.

Mucite iatrogène* : Un certain nombre de médicaments différents peuvent entraîner des lésions de la muqueuse buccale qui ne sont pas des réactions allergiques, mais plutôt des effets secondaires toxiques des médicaments. Ces lésions de la muqueuse peuvent se présenter sous la forme d'ulcérations ou d'érosions non spécifiques, ou peuvent ressembler au lichen plan érosif. Elles apparaissent sur les surfaces kératinisées et non kératinisées de la muqueuse, et sont chroniques. Elles n'apparaissent pas nécessairement immédiatement après le début du traitement chez le patient.

La première étape consiste à les diagnostiquer. Une biopsie par incision montre en général une ulcération non spécifique, mais peut permettre d'exclure d'autres causes de mucosite chronique, comme un lichen plan érosif ou une pemphigoïde des muqueuses. Une fois le diagnostic établi, le dentiste doit voir avec le médecin du patient si un traitement différent peut être utilisé. Une fois que le patient aura arrêté de consommer le médicament nuisible, les lésions se résorberont.

Stomatite de contact : De nombreux agents chimiques contenus dans les aliments, les bonbons, la gomme à mâcher, le dentifrice et



Mucite iatrogène

les rince-bouche peuvent causer la stomatite de contact. Les aromatisants, en particulier la cannelle, sont les causes de stomatite de contact les plus courantes. Les caractéristiques cliniques de la stomatite de contact provoquée par la cannelle comprennent des douleurs, des sensations de brûlure, un érythème, des œdèmes, de l'érosion et des ulcérations sur les muqueuses. L'hyperkératose couvre souvent les zones érythémateuses et entraîne l'épaississement irrégulier de la surface. Un diagnostic de ce type de lésions est établi grâce aux caractéristiques cliniques et à la suite d'une exposition à la cannelle. Les lésions disparaissent habituellement au bout d'une semaine après que le patient a arrêté de consommer des produits aromatisés à la cannelle. Dans de rares cas, les obturations d'amalgame ou les matériaux en métal dans les couronnes peuvent causer une réaction ressemblant au lichen plan sur la muqueuse adjacente.

L'érythroplasie est le terme clinique désignant une dysplasie épithéliale, un carcinome *in situ** ou un carcinome à cellules squameuses superficiellement invasif* sur le plan microscopique. Elle se présente cliniquement sous forme de régions asymptomatiques, persistantes, érythémateuses, veloutées, et localisées ou diffuses de la muqueuse. Ces lésions étant asymptomatiques, le patient en a rarement conscience.

Maladies virales

Les affections virales se caractérisent généralement par une éruption aiguë

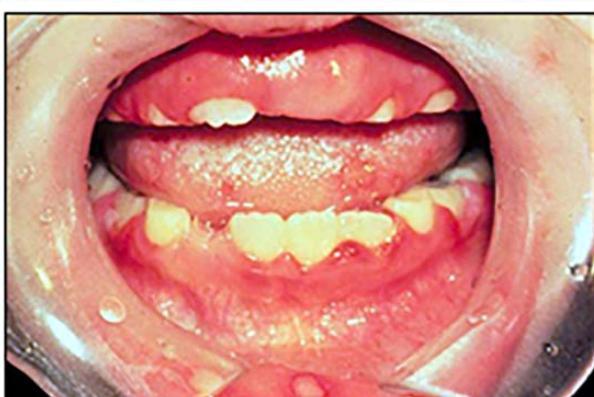
ou brusque de lésions multiples. Des manifestations systémiques (comme de la fièvre, un malaise, une lymphadénopathie, des diarrhées, une lymphocytose) peuvent être présentes. Il est toutefois important de retenir que ce ne sont pas tous les patients souffrant d'affections virales qui présentent des signes systémiques. Toutes les affections virales mentionnées ci-dessous, à l'exception de la mononucléose infectieuse, passent par un stade vésiculaire. Les vésicules éclatent rapidement et échappent souvent aux patients ou aux praticiens.

Le **virus de l'herpès simplex*** (VHS) de types 1 et 2 infecte généralement la peau et la muqueuse buccale. Le virus de type 1 touche la muqueuse et la peau au-dessus de la taille, tandis que le type 2 infecte généralement la zone génitale, même si c'est parfois l'inverse. Les individus touchés par le VHS hébergeront le virus latent dans le ganglion nerveux de la zone touchée pour le restant de leur vie. L'infection symptomatique primaire par VHS touchant la bouche est appelée **gingivo-stomatite herpétique primaire***. Bien que l'herpès primaire soit très courant chez les enfants, il est établi avec certitude qu'il peut apparaître chez des adultes plus âgés dépourvus d'anticorps contre le VHS.

Les signes et les symptômes de l'herpès primaire comprennent une brusque poussée de fièvre, un malaise, une lymphadénopathie sensible de la tête et du cou ainsi que des vésicules et des ulcérations sur la muqueuse buccale, le pharynx, les lèvres et la peau périorale. Les gencives sont généralement enflées et érythémateuses. Les lésions sont douloureuses et compliquent l'alimentation et l'hydratation. Les lésions se résorbent spontanément, généralement en 10 à 14 jours.

Un certain nombre d'antiviraux systémiques et locaux existent pour les patients ayant besoin d'un traitement. Il est important de noter que plus le traitement est amorcé tôt, plus il donne de bons résultats. Le traitement de soutien et symptomatique passe par le maintien de l'hydratation, notamment chez les enfants, et l'administration d'analgésiques systémiques et topiques.

Images de la gingivo-stomatite herpétique primaire :



Les causes les mieux établies de **lésions herpétiques récurrentes*** sont le rayonnement ultraviolet, un traumatisme mécanique et l'immunosuppression. L'herpès récurrent se manifeste par des vésicules et des ulcérations se produisant sur les surfaces muqueuses kératinisées. Les lésions se regroupent en grappes serrées. L'apparition des lésions est souvent précédée d'un brusque prodrome de douleur, de picotement ou d'engourdissement. La fréquence de récurrence varie selon les individus. Les lésions se résorbent en une ou plusieurs semaines, mais cette guérison est constante chez chaque personne. Dans la mesure où les lésions herpétiques se résorbent spontanément sur une période relativement courte, de nombreux patients ne demandent pas de traitement ou n'en ont pas besoin.

La **varicelle*** correspond à l'infection primaire par le virus varicelle-zona. La maladie commence par un malaise, de la fièvre, une pharyngite et une lymphadénopathie. Une éruption cutanée prurigineuse apparaît sur le visage et le tronc avant de s'étendre aux extrémités. Les lésions cutanées sont d'abord des vésicules qui éclatent et forment ensuite des croûtes. Elles apparaissent en vagues successives ou par cycle. Des lésions buccales peuvent apparaître avec l'éclatement des vésicules qui forment des ulcérations non douloureuses. La varicelle est généralement une infection relativement modérée, quoique gênante, chez les enfants immunocompétents. Elle a tendance à être plus grave chez les adultes. Elle peut être très grave chez les patients immunodéficients. Le traitement est généralement de soutien et symptomatique chez les enfants immunocompétents. Les antiviraux, comme l'aciclovir, le famciclovir et le valacyclovir sont utiles chez les patients immunodéficients, adultes et nourrissons. Il existe un vaccin contre la varicelle. Il semble être extrêmement efficace, mais la durée de l'immunité n'est pas connue.

L'**herpès zoster, ou le zona***, représente la réactivation du virus de la varicelle chez une personne préalablement infectée. Le zoster a tendance à ne pas réapparaître aussi fréquemment que l'herpès simplex. L'herpès zoster commence généralement



Gingivo-stomatite herpétique primaire



Herpès labial



Lésion herpétique récidivante

avec l'apparition soudaine de douleur, des picotements ou d'engourdissement dans la distribution d'un nerf sensoriel. **Il est important de noter que la névralgie associée au stade prodromique du zona peut initialement impliquer une ou plusieurs dents dans un quadrant, simulant ainsi un mal de dents. Les patients qui rapportent des douleurs aux dents**



Varicelle (varicelle)



Herpès zoster

qui ne présentent aucune anomalie clinique ou radiographique NE DEVRAIENT PAS subir d'interventions dentaires pour tenter d'éliminer la douleur.

La névralgie au stade prodromique du zona est suivie de vésicules et d'ulcères semblables en apparence à ceux causés par l'herpès simplex. Parce que les lésions suivent une distribution nerveuse, elles s'étendent jusqu'à la ligne médiane et s'arrêtent. Les vésicules et les ulcères du zona disparaissent généralement en quelques semaines. Cependant, la névralgie peut être extrêmement sévère et persister pendant des semaines ou des mois. Les médicaments antiviraux, lorsqu'ils sont administrés au début de la maladie, semblent avoir un effet bénéfique sur la réduction de la névralgie.

L'**herpangine***, le plus souvent causée par le virus Coxsackie du groupe A, se manifeste par une poussée aiguë de fièvre modérée,

un malaise, une lymphadénopathie, une pharyngite, des nausées et de la diarrhée. Dans de nombreux cas, il n'y a pas de manifestation systémique. Les lésions buccales comprennent des vésicules et des ulcérations sur la muqueuse buccale postérieure, notamment sur le palais mou et autour des piliers amygdaliens. Il est nécessaire d'administrer des analgésiques, de recommander du repos et d'inciter le patient à boire abondamment. L'herpangine est généralement une affection modérée qui se résorbe en une semaine environ.

