

GENERALITES : PATHOLOGIES DE LA MUQUEUSE BUCCALE

Introduction

Pathologie très variée donnant des **altérations, évoluant dans le temps**, sous l'action d'**agents modificateurs** (salive, alimentation..).

La difficulté de la dermatologie buccale réside dans le **caractère évolutif des lésions**. Il n'y a **pas de stabilité** en bouche contrairement à la peau, et une lésion caractéristique pourra être présente au début puis disparaître (la fibrine se répare et 3 semaines après on n'a pas de cicatrice). Lors de l'examen clinique, il faut faire le tour de la cavité buccale et ne pas se concentrer seulement sur les dents.

1) Etiologies

Locales	Générales	Régionales
Parodontales : 90% des cas irritations (ex: prothèse amovible mal adaptée) alimentaire, dentaires (ex: épices) habitudes néfastes : sucer un crayon abime le palais et les joues pathomimies : se blesser volontairement rôle fondamental dans le déclenchement même s'il existe une cause générale. Les causes locales sont les premières choses à regarder avant d'aller plus loin	-contextes pathologiques : immunodéficience, systémique -contextes infectieux, viral, bactérien, auto- immunitaire D'abord traiter une cause locale et si la lésion persiste penser à une cause générale.	-irradiation : cervico-faciale

RQ :

- les causes locales et générales sont généralement liées.
- faire des photos du patient pour voir l'évolution des lésions.

1) Rappels histologiques

Muqueuse buccale = muqueuse dermo-papillaire = **épithélium stratifié pseudo-kératinisé**.

1) Histologie de la peau

De la profondeur vers la surface

- Assise basale
- Corps muqueux de Malpighi (CM)
- Couche granuleuse
- Couche cornée

Il y a l'épithélium et en profondeur la membrane basale. Quand les lésions atteignent la

membrane basale, elles peuvent gagner la circulation sanguine et diffuser par exemple vers les ganglions lymphatiques et avoir des effets généraux. Tant qu'elles ne franchissent pas la membrane basale, elles restent superficielles.

2) Histologie de la muqueuse

La muqueuse buccale est constituée d'un **épithélium malpighien** et d'un tissu conjonctif dénommé **chorion** ou lamina propria. La base de l'épithélium présente des irrégularités (crête épithéliales) entourant des papilles conjonctives. Entre épithélium et conjonctif, se situe la membrane basale, mesurant 1 à 2µm d'épaisseur.

Pas de couche granuleuse ni de couche cornée à l'état normal.

Mais une **parakératose physiologique** à la surface qui correspond à un phénomène de **desquamation des cellules** les plus superficielles du CM.. Cette parakératose est variable selon la localisation.

Dans certaines pathologies, la muqueuse peut se kératiniser : elle prend, histologiquement un aspect de peau.

1) Facteurs de protection de la muqueuse buccale

La cavité buccale contient un nombre important de **micro-organismes** : multiplicité de la flore qui provoque une compétition, et donc une auto-inhibition. Si déséquilibre (ex : ATB) d'autres micro-organismes peuvent prendre le dessus et c'est comme ça qu'on a des mycoses. **La limitation de la flore est le premier facteur d'équilibre**

Terrain favorable au développement d'es micro-organismes :

- **Température élevée**
- **Nombreux replis**
- **Tartre et plaque dentaire**

Autres facteurs protecteurs :

- La **salive**
- Le **système lymphoïde**
- Les **IgA salivaires**
- Les **anti-corps**
- Le **pH** : un pH acide provoque un déséquilibre et donc des pathologies. (Par ex lors de reflux gastro-oesophagien ou anorexie. (Aussi lésions des glandes salivaires au niveau du palais spécifique dans l'anorexie car on appuie dessus pour se faire vomir.)

Si l'un des facteurs est perturbé, une pathologie peut s'installer. Les mycoses et les candidoses sont les plus connues qui apparaissent dès lors qu'il y a un déséquilibre.