Le **syndrome mains-pieds-bouche*** est une infection causée par le virus Coxsackie du groupe A ou B. Il se manifeste par une brusque poussée de fièvre modérée et une pharyngite. Les lésions buccales se présentent sous la forme de vésicules et d'ulcérations qui peuvent toucher toutes les zones de la muqueuse buccale. Les lésions cutanées sont composées de macules et de vésicules érythémateuses sur la paume des mains, la plante des pieds, les doigts et les orteils. La maladie se résorbe généralement en une semaine. Il est nécessaire d'administrer des analgésiques, de recommander du repos et d'inciter le patient à boire abondamment. Le pronostic est bon.

La **mononucléose infectieuse*** est une infection virale causée par le virus d'Epstein-Barr. L'infection chez l'enfant peut être asymptomatique. Les patients qui présentent des symptômes peuvent souffrir de pharyngite, de lymphadénopathie cervicale, de fièvre, de malaise, d'hypertrophie du foie et de la rate, et parfois d'une éruption cutanée. Des lésions buccales sont parfois présentes et comprennent des pétéchies du palais, une hyperplasie des amygdales palatines, une nécrose de la muqueuse de surface recouvrant les amygdales, et une gingivite ulcéro-nécrotique. Le diagnostic se confirme par une analyse sérologique au cours de laquelle on recherche les anticorps hétérophiles. Le traitement de la mononucléose infectieuse passe par le repos et l'administration d'analgesiques. Elle guérit généralement en 4 à 6 semaines.

La **rougeole** est une infection virale potentiellement grave qui peut entraîner de la fièvre, un malaise, de la toux, une



Herpangine



Herpangine



Syndrome mains-pieds-bouche



lymphadénopathie, une pharyngite et une éruption cutanée maculopapulaire érythémateuse. Les lésions buccales se manifestent précocement dans la maladie, sous forme de macules rouges ayant des points blancs au centre, situées sur la muqueuse buccale, connues sous le nom de taches de Koplik. L'aspect le plus important de la rougeole est l'apparition éventuelle de complications, telles que la pneumonie et l'encéphalite. La vaccination est essentielle. Chez le patient infecté, le repos et les soins de soutien sont indiqués. La rougeole est actuellement rare en raison de programmes de vaccination obligatoire.

Maladies mycosiques : candidose (candidiasis)

La candidose (candidiasis) est causée par la prolifération d'organismes *Candida* en raison de facteurs systémiques ou locaux.

La candidose peut se présenter sous diverses formes cliniques :

- **Candidose buccale (muguet) :** Plaques blanches détachables laissant une base érythémateuse. Les douleurs, les brûlures et les altérations du goût sont courantes.



Candidose (candidiasis)

- **Candidose atrophique aiguë (érythémateuse) :** Muqueuse rouge accompagnée de brûlures ou de douleurs.
- **Chéilité angulaire :** Fissures, croûtes et douleur à la commissure des lèvres.
- **Candidose atrophique chronique :** Muqueuse érythémateuse limitée à la muqueuse supportant une prothèse. Douleur variable.
- **Candidose hyperplasique chronique :** Épaississement épithélial blanc semblable à une leucoplasie.
- **Glossite rhomboïde médiane :** Plaque érythémateuse antérieure aux papilles caliciformes.

- **Candidose cutanéo-muqueuse** : Peut toucher la peau, les muqueuses orales et vaginales, ainsi que les ongles. Peut être familiale.

Partie III : Hypertrophies des tissus mous de la muqueuse buccale

Les hypertrophies des tissus mous sont des inflammations ou des masses qui se répartissent en deux catégories : les hypertrophies réactives et les tumeurs des tissus mous.

Hypertrophies réactives des tissus mous

Les hypertrophies réactives des tissus mous sont causées par des blessures, comme des infections, des traumatismes physiques, des traumatismes chimiques ou des réactions allergiques. Les hypertrophies réactives des tissus mous se déclenchent en général rapidement (courte durée), puis leur taille peut augmenter et diminuer (fluctuer) avant de finir par régresser. Les hypertrophies réactives sont souvent, mais pas toujours, sensibles ou douloureuses et présentent généralement un taux de croissance plus rapide (allant de quelques heures à quelques semaines) que les tumeurs. Les patients présentant des hypertrophies réactives sont parfois en mesure de donner la source de la blessure. Les lésions réactives s'accompagnent parfois de ganglions lymphatiques sensibles et de manifestations systémiques, comme de la fièvre et des malaises. Une fois que le caractère réactif de l'hypertrophie des tissus mous est établi, l'étape suivante consiste à déterminer ce qui a provoqué l'apparition de la lésion : il peut s'agir d'une infection bactérienne, virale ou fongique, ou d'une blessure chimique ou physique.

Quelques exemples d'hypertrophies réactives des tissus mous :

- Mucocèle (phénomène d'extravasation salivaire)
- Sialométagplasie nécrosante
- Abcès parodontal
- Abcès radiculaire (périapical)
- Hyperplasie fibreuse
- Hyperplasie papillaire inflammatoire

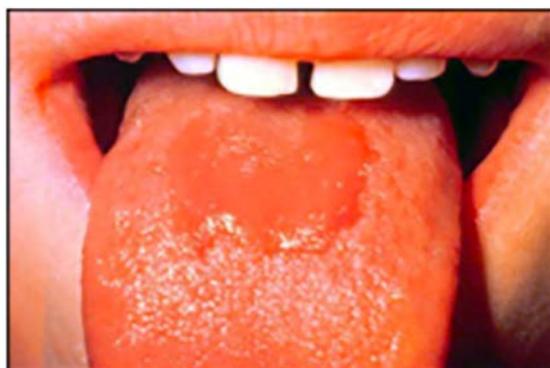
Le phénomène d'extravasation salivaire, habituellement appelé « **mucocèle** », se



Candidose atrophique chronique



Candidose hyperplasique chronique



Glossite médiane des rhomboïdes

produit lorsqu'un canal de glande salivaire se rompt et que du mucus s'accumule dans les tissus conjonctifs environnants. Il se produit le plus souvent à des endroits qui souffrent plus facilement d'un traumatisme, comme la lèvre inférieure. Les caractéristiques cliniques comprennent une hypertrophie des tissus mous bien localisée, compressible ou fluctuante. Le patient peut rapporter une fluctuation de la taille de la lésion. La surface de la lésion peut être de couleur bleue à violette, ou de couleur normale. Ces lésions

se résorbent parfois spontanément. Les lésions persistantes doivent être excisées pour limiter leur récurrence. Elles doivent être examinées au microscope pour éliminer tout doute de tumeur de la glande salivaire.

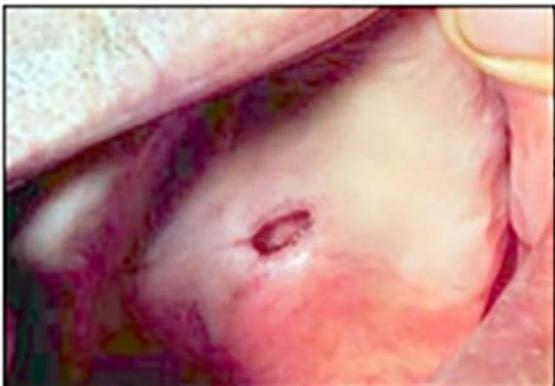
La **sialométagplasie nécrosante** est une lésion réactive qui prend naissance dans la glande salivaire. Elle est causée par une ischémie locale entraînant un infarcissement d'un acinus salivaire. L'inflammation qui s'ensuit produit une métaplasie squameuse des canaux et une hyperplasie de l'épithélium squameux stratifié de surface. La grande majorité des cas se produit sur le palais dur latéral postérieur. La lésion commence en phase aiguë avec une inflammation et des douleurs ou un engourdissement. Une ulcération finit par se former dans l'hypertrophie. La sialométagplasie nécrosante ressemble à un carcinome épidermoïde ou à un carcinome muco-épidermoïde à l'examen clinique et microscopique. Le traitement passe par une biopsie par incision et un diagnostic microscopique. Aucun autre traitement n'est nécessaire, car la lésion se résorbe spontanément en quelques semaines, voire quelques mois.

L'**abcès parodontal** est une accumulation de pus dans la poche parodontale. Il peut s'accompagner de douleurs, de sensibilité à la palpation de la gencive, de mobilité dentaire et d'un érythème de la gencive recouvrante. Les radiographies peuvent révéler une perte osseuse alvéolaire. Le sondage de la poche permet souvent de libérer du contenu purulent. Une lymphadénopathie sensible peut également accompagner l'abcès parodontal. Le traitement consiste à drainer le contenu purulent et à débrider la poche. La présence de fièvre et d'un malaise indique une infection systémique, et le patient doit prendre des antibiotiques. Un traitement périodontique de suivi est nécessaire.

L'**abcès périapical** est une accumulation de pus dans la zone périapicale d'une dent ayant une pulpe nécrotique. La dent touchée peut ou non entraîner des symptômes. Au fur et à mesure qu'un abcès périapical grossit, il peut perforer la corticale, s'accumuler dans le tissu conjonctif et former une hypertrophie compressible et



Mucocèle



Sialométagplasie nécrosante

douloureuse des tissus mous. Parfois, le pus perfore l'épithélium buccal de surface et forme un canal (sinus) par lequel le pus pourrait s'écouler dans la cavité bucale. La parulie (abcès gingival) est l'hypertrophie des tissus mous résultant d'une inflammation aiguë et chronique et de tissus de granulation à l'ouverture des sinus dans la muqueuse buccale. Le traitement d'un abcès périapical nécessite un traitement de canal ou l'extraction de la dent touchée.

L'hyperplasie papillaire inflammatoire représente une excroissance du tissu conjonctif épithéial et fibreux, habituellement en réponse à l'irritation chronique provoquée par une prothèse. La lésion se produit sur le palais dur ou sur la muqueuse alvéolaire mandibulaire sous une prothèse. La surface de la lésion est bosselée, nodulaire ou veloutée, et souvent érythémateuse. Le patient peut se plaindre de douleurs ou d'une sensation de brûlure associées à la lésion, ou la lésion peut être asymptomatique. Les lésions présentent souvent des excroissances concomitantes d'organismes de candidose. Le patient doit porter sa prothèse le moins possible, et la lésion doit être ensuite réévaluée. Si l'excroissance papillaire est petite, la lésion n'a pas besoin d'être enlevée. Les lésions plus grandes doivent être excisées. La prothèse devra être refaite, et l'on devra enseigner au patient comment l'enlever tous les soirs et la nettoyer. S'il y a présence de candidose, un onguent ou une crème antifongique topique devra être appliqué sur la surface intérieure de la prothèse.

Tumeurs de tissus mous

Les tumeurs des tissus mous se caractérisent par leur persistance et leur progressivité; elles ne se résorbent pas sans traitement. En règle générale, elles ne sont pas douloureuses aux premiers stades de leur développement, et leur rythme de croissance va de quelques semaines à quelques années.

Si une hypertrophie des tissus mous semble être une tumeur, le clinicien doit déterminer si elle est bénigne ou maligne. Les **tumeurs bénignes** sont généralement mieux définies ou circonscrites et présentent un rythme de croissance plus lent, de quelques mois à quelques années, que les néoplasmes malins.

Les **néoplasmes malins** sont plus susceptibles d'être douloureux et d'entraîner des ulcérations de l'épithélium sus-jacent que les lésions bénignes. Les néoplasmes malins grossissent plus rapidement, en quelques semaines, voire quelques mois. Puisque les néoplasmes malins ont la capacité d'envahir ou d'infiltrer les muscles, les nerfs, les vaisseaux sanguins et les tissus conjonctifs environnants, ils se fixent ou adhèrent aux structures qui les entourent



Abcès parodontal



Abcès périapical conduisant à des parulis



Hyperplasie papillaire inflammatoire

durant la palpation. Certaines tumeurs bénignes se fixent également aux structures qui les entourent, mais la plupart d'entre elles sont enveloppées d'une capsule de tissu conjonctif fibreux qui peut permettre de faire bouger la lésion dans le tissu, indépendamment des structures environnantes (tumeur mobile). Si elles se situent près des dents, les tumeurs bénignes sont plus susceptibles de les déplacer, tandis que les lésions malignes les détachent. Il est important de remarquer que

les lésions malignes, notamment celles ayant pris naissance dans les glandes salivaires, présentent parfois des caractéristiques cliniques qui sont faussement bénignes.

Tumeurs épithéliales bénignes de la muqueuse buccale

Les tumeurs bénignes de l'épithélium squameux que nous étudierons dans cette formation sont fermes, non sensibles, de couleur blanche à brune, et présentent une surface rugueuse, en chou-fleur ou verruqueuse. Elles sont fixées à la muqueuse de surface.

Les papillomes, les verrues et les condylomes sont des excroissances causées par le papillomavirus humain.

Un **papillome (papillome spinocellulaire)*** est une hypertrophie épithéliale bénigne causée par une infection au papillomavirus humain. Il est ferme, non douloureux et pédiculé. Il présente une surface rugueuse, blanche, en chou-fleur ou verruqueuse, avec de nombreuses excroissances en forme de doigts. Il apparaît sur l'épithélium squameux stratifié de surface, est exophytique et n'envahit pas les tissus sous-jacents. Le traitement passe par une biopsie par excision incluant la base de la lésion. La récidive est rare.

La **verrue vulgaire*** est une hypertrophie épithéliale bénigne de la peau et des muqueuses causée par le papillomavirus humain. Elle est asymptomatique, exophytique et présente une large base. La surface est blanche, rugueuse et verruqueuse. La verrue peut être solitaire ou multiple. Les verrues peuvent contaminer d'autres parties du corps par autoinoculation. Elles se résorbent parfois spontanément. Les verrues de la peau sont généralement traitées à l'azote liquide, par des produits chimiques ou par ablation chirurgicale. Les verrues buccales sont traitées avec une biopsie par excision.

Le **condylome acuminé*** est une hypertrophie verruqueuse des tissus mous causée par le papillomavirus humain. C'est une infection sexuellement transmissible que l'on observe le plus souvent dans la région anogénitale. Il entraîne souvent de multiples lésions. Le



Papillome

condylome est traité par ablation chirurgicale. Le partenaire sexuel du patient doit également être traité.

Tumeurs mésenchymateuses bénignes de la muqueuse buccale

Aux fins de cette discussion, les tumeurs mésenchymateuses sont composées de tissu conjonctif fibreux, de muscle lisse, de muscle squelettique, de vaisseaux sanguins et lymphatiques, de tissu adipeux et de tissu nerveux périphérique. *Sauf indication contraire dans les descriptions suivantes, les tumeurs mésenchymateuses bénignes se caractérisent cliniquement comme des hypertrophies des tissus mous bien circonscrites, persistantes, à croissance lente et non sensibles.*

Le fibrome d'irritation, l'épulis fissuratum et le fibrome ossifiant périphérique sont des excroissances de tissu conjonctif fibreux.

Le **fibrome d'irritation*** est une hypertrophie réactionnelle courante des tissus mous liée à une irritation chronique ou à un traumatisme. Il se présente le plus souvent sous la forme d'une hypertrophie exophytique en forme de dôme qui peut être ferme ou compressible à la palpation. La muqueuse recouvrant la lésion peut être normale ou ulcérée par un traumatisme. Il apparaît le plus souvent sur la muqueuse labiale et buccale. Le traitement du fibrome d'irritation passe par la biopsie par excision et un diagnostic microscopique. La récidive est rare.

L'**épulis fissuratum (hyperplasie fibreuse inflammatoire)*** est une hyperplasie des tissus conjonctifs denses causée par une



Condylome acuminé



Fibrome d'irritation



Épulis fissuratum

irritation chronique engendrée par le collet d'une prothèse. Il se manifeste par une hypertrophie dans le vestibule. Une fissure apparaît souvent dans la lésion, correspondant à l'emplacement du collet de la prothèse. Le traitement passe par l'ablation chirurgicale de la masse et un diagnostic microscopique, et généralement par la fabrication d'une nouvelle prothèse ou le regarnissage de l'ancienne.

Le **fibrome ossifiant périphérique (fibrome périphérique)*** est une hypertrophie

réactionnelle des tissus mous causée par des cellules du ligament parodontal. Il se situe toujours sur la gencive ou la muqueuse alvéolaire attachée, est souvent ulcéré et peut être rouge ou présenter une couleur de muqueuse normale. Il apparaît le plus souvent chez des adolescents ou de jeunes adultes. Sur le plan microscopique, il est intéressant de remarquer que le fibrome ossifiant périphérique forme fréquemment un produit minéralisé au sein d'un stroma fibreux cellulaire. Le traitement passe par une biopsie par excision et un diagnostic microscopique. La lésion doit être retirée jusqu'au périoste. Le pronostic est bon, même si des taux de récidive allant jusqu'à 16 % ont été observés. Le traitement des lésions récurrentes passe par une nouvelle ablation.

Le **schwannome*** est un néoplasme bénin des cellules de Schwann. Il est ferme, encapsulé et souvent mobile. Le traitement passe par une biopsie par excision et un diagnostic microscopique. La récidive est rare.

Le **neurofibrome** est également un néoplasme bénin des cellules de Schwann. Le neurofibrome se manifeste le plus souvent par une lésion isolée, mais de multiples neurofibromes sont caractéristiques d'une neurofibromatose. Le neurofibrome isolé est fixé aux structures qui l'entourent et peut être ferme ou compressible à la palpation. Le traitement passe par une biopsie par excision et un diagnostic microscopique. Aucune récidive n'est attendue.

Le **névrome traumatique, ou névrome d'amputation***, se manifeste par une prolifération réactionnelle de faisceaux de fibres nerveuses à la suite du sectionnement d'un nerf. Il apparaît le plus souvent dans des zones contenant des nerfs périphériques relativement importants, comme le foramen mentonnier, la langue et la lèvre inférieure. Le névrome est souvent, mais pas toujours, douloureux à la palpation. Les névrites multiples non associées à un traumatisme font partie du syndrome de néoplasie endocrinienne multiple de type 2B. Le traitement passe par une biopsie par excision et un diagnostic microscopique. Les lésions ne récidivent généralement pas.



Fibrome ossifiant périphérique



Schwannome



Tumeur à cellules granuleuses

La **tumeur à cellules granuleuses*** est un néoplasme malin autrefois appelé rhabdomyome granuleux. Les cellules tumorales viennent des cellules de Schwann. La lésion est fixée aux structures qui l'entourent. Elle se situe le plus souvent sur le dos de la langue. Au microscope, la lésion semble souvent infiltrante, mais une ablation conservatrice est souvent thérapeutique.

Le **rhabdomyome** de la muqueuse buccale est un néoplasme bénin rare des muscles

squelettiques. On ne le trouve que sur les muscles squelettiques. Le plus souvent, il apparaît sur la langue. Il est fixé aux structures qui l'entourent. Le traitement passe par une biopsie par excision et un diagnostic microscopique.

L'**épulis congénital*** est une hypertrophie bénigne des tissus mous qui apparaît sur la muqueuse alvéolaire attachée des nourrissons. Près de 90 % de ces lésions se manifestent chez des sujets féminins. Le traitement passe par l'ablation chirurgicale et un diagnostic microscopique. Le pronostic est excellent.