4. Conduite à tenir devant un patient

Anamnèse

- Identité
 - Age, Sexe** (parfois pathologies en rapport avec les cycles menstruels)
 - Profession, Lieu d'habitation**
 - Conditions socio-professionnelles** (les ouvriers agricoles peuvent

- avoir des pathologies au niveau des lèvres dûes aux rayons du soleil)
- ☐ **ATCD médicaux, allergies, prise de médicaments**

- Histoire de sa pathologie
 - ☐ **Date d'apparition**, on n'aura pas la même réflexion si c'est depuis 6 mois ou depuis 3 jours.
 - ☐ Type d'installation (**aiguë ou chronique**), allure évolutive (guérison puis récurrence ? stationnaire ?)
 - ☐ **Récurrence** (intéressant pour des formes d'aphte) ? **Fréquence** ?
 - ☐ Recherche de **maladies associées** : diabète, Pb thyroïde, dysfonctionnement ovarien, maladie auto-immune, allergie
 - ☐ **État général**: fièvre, fatigue (un dérèglement général peut être à l'origine de lésions endobuccales)
 - ☐ Prise éventuelle de **médicaments** récente ou ancienne
 - ☐ Recherche de **signes fonctionnels** : douleurs, saignements, mauvaise haleine, trouble de la salivation en + ou en -
 - ☐ Recherche de **signes généraux** : fièvre, anorexie, température, malaise général
 - ☐ Recherche **d'autres localisations** Cutanées, Oculaires, Génitales
 - ☐ **Causes déclenchantes** ? soleil, manger des noix, après avoir fait du sport

Examen exo-buccal

- Visuel : tuméfaction, asymétrie, voussure
- Palpation : signe du godet, tissu dur, mou, crépitations

Examen endo-buccal

Conditions de réalisation :

- L'examen endobuccal nécessite que le patient soit en **position assise**, avec un **bon éclairage**, à l'aide d'un ou deux **miroirs** ou **abaisse-langue**, les mains gantées pour la palpation. L'abaisse-langue et le miroir permettent de déplier les uns après les autres les sillons de la cavité buccale et de permettre l'accès à l'oropharynx. On utilisera des compresses pour attraper et observer la langue, c'est le meilleur moyen pour observer les zones de la langue qu'on ne voit pas. C'est bien aussi pour sécher la cavité buccale car certains patients ont des salives assez épaisses. Quand on élimine une lésion à la compresse ce n'est pas une grosse lésion.
- Il doit être systématique et intéresser **toutes les régions** de la cavité buccale. Ne pas hésiter à prendre des photos.
- Si le patient est porteur de prothèses dentaires mobiles, l'examen doit être réalisé avec et sans ses prothèses en bouche. Il faut examiner les prothèses, vérifier leur intégrité et rechercher des aspérités pouvant blesser la muqueuse buccale.

L'important est de réussir à faire rentrer la lumière pour la visibilité. Utiliser des compresses pour regarder la langue. Les régions à examiner sont successivement (fig.1) :

- **les lèvres sur la face muqueuse**
- **la face endobuccale des joues**
- **le plancher buccal et la langue**
- **la voûte palatine et le voile du palais**
- **la denture**
- **le parodonte**