Les tumeurs mésenchymateuses bénignes suivantes présentent les caractéristiques cliniques des **lésions vasculaires** : granulome périphérique à cellules géantes, granulome pyogène, hémangiome, léiomyome, et parfois fibrome ossifiant périphérique, comme évoqué ci-dessus. Une hypertrophie vasculaire des tissus mous est rouge, bleue ou violette et blanchit à la pression.

Le **granulome périphérique à cellules géantes*** est une hypertrophie réactionnelle des tissus mous qui ne se produit que sur la gencive ou la muqueuse alvéolaire attachée. Le traitement passe par une biopsie par excision et un diagnostic microscopique. Sur le plan microscopique, il se caractérise par des cellules géantes, identiques à celles du granulome central à cellules géantes.

Le **granulome pyogène*** est une hypertrophie des tissus mous qui se développe à la suite d'une blessure ou d'une irritation mineure. Il peut apparaître sur n'importe quelle surface de la muqueuse buccale à tout âge, mais se manifeste le plus souvent sur la gencive des enfants et des femmes enceintes. Le granulome pyogène est compressible, peut être lobé et souvent pédiculé. Une ulcération est souvent présente. La croissance initiale est assez rapide. Sur les lésions les plus anciennes, le collagène remplace une bonne partie des vaisseaux, et la lésion commence à ressembler à un fibrome d'irritation. Le traitement passe par une biopsie par excision et un diagnostic microscopique. La récidive n'est pas inhabituelle, et les lésions récidivantes doivent être de nouveau retirées. Chez les femmes



Épulis congénitale



Granulome périphérique à cellules géantes



Granulome pyogène



Hémangiome

enceintes, l'ablation peut être reportée jusqu'à la fin de la grossesse.

Un **hémangiome*** correspond à une prolifération de vaisseaux sanguins qui apparaît normalement à la naissance ou au cours de la petite enfance. Il peut être bien circonscrit ou diffus. La malformation artéioveineuse est une lésion différente. Elle correspond à une communication directe entre une artère et une veine qui engendrera un frémissement et un souffle. Un hémangiome n'exige pas de traitement, à moins qu'il ne constitue un problème fonctionnel ou esthétique. De nombreux hémangiomes régresseront spontanément au cours de l'enfance. L'incision d'une malformation artéioveineuse peut entraîner une hémorragie fatale.

Le **leiomyome** est un néoplasme bénin des muscles lisses. Il naît sur les muscles lisses de la paroi des vaisseaux sanguins de la cavité buccale. Il est ferme et présente parfois un aspect vasculaire. Le traitement passe par une biopsie par excision et un diagnostic microscopique. Il ne récidive généralement pas.

Le **lymphangiome** est une prolifération de développement des vaisseaux lymphatiques, et non une véritable tumeur. Dans presque tous les cas, le lymphangiome est présent à la naissance ou apparaît au cours des deux premières années de vie. Il se manifeste le plus souvent sur le cou et la langue. Les lésions de la langue peuvent entraîner une macroglossie qui peut créer des problèmes d'alimentation et d'élocution. Les lésions de la langue sont généralement compressibles et fixées aux structures qui les entourent. La muqueuse qui recouvre la lésion présente souvent de multiples nodules ressemblant à de petites vésicules. Les lymphangiomes régressent rarement de façon spontanée. L'ablation chirurgicale de la lésion est difficile si elle est mal circonscrite. Chez la plupart des patients, le pronostic est bon, mais le lymphangiome peut parfois entraîner une obstruction des voies aériennes et mettre en danger la vie du patient.

Tumeurs bénignes des glandes salivaires de la muqueuse buccale

Les tumeurs bénignes apparaissant dans les glandes salivaires sont en général *encapsulées*,

à croissance lente et non sensibles. La muqueuse qui les recouvre est d'apparence normale sauf si elle a subi un traumatisme. Les tumeurs des glandes salivaires peuvent apparaître partout sur la muqueuse buccale, **sauf** sur le palais dur antérieur et moyen, la gencive et la muqueuse alvéolaire attachée. Il est important de rappeler que certains néoplasmes malins des glandes salivaires grossissent parfois lentement, sont bien circonscrits et non sensibles, et ressemblent donc à une tumeur bénigne. Les tumeurs qui peuvent ressembler à un néoplasme bénin sont le carcinome adénoïde kystique, l'adénocarcinome polymorphe d'évolution lente, le carcinome muco-épidermoïde d'évolution lente et l'adénocarcinome à cellules acineuses.

L'adénome polymorphe*, aussi connu sous le nom de tumeur mixte, est la tumeur des glandes salivaires la plus courante. Il se situe le plus souvent sur la parotide. Les tumeurs des glandes salivaires mineures apparaissent le plus souvent sur le quadrant postérieur latéral du palais dur, mais peuvent également toucher toute région de la muqueuse qui comporte des glandes salivaires. L'adénome polymorphe présente des caractéristiques cliniques semblables à celles de nombreuses autres tumeurs bénignes naissant dans les glandes salivaires et le tissu mésenchymateux. Le traitement passe par l'ablation chirurgicale complète et le diagnostic microscopique. Dans de très rares cas, un carcinome apparaît dans un adénome polymorphe préexistant.

L'adénome monomorphe est un terme générique qui désigne un groupe de néoplasmes bénins des glandes salivaires présentant des caractéristiques microscopiques différentes de l'adénome polymorphe. Ce terme est rarement utilisé aujourd'hui. On utilise plutôt le nom précis de l'adénome, comme adénome canalaire, adénome à cellules basales, oncocytome ou autre. Le traitement passe par une biopsie par excision et un diagnostic microscopique. L'ablation complète de la lésion permet la guérison.

Le **cystadénolymphome papillaire**, ou tumeur de Warthin, vient probablement de tissus des glandes salivaires piégés dans les ganglions lymphatiques. Presque tous les cas



Adénome polymorphe

apparaissent dans la parotide, et la maladie est plus courante chez les adultes âgés. Elle est bilatérale dans 5 à 14 % des cas. Le cystadénolymphome papillaire se traite par l'ablation chirurgicale et le diagnostic microscopique. Certains spécialistes pensent que la lésion est souvent multicentrique, ce qui expliquerait un taux de récidive (ou de persistance) d'environ 10 %. Le pronostic est bon.

L'adénocarcinome polymorphe d'évolution lente* est un néoplasme malin qui naît dans les glandes salivaires. Il fait partie de la catégorie des néoplasmes salivaires bénins, car son développement est généralement lent; il dure longtemps et il n'est pas douloureux. Cette tumeur apparaît presque exclusivement sur les glandes salivaires mineures. Le traitement passe par une grande ablation chirurgicale. Les métastases dans les ganglions lymphatiques cervicaux ne sont pas courantes, et les métastases distantes sont rares. Si la lésion récidive, elle peut souvent être traitée avec succès à l'aide d'une autre ablation chirurgicale. Le pronostic est relativement bon, et rares sont les cas mortels.

L'adénocarcinome à cellules acineuses est un néoplasme malin des glandes salivaires qui apparaît le plus souvent sur la parotide. Il se présente généralement sous la forme d'une lésion à croissance lente bien circonscrite qui peut être confondue avec une tumeur bénigne. Il peut parfois s'accompagner de douleurs ou de paresthésie. Le traitement passe par l'excision chirurgicale complète et le diagnostic microscopique. Les lésions des

principales glandes pourront imposer l'ablation de l'ensemble de la glande.

Le **carcinome adénoïde kystique*** est un adénocarcinome des glandes salivaires. Il peut ressembler à une tumeur bénigne, mais se présente aussi parfois avec des douleurs. La tumeur a tendance à envahir les nerfs. Le traitement passe par l'ablation chirurgicale complète. Le carcinome adénoïde kystique se caractérise par sa récidive et ses métastases, et présente un très mauvais taux de survie de 20 ans.

Le **carcinome muco-épidermoïde*** est un carcinome des glandes salivaires qui contient des cellules muqueuses et des cellules squameuses. Le carcinome muco-épidermoïde présente un éventail de caractéristiques microscopiques qui correspondent généralement à un comportement clinique. Les lésions majoritairement composées de cellules muqueuses (lésions d'évolution lente) se développent lentement, sont compressibles et relativement moins agressives. Les lésions majoritairement composées de cellules squameuses (lésions de haut grade de malignité) ont tendance à se développer plus rapidement, à être fermes et infiltrantes. Il faut souligner que tous les carcinomes muco-épidermoïdes sont des néoplasmes malins qui peuvent récidiver et développer des métastases. Le traitement passe par l'ablation chirurgicale complète et un diagnostic microscopique. Le pronostic dépend du stade (étendue de la tumeur) et du grade microscopique. Les tumeurs d'évolution lente ont un pronostic relativement bon, mais les tumeurs de haut grade présentent un pronostic semblable à celui des carcinomes à cellules squameuses.

Kystes de la muqueuse buccale

Les kystes de la muqueuse buccale présentent une évolution et des caractéristiques cliniques semblables aux tumeurs bénignes mésenchymateuses et des glandes salivaires, et font souvent partie du diagnostic différentiel de ces tumeurs bénignes. Les kystes sont généralement bien circonscrits, compressibles, non sensibles et se développent lentement. La muqueuse qui les recouvre est normale, à moins qu'elle n'ait subi un traumatisme. Leur emplacement est souvent utile dans le diagnostic



Adénocarcinome polymorphe d'évolution lente



Carcinome muco-épidermoïde

différentiel des kystes possibles des tissus mous.

Le **kyste épidermoïde/dermoïde*** apparaît le plus souvent sur la peau et la muqueuse buccale. Dans la cavité buccale, il apparaît le plus souvent sur le plancher de la bouche. Il est « pâteux » à la palpation. Le traitement passe par l'ablation chirurgicale et un diagnostic microscopique.

Le **kyste gingival*** de l'adulte apparaît sur la gencive antérieure aux premières molaires, avec une prédisposition marquée pour la région de la prémolaire canine mandibulaire. Le traitement passe par une simple excision chirurgicale et le diagnostic microscopique. Le pronostic est excellent.

Le **kyste lymphoépithélial*** se développe quand l'épithélium piégé dans les tissus lymphoïdes buccaux se transforme en kyste. Le kyste lymphoépithélial classique est un petit (moins de 1 cm) nodule de tissu mou

bien circonscrit, jaune ou blanc, situé sur le plancher buccal ou la surface ventrale latérale de la langue. Le traitement de ce kyste passe par la biopsie par excision et le diagnostic microscopique. La récidive est rare.

Le kyste du tractus thyroglosse se développe à partir de vestiges épithéliaux du canal thyroglosse qui s'étend du cæcum du foremen jusqu'à la glande thyroïde. Des kystes peuvent se former n'importe où le long de ce tractus, mais se développent généralement dans le cou sous l'os hyoïde. Ils ne sont pas douloureux, se déplacent et leur taille varie. Le traitement passe par une excision chirurgicale complète afin d'enlever le kyste, une partie de l'os hyoïde et des parties du muscle qui l'entourent. La récidive est possible.

Néoplasmes malins de la muqueuse buccale
La difficulté de poser un diagnostic différentiel d'hypertrophie des tissus mous réside dans la distinction des lésions malignes des lésions réactionnelles. Ces deux types de lésions peuvent se développer rapidement et être douloureuses. La principale différence vient du fait que les néoplasmes malins sont persistants et progressifs, tandis que les lésions réactionnelles voient leur taille varier ou finissent par se résorber. Les lésions réactionnelles peuvent s'accompagner de ganglions lymphatiques souples et sensibles, tandis qu'ils deviennent fermes et non sensibles dans le cas de néoplasmes malins à métastases.

Le carcinome à cellules squameuses* est le néoplasme malin de la cavité buccale le plus courant. La consommation de tabac et d'alcool est considérée comme un facteur de risque, mais le carcinome à cellules squameuses peut se produire chez des patients sans facteurs de risques connus. Cette tumeur peut apparaître n'importe où sur la muqueuse buccale, mais se manifeste le plus souvent sur les faces ventrales et latérales de la langue, le plancher de la bouche, le palais mou, les piliers amygdaliens et le trigone rétromolaire. Le carcinome à cellules squameuses avancé se manifeste par une masse tumorale indurée (dure) fixée aux structures qui l'entourent. Il est souvent ulcéré et peut être douloureux. Il peut



Kyste épidermoïde/dermoïde



Kyste gingival



Kyste lymphoépithéial

s'accompagner de lymphadénopathie cervicale correspondant aux lésions des métastases. Le carcinome à cellules squameuses précoce et ses premières lésions sont presque invariablement asymptomatiques; les patients ne savent donc pas qu'ils ont une lésion. Les lésions précoce peuvent être des lésions d'épaississement épithéial blanches et rugueuses (leucoplasie), des lésions non douloureuses rouges persistantes (plaqué

érythroplasique) ou une combinaison des deux. Il est important d'identifier un carcinome à cellules squameuses à son stade précoce, lorsque le traitement est encore possible sans procéder à une chirurgie défigurante. Le traitement passe essentiellement par l'excision chirurgicale complète. Une dissection des ganglions lymphatiques est réalisée lorsque la lymphadénopathie est évidente. La radiothérapie est souvent utilisée comme adjvant à la chirurgie. La chimiothérapie est réservée aux soins palliatifs. Le carcinome verruqueux est une variante à évolution lente du carcinome à cellules squameuses. La lésion présente une surface rugueuse et verruqueuse, généralement asymptomatique. Le carcinome verruqueux peut envahir les tissus sous-jacents, mais ne métastase presque jamais. Il a un bon pronostic comparé à celui du carcinome à cellules squameuses buccal classique.

Les adénocarcinomes des glandes salivaires comprennent l'adénocarcinome polymorphe d'évolution lente, le carcinome adénoïde kystique, l'adénocarcinome à cellules acineuses, le carcinome muco-épidermoïde, le carcinome sur adénome polymorphe, et un certain nombre d'autres lésions. Ces lésions peuvent se développer rapidement ou lentement, et se manifester par des douleurs et une paresthésie ou être asymptomatiques. Elles présentent toutes une croissance infiltrante. Le traitement passe généralement par l'excision chirurgicale complète. Le pronostic dépend du stade ou de l'étendue de la tumeur, ainsi que de ses caractéristiques microscopiques.

Les **lymphomes*** regroupent divers néoplasmes malins des lymphocytes et de leurs précurseurs. Ils forment des masses cancéreuses fermes et se développent généralement dans les tissus lymphoïdes. Les lymphomes se répartissent entre la maladie de Hodgkin et les lymphomes non hodgkiniens. La maladie de Hodgkin se présente le plus souvent dans la région de la tête et du cou, avec une augmentation persistante et progressive des ganglions lymphatiques cervicaux et supraclaviculaires. La maladie de Hodgkin ne se manifeste que rarement par des lésions intrabuccales. Les lymphomes non



Adénocarcinome de la glande salivaire

hodgkiniens comprennent de nombreuses lésions différentes qui peuvent apparaître dans les ganglions lymphatiques ou ailleurs. Les lésions qui apparaissent dans les ganglions lymphatiques sont des masses non sensibles qui grossissent lentement et finissent par devenir de multiples hypertrophies fixes. Un lymphome extraganglionnaire dans la cavité buccale peut être la première manifestation d'un lymphome ou faire partie d'un processus de dissémination. Un lymphome buccal extraganglionnaire du tissu mou se manifeste généralement par une hypertrophie non sensible, mal circonscrite et compressible du tissu mou, parfois accompagnée d'un érythème et d'une ulcération de la muqueuse de surface. Ils apparaissent le plus souvent sur les anneaux de Waldeyer, le palais dur postérieur, la muqueuse buccale ou la gencive. Les lésions peuvent également apparaître dans les mâchoires. Les lésions des mâchoires présentent des caractéristiques cliniques semblables aux autres malignités osseuses. La maladie de Hodgkin et les lymphomes non hodgkiniens peuvent s'accompagner de malaises, de fièvre et d'une perte de poids. La gestion d'un lymphome passe par une biopsie de la lésion pour poser un diagnostic définitif. Pour déterminer l'étendue de la maladie, on procède ensuite à l'évaluation du stade. Le traitement passe par la chimiothérapie, la radiothérapie ou les deux. Le pronostic est extrêmement variable.

Carcinomes métastatiques des tissus mous de la bouche : Les néoplasmes dont les métastases atteignent la cavité buccale ne représentent que 1 % de tous les cancers



Lymphomes

buccaux, et ces tumeurs se trouvent beaucoup plus fréquemment dans les os de la mâchoire que sur les tissus mous de la bouche. La grande majorité des tumeurs qui métastasent vers la cavité buccale sont des adénocarcinomes. Les sites primaires les plus courants pour ces tumeurs sont le sein, le poumon, le rein, l'appareil gastro-intestinal (estomac et colon), la thyroïde et la prostate.

Dans la muqueuse buccale, les carcinomes métastatiques se retrouvent le plus souvent sur la gencive et la langue. Les lésions précoces sont des nodules en forme de dôme présentant une surface lisse d'apparence normale. Ces lésions peuvent sembler bénignes sur le plan clinique. Plus tard, la surface peut s'ulcérer et se nécrosier, et la lésion peut saigner facilement. Ces lésions semblent alors malignes à l'examen clinique.

Les **sarcomes** sont des néoplasmes malins relativement rares des tissus non épithéliaux. Les sarcomes peuvent apparaître sur les tissus mous ou dans l'os. Citons par exemple le fibrosarcome, le rhabdomyosarcome (lié aux muscles squelettiques) et le léiomyosarcome (lié aux muscles lisses). Les sarcomes présentent généralement une croissance rapide, sont mal circonscrits, infiltrants et entraînent l'ulcération des tissus de surface. Le traitement passe généralement par l'ablation chirurgicale associée à une chimiothérapie ou une radiothérapie ou les deux. Le pronostic dépend du stade de la maladie et de ses caractéristiques microscopiques.

Les **mélanomes** sont relativement rares dans la cavité buccale. Ils sont abordés dans la section sur les lésions de surface pigmentées localisées.