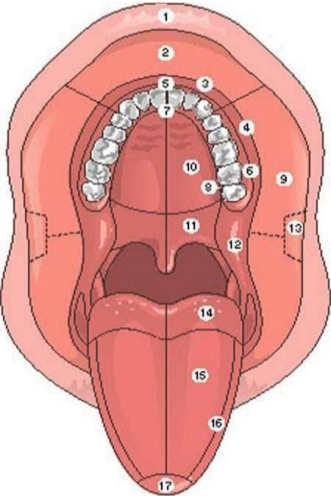
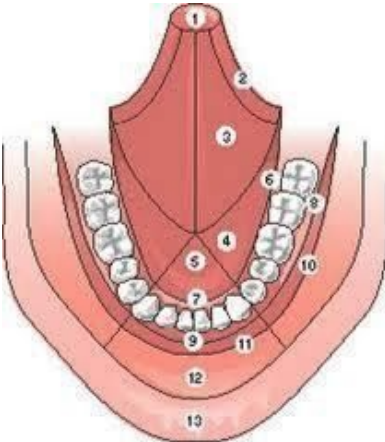
Etage supérieur et langue	Etage inférieur
 <ol style="list-style-type: none"> 1. Lèvre supérieure, versant cutané 2. Face interne de la lèvre supérieure 3. Vestibule supérieur antérieur 4. Vestibule supérieur latéral gauche. 5. Gencive vestibulaire supérieure antérieure. 6. Gencive vestibulaire supérieure latérale. 7. Palais antérieur. 8. Sillon gingivopalatin. 9. Face interne de joue. 10. Palais dur. 11. Voile. 12. Commissure intermaxillaire. 13. Zone rétrocommissurale. 14. Base de la langue. 15. Dos de la langue. 16. Bord de la langue. 17. Pointe de la langue. 	 <ol style="list-style-type: none"> 1. Pointe de la langue. 2. Bord de la langue. 3. Face ventrale de la langue. 4. Plancher buccal latéral gauche. 5. Plancher buccal antérieur. 6. Crête alvéolaire mandibulaire postérieure latérale gauche. 7. Crête alvéolaire mandibulaire postérieure région antérieure. 8. Crête alvéolaire mandibulaire antérieure latérale gauche. 9. Crête alvéolaire mandibulaire antérieure. 10. Vestibule inférieur latéral gauche. 11. Vestibule inférieur antérieur. 12. Face interne de la lèvre inférieure. 13. Lèvre inférieure

Fig. 1: Différentes zones de la cavité buccale selon l'OMS

✚ Examen des lèvres muqueuses

Il faut **ouvrir**, à l'aide du miroir ou de l'abaisse-langue, le **fond des vestibules labiaux supérieur et inférieur**. L'examen apprécie :

- **l'état de la muqueuse**
- le **tonus musculaire labial** et **une brièveté éventuelle du frein** de lèvre qui peuvent influencer la position des incisives et l'état de la gencive en regard de celle-ci.

✚ Examen de la face muqueuse des joues

Le miroir ou l'abaisse-langue permet d'exposer le **fond des vestibules supérieur et inférieur**. L'examen apprécie :

- **l'état de la muqueuse**
- **l'état de l'ostium du conduit parotidien** situé en regard de la première molaire maxillaire.
 - La pression simultanée sur la glande parotide permet d'apprécier la qualité et la quantité de salive qui s'écoule à l'ostium.

✚ Examen de la langue et du plancher buccal

On apprécie :

- l'aspect de la muqueuse

- la **position de la langue** au repos et en fonction
- l'existence éventuelle **d'empreintes dentaires sur les bords de langue** traduisant une éventuelle dysfonction, la texture
- le **volume lingual**.

La langue doit être examinée sur **l'ensemble de ses faces dorsale et ventrale**. La base de langue est accessible à la vision indirecte au miroir et au toucher. En refoulant la langue mobile à l'aide d'un abaisse-langue, on peut examiner le **plancher buccal** en dépliant totalement le sillon pelvilingual. On apprécie :

- le **frein de langue**, dont la brièveté peut gêner la mobilité linguale et l'examen du plancher antérieur.
- les **ostiums des conduits submandibulaires** s'ouvrent de part et d'autre du frein de langue. La palpation bimanuelle suit le trajet de chaque conduit à la recherche d'une éventuelle lithiase.
 - Les glandes sub-mandibulaires sont examinées en exerçant une pression combinée bimanuelle endo- et exobuccale, les doigts de la main exobuccale étant placés en crochet sous le rebord mandibulaire (palper bidigital).
 - On apprécie la **qualité et la quantité de salive** qui s'écoule à l'ostium.

Examen de la voûte palatine et du voile du palais

La muqueuse de la voûte du palais est accessible à l'examen direct ou en vision indirecte au miroir. La langue du patient est chargée par un abaisse-langue pour pouvoir examiner le **voile du palais et sa dynamique** lors de la phonation.

L'examen du voile du palais et de la luette appréciera :

- la qualité des muqueuses
- le caractère médian et symétrique de la luette
 - un aspect bifide de la luette est un équivalent de fente vélaire a minima.