Partie IV : Résumé des caractéristiques cliniques des lésions de la muqueuse buccale

Les pages suivantes présentent un résumé des caractéristiques cliniques des lésions de la muqueuse buccale :

- Tableau 1 Lésions de surface blanches de la muqueuse buccale
- Tableau 2 Lésions de surface pigmentées localisées de la muqueuse buccale
- Tableau 3 Lésions de surface vésiculaires-ulcérées-érythémateuses de la muqueuse buccale
- Tableau 4 Hypertrophies de tissus mous
- Tableau 5 Tumeurs épithéliales bénignes
- Tableau 6 Tumeurs mésenchymateuses bénignes
- Tableau 7 Tumeurs bénignes des glandes salivaires
- Tableau 8 Kystes des tissus mous

Conclusion

Une gestion réussie des patients présentant des lésions de la muqueuse buccale peut être accomplie par les fournisseurs de soins dentaires si une approche étape par étape est utilisée pour recueillir des informations et les appliquer de manière systématique aux arbres décisionnels diagnostiques. Ce cours fournit des directives générales qui peuvent être utilisées pour éliminer ou exclure la plupart des lésions buccales du diagnostic différentiel clinique. Les lésions qui ne peuvent être exclues constituent le diagnostic différentiel clinique. La valeur de la formulation d'un diagnostic différentiel clinique pour une lésion buccale est qu'il élimine les devinettes au meilleur diagnostic et guide ainsi les étapes suivantes dans la gestion de la lésion du patient. Déterminer le diagnostic définitif ou final d'une lésion buccale nécessite souvent des tests supplémentaires, tels que l'obtention d'un échantillon par biopsie et un diagnostic microscopique.

Tableau 1 Lésions de surface blanches de la muqueuse buccale.

LÉSIONS BLANCHES CAUSÉES PAR UN ÉPAISSEMENT ÉPITHÉLIAL Asymptomatique; rugueuses au toucher; fixées à la surface (ne s'enlèvent pas au grattage)	
Lichen plan	Affecte plusieurs zones de la muqueuse; distribution bilatérale; plaques blanches formant des stries accompagnées d'un érythème; présence possible d'ulcères et de lésions.
Stomatite nicotinique	Palais dur; principalement chez les fumeurs de pipe ou de cigare.
Langue pileuse	Modifie l'aspect du dos de la langue.
Leucoplasie chevelue	Affecte la surface latérale de la langue; les patients sont immunodéficients, par exemple ceux atteints du SIDA.
Nævus blanc spongieux	Lésions multiples affectant de grandes surfaces de la muqueuse; antécédents familiaux; présentes dès l'enfance; les muqueuses génitale et rectale peuvent être affectées.
Leucoœdème	Disposition bilatérale sur la muqueuse buccale. Disparaît à l'étiènement des tissus.
Érythèmes migrant (langue géographique, glossite migratoire bénigne)	Plusieurs taches rouges avec une bordure irrégulière jaune-blanc; touchent le dos et les côtés de la langue; migration des lésions; habituellement asymptomatiques.
Hyperkératose	Résolution spontanée possible.
Dysplasie épithéliale Carcinome in situ Carcinome à cellules squameuses superficiellement invasif	Persistants; habituellement asymptomatiques; plus communs sous forme de lésion rouge ou de lésion mixte rouge et blanche.
LÉSIONS BLANCHES AVEC DÉBRIS DE SURFACE Douleurs ou brûlures; illes au toucher; surface translucide	
Candidose	Antécédents d'antibiothérapie, immunosuppression xérostomie; présence possible de lésions unguérales ou vaginales.
Brûlure (thermique ou chimique)	Antécédents de brûlures.
Salive épaisse et séchée	Se retire avec une gaze humide.

Tableau 1

LÉSIONS BLANCHES SOUS-ÉPITHÉIALES Asymptomatiques; lisses au toucher; surface translucide	
Kystes	Les petits kystes de la muqueuse buccale peuvent sembler blancs. Des exemples sont le kyste kératosique congénital et le kyste lymphoépithélial.
Grains de Fordyce (glandes sébacées ectopiques)	De couleur jaune, délimités, en grappes; le plus souvent situé sur la muqueuse buccale et la lèvre supérieure.
Muqueuse cicatricielle	Antécédents de blessure ou d'intervention chirurgicale généralement mal définie.

Tableau 2 Lésions de surface pigmentées localisées de la muqueuse buccale.

LÉSIONS SANGUINES INTRAVASCULAIRES Blanchissent habituellement à la pression et sont compressibles	
Varice	De couleur bleue; épaisse; parfois ne blanchit pas en raison d'une thrombose.
Hémangiome	Congénital; épais; de couleur rouge ou bleue.
Sarcome de Kaposi	Touche les patient immunodéficients; peut être épais ou plat.
LÉSIONS SANGUINES EXTRAVASCULAIRES Ne blanchissent pas à la pression, présentes pendant moins d'un mois, antécédents possibles de blessure ou de troubles de coagulation	
Hématome	Lésion épaisse; ferme à la palpation.
Ecchymose	Non épaisse.
Petechiae	Lésions ciblées de la taille d'une tête d'épingle; de couleur rouge; multiples; non épaisse.
LÉSIONS MÉLANOCYTAIRES Persistantes; ne blanchissent pas	
Éphélides (tache de rousseur)	Non épaisse; situées sur les surfaces exposées au soleil.
Macule mélanique buccale	Non épaisse; située sur les muqueuses non exposées au soleil.
Nævus	Épais; peut être plat aux premiers stades de son développement.
Mélanome	Épais; peut être plat aux premiers stades de son développement.
TATOUAGE Ne blanchit pas, antécédents possibles de blessure; objet opaque aux rayons X parfois visible sur une radiographie; peut être épais ou plat	

Tableau 3 Lésions de surface vésiculaires-ulcérées-érythémateuses de la muqueuse buccale.

LÉSION HÉRÉDITAIRE : ÉPIDERMOLYSE BULLEUSE Lésions cutanées permanentes; signe de Nikolsky souvent présent; l'ouverture de la bouche peut être limitée en raison de la cicatrisation. Les lésions sont congénitales ou apparaissent très tôt; le patient présente fréquemment des antécédents familiaux.	
LÉSION MYCOSIQUE : CANDIDOSE (CANDIDIASE) Érythème muqueux diffus; possible présence de brûlures ou de douleurs; présence d'ulcères (rarement); lymphadénopathie rare. Le patient présente souvent des facteurs de prédisposition : prise d'antibiotiques, immunosuppression.	
LÉSIONS AUTO-IMMUNES Apparition lente; lésions chroniques; exacerbations et rémissions partielles; lésions ne guérissant pas dans une période de temps prévisible; lymphadénopathie rare.	
Pemphigoïde des membranes muqueuses (pemphigoïde cicatricielle, pemphigoïde bénigne des muqueuses)	Gencive attachée érythémateuse; vésicules parfois observées; signe de Nikolsky peut être présent; vésicules et ulcères cutanés peuvent être présents.
Pemphigoïde bulleuse	Vésicules cutanées, bulles et ulcères toujours présents; vésicules et ulcères buccaux occasionnels.
Pemphigus	Apparition de vésicules et d'ulcères à muqueux disséminés avant l'apparition de lésions cutanées; présence possible du signe de Nikolsky.
Lupus érythémateux	Mucites et ulcères non spécifiques parfois présents, mais associés à des lésions cutanées. Lésions buccales : stries épithéliales blanches avec érythème sous-muqueux (lésions lichenoides). Atteinte plurisystémique : éruption cutanée érythémateuse, photosensibilité, arthrite, néphrite, pathologie neurologique; anémie, leucopénie, thrombocytopénie.
LÉSIONS VIRALES Apparition soudaine; lésions multiples; présence fréquente de manifestations systémiques (malaise, fièvre, diarrhée, lymphadénopathie, lymphocytose); stade vésiculaire présent dans tous les cas, sauf la mononucléose.	
Virus de l'herpès simplex :	
Herpès primaire	Les vésicules et les ulcères peuvent être présents n'importe où dans la cavité buccale, le pharynx, les lèvres ou la peau de la région périorale; gencives œdémateuses et érythémateuses; lymphadénopathie fréquente; sensation de malaise; fièvre et diarrhée dans certains cas.

Tableau 3

Herpès récurrent	Se développe sur les surfaces des lèvres exposées au soleil; se développe dans la cavité intrabuccale sur une muqueuse kératinisée (dos de la langue, palais dur, gencive attachée); revient habituellement au même endroit; guérit dans une période de temps prévisible pour chaque patient.
Varicelle (varicelle)	Bouquets de papules prurigineuses, vésicules et ulcères sur le tronc s'étendant aux bras, aux jambes et au visage; légère sensation de malaise, fièvre et lymphadénopathie; ulcères buccaux occasionnels.
Herpès zoster (zona)	Douleur prodromique suivie d'une apparition de vésicules et d'ulcères cheminant le long d'un nerf sensoriel; lésions unilatérales; névralgie post-zostérienne possible.
Herpangine (Virus Coxsackie A)	Vésicules et ulcères dans la cavité buccale postérieure et le pharynx; légères manifestations systémiques possibles.
Syndrome mains-pieds-bouche (Virus Coxsackie A)	Vésicules et ulcères sur la muqueuse buccale et pharyngée; vésicules et macules sur les mains et les pieds; légères manifestations systémiques.
Rougeole	Fièvre, conjonctivite, photophobie, toux, écoulement nasal; vésicules buccales (signe de Koplik); éruption cutanée maculopapulaire érythémateuse sur le visage qui s'étend au tronc et aux extrémités.
Virus Epstein-Barr	Mononucléose infectieuse; lymphadénopathie généralisée; splénomégalie; hépatomégalie; pétéchies palatines; muqueuses buccale et pharyngée érythémateuses; ulcères de la muqueuse occasionnels; absence de stade vésiculaire.
LÉSIONS IDIOPATHIQUES	
Chaque pathologie doit être considérée comme une entité distincte.	
Ulcères aphétox	Apparition soudaine d'ulcères récurrents sur les surfaces muqueuses non kératinisées; les ulcères individuels guérissent dans une période de temps prévisible qui est variable pour chaque patient; peuvent être liés aux menstruations; antécédents familiaux courants; les aphètes « herpétiformes » désignent plusieurs bouquets de petits ulcères aphétox; les aphètes « majeurs » sont des ulcères plus profonds, plus résistants et plus fréquents qui laissent souvent des cicatrices après la guérison.
Lichen plan érosif	Lésions de la muqueuse érythémateuse présentant habituellement des zones d'ulcération; distribution souvent bilatérale; stries épithéliales blanches en bordure des zones érythémateuses; atrophie des papilles filiformes observable; évolution chronique.

Tableau 3

Mucite iatrogène	Une variété de médicaments provoquent des lésions de la muqueuse qui ne semblent pas être de nature allergique; les lésions de la muqueuse consistent en des ulcères et des érosions affectant à la fois les surfaces kératinisées et non kératinisées de la muqueuse.
Stomatite de contact	Brûlures, douleurs, ulcères, érosions, érythème parfois recouvert d'une hyperkératose hirsute. Le plus souvent consécutive à l'absorption de cannelle.
Érythème polymorphe	Apparition soudaine d'ulcères diffus impliquant la muqueuse buccale et labiale; parfois récurrents avec des périodes variables de rémission; lésions cutanées présentant un aspect « d'iris » ou de « cible » sur les surfaces palmaires et plantaires; lymphadénopathie rare.
Érythroplasie : dysplasie épithélliale, carcinome in situ, carcinome à cellules squameuses superficiellement invasif	Asymptomatique, persistante, érythémateuse, aspect velouté, zones de la muqueuse ciblées à diffuses; plus commun chez les grands consommateurs d'alcool.

Tableau 4 Hypertrophies de tissus mous.

Lésions réactives	Tumeurs	
Régression, résolution	Persistantes et progressives	
Souvent symptomatiques	Souvent asymptomatiques	
Vitesse d'évolution : heures, jours, semaines	Vitesse d'évolution : semaines, mois, années	
Taille variable	Persistantes et progressives	
Parfois associées à des ganglions lymphatiques sensibles et mous	Ganglions lymphatiques non hypertrophiés à moins d'être associées à un cancer métastatique. Les tumeurs sont fermes et indolores	
Parfois associées à des manifestations systémiques	Des manifestations systémiques apparaissent tardivement dans l'évolution du cancer	
Tumeurs bénignes		Néoplasmes malins
Évolution lente : mois, années	Évolution rapide : semaines, mois	
La muqueuse superficielle est habituellement normale, sauf en cas de traumatisme	Risque d'ulcération de la muqueuse superficielle	
Souvent mobiles par rapport aux structures périphériques	Adhèrent aux structures périphériques	
Peuvent entraîner une mobilité dentaire	Peuvent relâcher les dents	
Asymptomatiques	Plus susceptibles d'être douloureux	
Bien circonscrites	Mal circonscrits	

Tableau 5 Tumeurs épithéliales bénignes.

TUMEURS ÉPITHÉLIALES BÉNIGNES Fermes; non sensibles; fixées à la surface; surface rugueuse ou aspect en chou-fleur; de couleur pâle.	
Papillome	Aspect pédonculé; exophytique
Verrue vulgaire	À large base; exophytique
Condylome acuminé	À large base; exophytique; lésions multiples; lésions génitales fréquentes

Tableau 6 Tumeurs mésenchymateuses bénignes.

TUMEURS MÉSENCHYMATSEUSES BÉNIGNES La muqueuse superficielle est normale, sauf en cas de traumatisme; habituellement bien circonscrites, asymptomatiques et à évolution lente.	
Fibrome causé par une irritation	Ferme ou compressible
Épulis fissuratum (hyperplasie fibreuse inflammatoire)	Adjacent au volet de la prothèse amovible; ferme ou compressible
Fibrome ossifiant périphérique	Ne se développe que sur la gencive; ferme; parfois ulcétré; parfois vasculaire; possibilité de mobilité dentaire
Léiomyome	Ferme; parfois vasculaire
Rhabdomyome	Ferme; situé dans les muscles squelettiques
Granulome périphérique à cellules géantes	Ne se développe que sur la gencive ou la muqueuse alvéolaire attachée; vasculaire
Hémangiome	Congénital; compressible; vasculaire; circonscrit ou diffus
Lymphangiome	Congénital; compressible; habituellement diffus; non vasculaire
Granulome pyogène	Vasculaire; compressible; souvent à évolution rapide, ulcétré, saigne facilement
Lipome	Encapsulé; compressible; parfois de couleur jaune
Névrome (Névrome traumatique ou d'amputation)	Ferme; habituellement sensible à la palpation; la taille de la lésion dépend de la taille du nerf impliqué
Neurofibrome	Ferme ou compressible; non sensible; circonscrit ou diffus; peut être associé à une neurofibromatose
Schwannome (neurilemmome)	Encapsulé; ferme; non sensible
Tumeur à cellules granuleuses	Ferme; à surface parfois rugueuse
Épulis congénitale	Ferme; congénital; ne se développe que sur la muqueuse alvéolaire attachée

Tableau 7 Tumeurs bénignes des glandes salivaires.

TUMEURS BÉNIGNES DES GLANDES SALIVAIRES	
Bien circonscrites; à évolution lente; asymptomatiques; muqueuse superficielle normale, sauf en cas de traumatisme; ne se développent que là où des glandes salivaires sont présentes (partout dans la muqueuse buccale, à l'exception de la ligne médiane du palais et du palais dur antérieur, de la gencive et de la muqueuse alvéolaire attachée).	
Adénome polymorphe (tumeur mixte)	Encapsulé; ferme ou compressible
Adénome monomorphique	Encapsulé; ferme ou compressible
Oncocytome	Encapsulé; ferme; touche les personnes âgées
Cystadénome lymphomateux papillaire (tumeur de Warthin)	Encapsulé; ferme ou compressible; se produit dans la glande parotide
Carcinome adénoïde kystique*	Ferme
Carcinome à cellules acineuses*	Ferme
Carcinome muco-épidermoïde, de bas grade*	Compressible ou d'aspect variable
Adénocarcinome polymorphe de bas grade*	Ferme

* Ce sont des néoplasmes malins, mais ils ont parfois les caractéristiques cliniques et historiques des néoplasmes bénins.

Tableau 8 Kystes des tissus mous.

KYSTES DES TISSUS MOUS Compressibles; bien circonscrits; asymptomatiques; à évolution lente; muqueuse superficielle d'aspect normal.	
Kyste gingival	Situé sur la gencive attachée antérieure aux premières molaires
Kyste lymphoépithélial	Habituellement de couleur jaune; se développe dans le plancher de la bouche, sur les surfaces ventrales et latérales de la langue, le palais mou et la zone amygdallienne; se développe également dans la chaîne ganglionnaire lymphatique cervicale antérieure (fente branchiale ou kyste lymphoépithélial cervical)
Kyste épidermoïde ou dermoïde	D'aspect « pâteux » à la palpation; se développe habituellement dans le plancher de la bouche; se développe couramment dans la peau
Kyste du tractus thyroglosse	Se développe dans la ligne médiane du cou; peut adhérer à l'os hyoïde et être mobile lorsque le patient avale
Kyste naso-labial	Situé dans le pli labial maxillaire et dans la zone de l'aile du nez

* Ce sont des néoplasmes malins, mais ils ont parfois les caractéristiques cliniques et historiques des néoplasmes bénins.

Test : Prévisualisation

Pour recevoir un crédit de formation continue pour ce cours, vous devez compléter le test en ligne. Veuillez vous rendre à : www.dentalcare.ca/fr-ca/formation-professionnelle/cours-de-formation-continue-en-soins-dentaires/ce110/examen

- 1. Une femme de 19 ans a des ulcères douloureux sur la muqueuse labiale et la muqueuse buccale depuis 4 jours. Elle a déjà eu des ulcères similaires, et chaque fois les lésions guérissaient en l'espace d'environ 7 jours. Le meilleur diagnostic est _____.**
 - A. des ulcères aphéteux
 - B. la pemphigoïde des muqueuses
 - C. l'herpès récurrent
 - D. l'herpès primaire
 - E. le pemphigus

- 2. Une femme de 67 ans a une douleur chronique à la bouche depuis 2 ans. Les lésions consistent en de multiples ulcères persistants adjacents à des zones épaissees blanches rugueuses qui ne s'enlèvent pas au grattage et sont disposées en stries. Les lésions sont bilatérales et touchent la muqueuse buccale, les bords latéraux de la langue et la gencive. Parmi les suivants, le meilleur diagnostic est _____.**
 - A. l'épidermolyse bulleuse
 - B. le pemphigus
 - C. l'herpangine
 - D. le lichen plan
 - E. l'herpès récurrent

- 3. Un patient a plusieurs plaques asymptomatiques, irrégulières et plates sur le dos de la langue. Chaque plaque a un centre rouge et une périphérie blanche irrégulière. Le patient rapporte que les lésions apparaissent et disparaissent d'elles-mêmes. Le meilleur diagnostic est _____.**
 - A. le lichen plan
 - B. la langue géographique (érythème migrant)
 - C. la dysplasie épithéliale
 - D. le pemphigus
 - E. le carcinome à cellules squameuses superficiellement invasif

- 4. Une femme de 16 ans présente une hypertrophie de la muqueuse labiale inférieure compressible et non douloureuse de 5 x 5 mm. La lésion a une surface muqueuse bleue qui ne blanchit pas à la palpation. La patiente déclare qu'elle a eu connaissance de la lésion pendant 2 mois et qu'elle a augmenté et diminué de taille pendant cette période. Parmi les suivants, le meilleur diagnostic est _____.**
 - A. un fibrome ossifiant périphérique
 - B. un adénome polymorphe (tumeur mixte)
 - C. un granulome pyogénique
 - D. un hémangiome
 - E. une mucocèle