L'examen de la cavité buccale doit se terminer par une **palpation au doigt de toutes les surfaces muqueuses**. On recherchera :

- des atteintes de la muqueuse palatine : ulcérations, plaies, lésions dyskératosiques
- de l'os palatin sous-jacent : ostéome, kyste.

Le but de cet examen est de rechercher une lésion élémentaire qui va orienter notre diagnostic vers une pathologie.

Examen complémentaires

-Frottis (cytologie): analyser l'état des cellules par exemple les érosions.

-Biopsie (histologie): prélèvement avec anesthésie qu'on envoie en anapath pour une étude des tissus.

-Immunofluorescence Directe (IFD): injection d'anticorps. Le seul problème est qu'il faut être proche d'un labo car le prélèvement ne doit pas être conservé dans un fixateur à contrario de la biopsie, il est transporté dans une compresse humide.

-Ecouvillonnage

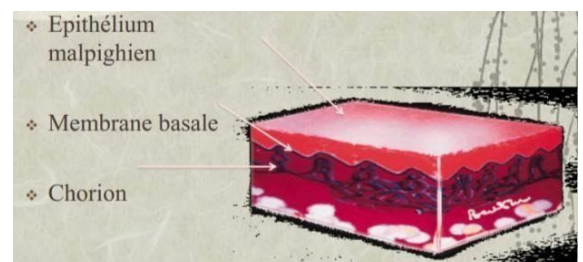
-Examens colorimétriques: colorants qui mettent en évidence certaines choses

Histologie normale et lésions élémentaire

I. RAPPEL HISTOLOGIQUE

La muqueuse buccale est constituée d'un **épithélium malpighien** et d'un **tissu conjonctif** dénommé lamina propria ou chorion.

- L'épithélium malpighien est **avasculaire** : pas de risque d'inflammation ou de dissémination
- Le chorion est **vasculaire** (vsx sanguins + lymphatique).
- Entre épithélium et conjonctif, se situe la **membrane basale** mesurant 1 à 2 μm d'épaisseur. Si la membrane basale est franchie, il y a un risque de saignement et dissémination.



- La base de l'épithélium présente des irrégularités (crêtes épithéliales) entourant des papilles conjonctives.

La muqueuse des joues est **très fine**, légèrement **translucide**, comme les lèvres et le plancher buccal.

Au niveau des gencives et du palais dur, la muqueuse est directement **attachée au périoste du squelette sous-jacent**.

- Cette attache, non élastique, est dénommée **mucopérioste**.
- Cette muqueuse au niveau des gencives est soumise à des contraintes, ce qui fait qu'en réaction elle est plus épaisse et on ne voit rien à travers. On dit parfois « kératinisée » mais c'est faux, la muqueuse est plus épaisse mais **pas kératinisée**, C'est la peau qui est kératinisée, et kératose c'est pathologique, donc plutôt « pseudo kératose ».

Les glandes salivaires accessoires sont situées **dans le chorion** ou plus profondément.

Des nodules de tissu lymphoïde avec cryptes bordées par un épithélium, sont dispersés dans la muqueuse buccale.

- Les plus gros, postérieurs, forment les **amygdales linguale, palatine et pharyngée** (=anneau de Waldeyer: la où sont sécrétés les lymphocytes. Jusqu'à 4 ans les lymphocytes sont essentiellement formés dans ces anneaux de Waldeyer. Il permet de limiter la contamination chez les jeunes enfants avec les amygdales et les papilles particulières qu'on a sur le bord de la langue et qui parfois persiste et inquiète certaines personnes . Les anneaux deviennent non fonctionnels par la suite et la prise en charge se fait par d'autres structures.).
- Les plus petits sont ubiquitaires (palais mou, face ventrale de la langue, plancher).

Tous ces organes, intervenant dans diverses réactions immunologiques, jouent un rôle essentiel dans la lutte contre les infections de la cavité buccale.