- 5. Une patiente de 13 ans présente une légère fièvre, une lymphadénopathie et des vésicules et des ulcères sur le palais mou et les piliers amygdaliens bilatéralement depuis 5 jours. Aucune autre lésion buccale n'est présente. Le meilleur diagnostic est _____.**
- A. l'herpangine
 - B. l'herpès zoster
 - C. l'herpès récurrent
 - D. l'herpès primaire
 - E. la mononucléose infectieuse
- 6. Un patient présente une hypertrophie des tissus mous blanche, non douloureuse, de 5 x 6 mm sur le côté droit du palais mou depuis au moins 2 ans. La surface est rugueuse et ressemble à une verrue. La lésion est pédiculée. Le meilleur diagnostic est _____.**
- A. le fibrome causé par une irritation
 - B. le lipome
 - C. le papillome
 - D. l'épulis fissuratum
 - E. la mucocèle
- 7. Un homme de 44 ans présente des lésions rugueuses, blanches et non douloureuses qui ne s'enlèvent pas au grattage bilatéralement sur la muqueuse buccale, le plancher buccal et les palais durs et mous. Il déclare qu'il a été conscient des lésions depuis l'enfance. Parmi les suivants, le meilleur diagnostic est _____.**
- A. le nævus blanc spongieux
 - B. le lichen plan
 - C. le leucoœdème
 - D. le carcinome épidermoïde
- 8. Une femme de 25 ans présente une hypertrophie des tissus mous compressible, non sensible, de 5 x 6 mm située sur la papille interdentaire entre les dents 10 et 11. La lésion est érythémateuse et saigne facilement. Elle déclare qu'elle sait qu'elle a cette lésion depuis environ 3 jours. La patiente est dans son deuxième trimestre de grossesse. Parmi les suivants, le meilleur diagnostic est _____.**
- A. le papillome
 - B. le fibrome d'irritation
 - C. l'adénome polymorphe
 - D. le granulome pyogéne
 - E. l'hémangiome
- 9. Quelle lésion de surface blanche s'enlève au grattage?**
- A. la dysplasie épithéliale
 - B. la fibrose sous-épithéliale
 - C. une brûlure
 - D. les grains de Fordyce
 - E. la leucoplasie chevelue
- 10. Laquelle des lésions suivantes est asymptomatique et lisse à la palpation?**
- A. une brûlure
 - B. l'hyperplasie épithéliale familiale
 - C. un caillot fibrineux
 - D. la stomatite nicotinique
 - E. des cicatrices

- 11. Quelle lésion de surface pigmentée est constamment plate et non épaissie?**
- A. la macule mélânique buccale
 - B. l'hémangiome
 - C. le sarcome de Kaposi
 - D. le mélanome
 - E. la varice
- 12. Laquelle de ces caractéristiques cliniques serait la plus utile pour distinguer un hématome d'un nævus?**
- A. la couleur de la lésion
 - B. la durée de la lésion
 - C. si la lésion blanchit sous la pression
 - D. si la lésion est épaissie
 - E. si la lésion est douloureuse
- 13. La muqueuse buccale d'un patient a une couleur bleue, est épaissie et compressible et blanchit sous la pression. Lequel des éléments suivants devrait être inclus dans le diagnostic différentiel clinique?**
- A. une ecchymose
 - B. des pétéchies
 - C. un lentigo
 - D. un tatouage
 - E. la varice
- 14. Laquelle des maladies suivantes forme initialement des vésicules buccales?**
- A. les ulcères aphteux
 - B. la mononucléose infectieuse
 - C. la pemphigoïde des muqueuses (pemphigoïde cicatricielle)
 - D. la mucite toxique
- 15. Laquelle des lésions suivantes apparaît soudainement ou brutalement?**
- A. le pemphigus
 - B. l'herpès récurrent
 - C. la pemphigoïde des muqueuses (pemphigoïde cicatricielle)
 - D. le lichen plan
- 16. Quelle maladie a le pire pronostic?**
- A. le pemphigus vulgaris
 - B. la pemphigoïde de la membrane muqueuse
 - C. la pemphigoïde bulleuse
 - D. le lupus érythémateux discoïde
 - E. la mucite toxique
- 17. Un homme de 35 ans présente des ulcères douloureux sur les lèvres et les muqueuses buccales ainsi que des macules et des vésicules asymptomatiques sur le visage, les mains et le tronc. Il a une légère fièvre, mais pas de lymphadénopathie. Les lésions ont commencé à apparaître soudainement il y a 3 jours. Le meilleur diagnostic est _____.**
- A. le pemphigus
 - B. le lichen plan
 - C. l'érythème polymorphe
 - D. la nécrolyse épidermique toxique
 - E. l'herpès primaire

- 18. Quelle maladie commence généralement avec l'apparition soudaine de douleur ou une altération de la sensation suivie par des vésicules et des ulcères unilatéralement dans la distribution d'un nerf périphérique?**
- A. l'herpès zoster
 - B. l'herpangine
 - C. l'herpès primaire
 - D. le carcinome in situ
 - E. la varicelle
- 19. Laquelle des lésions suivantes est habituellement congénitale?**
- A. l'hémangiome
 - B. le kyste dermoïde
 - C. le fibrome d'irritation
 - D. l'adénome polymorphe
 - E. le papillome
- 20. Laquelle des lésions suivantes est encapsulée?**
- A. le neurofibrome
 - B. le rhabdomyome
 - C. le schwannome
 - D. le névrome
 - E. la tumeur à cellules granuleuses
- 21. Parmi les lésions suivantes, laquelle/lesquelles est/sont compressible(s) à la palpation?**
- A. le keratoacanthome
 - B. la verrue vulgaire
 - C. la tumeur à cellules granuleuses
 - D. le fibrome périphérique
 - E. le carcinome muco-épidermoïde de bas grade

Références

1. Darling MR, Daley TD. Blistering mucocutaneous diseases of the oral mucosa—a review: part 1. Mucous membrane pemphigoid. *J Can Dent Assoc.* 2005 Dec;71(11):851-4.
2. Darling MR, Daley TD. Blistering mucocutaneous diseases of the oral mucosa—a review: part 2. Pemphigus vulgaris. *J Can Dent Assoc.* 2006 Feb;72(1):63-6.
3. Neville BW. Oral and maxillofacial pathology, 3rd ed. St. Louis, MO. Saunders/Elsevier. 2009.
4. Neville BW, Damm DD, White DH. Color atlas of clinical oral pathology, 2nd ed. Baltimore, MD. Williams & Wilkins. 2003.
5. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordon RCK. Oral pathology : clinical pathologic correlations, 4th ed. St. Louis, MO. Saunders. 2003.
6. Eversole LR, Wysocki GP. Contemporary oral and maxillofacial pathology, 2nd ed. St. Louis, MO. Mosby. 2004.
7. Scully C, Felix DH. Oral Medicine—update for the dental practitioner: oral white patches. *Br Dent J.* 2005 Nov 12;199(9):565-72. doi: 10.1038/sj.bdj.4812901.
8. Vincent SD, Lilly GE. Clinical, historic, and therapeutic features of aphthous stomatitis. Literature review and open clinical trial employing steroids. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992 Jul;74(1):79-86.
9. Vincent SD, Lilly GE, Baker KA. Clinical, historic, and therapeutic features of cicatricial pemphigoid. A literature review and open therapeutic trial with corticosteroids. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993 Oct;76(4):453-9.
10. Woo S, Sonis ST. Recurrent aphthous ulcers: a review of diagnosis and treatment. *J Am Dent Assoc.* 1996 Aug;127(8):1202-13.

Ressources supplémentaires

- [Oral Pathology Image Database](#)
- [Arbre décisionnel pour les lésions de la muqueuse buccale](#)

Au sujet des auteurs

Michael W. Finkelstein, DDS, MS



Le personnel de P&G souhaite exprimer leurs condoléances à la suite du décès du Dr Finkelstein survenu le 28 décembre 2013. Il nous manquera.

Le Dr Finkelstein a obtenu son diplôme en dentisterie et sa maîtrise en pathologies buccales à l'école de dentisterie de l'Université de l'Iowa. Il enseignait au département des pathologies buccales, de radiologie et de médecine de l'Université de l'Iowa depuis 1983.

Ses domaines de recherche comprenaient notamment le développement et l'évaluation d'études de cas et d'ouvrages didactiques sur le diagnostic clinique et les habiletés en résolution de problèmes cliniques, ainsi que la recherche histopathologique de la leucoplasie verrueuse proliférante.

Emily Lanzel, DDS, MS



La Dr Lanzel a reçu son diplôme DDS et sa maîtrise en pathologie buccale du Collège de dentisterie de l'Université de l'Iowa. Elle est membre du corps professoral du Département de pathologie buccale, de radiologie et de médecine de l'Université de l'Iowa depuis 2015.

Adresse courriel : emily-lanzel@uiowa.edu

John W. Hellstein, DDS, MS

Le D^r John W. Hellstein a reçu son diplôme de l'École de médecine dentaire de l'Université du Missouri à Kansas City en 1982. Il a reçu une maîtrise en stomatologie et un certificat en pathologie buccale de l'Université de l'Iowa en 1991. Depuis 2002, il a été nommé au Département de pathologie buccale et maxillo-faciale, de médecine et de radiologie et est actuellement professeur de pathologie buccale et maxillo-faciale à l'Université de l'Iowa.

Adresse courriel : john-hellstein@uiowa.edu