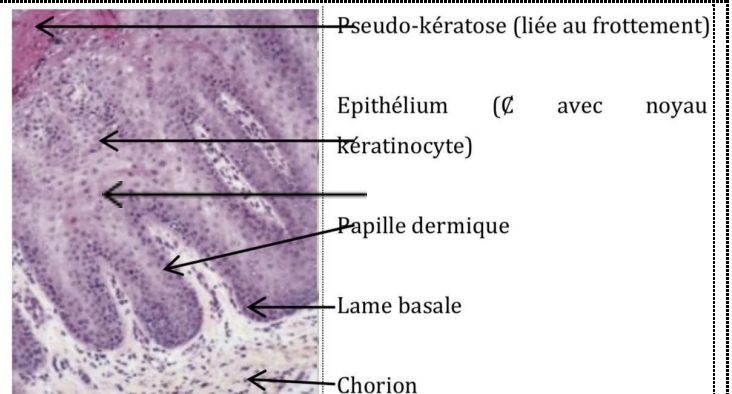
1) Epithélium

-Pluristratifié

- Couche basale
- Couche épineuse
- Couche intermédiaire
- Couche superficielle

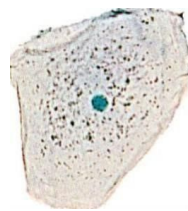
-Cellules étroitement liées les unes aux autres par des **desmosomes**. (S'il y a une bulle, les desmosomes se séparent).

-Renouvellement permanent des cellules à partir des couches profondes.



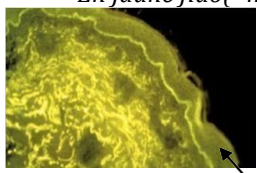
- **Kératinocyte** : le noyau est petit et le cytoplasme est gros.
-Le kératinocyte remonte à la surface et desquame à la surface de l'épithélium. Il perd son noyau et meurt. (renouvellement permanent.

- Si le rapport s'inverse avec un gros noyau, ce n'est pas normal.
Ces cellules ont un renouvellement constant.



1) Membrane basale

En jaune fluo(=membrane basale)



Sépare l'épithélium du chorion = protection des tissus

Composée de 3 zones distinctes :

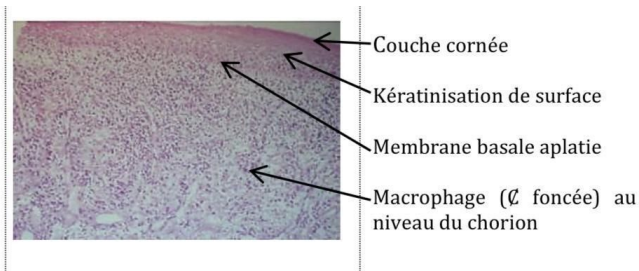
- Lamina lucida
- Lamina densa
- Lame fibroréticulaire (partie superficielle du chorion)

Vue en IFD : ici membrane normale car ne fixe pas bien.

Composé de :

- différents types cellulaires: **Fibroblastes, macrophages, mastocytes, cellules inflammatoires.**
- Et d'une **matrice acellulaire.**

On peut avoir des douleurs, des réactions inflammatoires et des saignements puisque c'est un tissu vascularisé (cellulite, adénopathie...)



2) Chorion

Il y a beaucoup de cellules ici donc ça montre qu'il y a une réponse inflammatoire, et la couche cornée présente (normalement absente sur une muqueuse) prouve qu'il y a une lésion

3) Les 3 types de muqueuse buccal

Muqueuse masticatrice	Muqueuse bordante	Muqueuse spécialisée
<ul style="list-style-type: none"> -gencive -palais dur -rôle mécanique de défense -caractéristique : <ul style="list-style-type: none"> □ Epithélium kératinisé □ Tissu conjonctif dense -aspect bien rose car couche plus épaisse -couche périostée très importante et difficile à décoller -muqueuse palatine plus claire au niveau du palais dur car plus fibreuse et plus épaisse. 	<ul style="list-style-type: none"> -Vestibules -Face V de la langue -Palais mou -Face interne des joues -caractéristique : <ul style="list-style-type: none"> □ Epithélium non kératinisé (très fin) □ TC très vascularisé □ Très lâche, beaucoup moins fibreuse -Sous muqueuse lâche et très élastique (pas attaché au plan profond et se détache très vite). -lors d'une anesthésie : tendre la muqueuse pour rentrer dans le tissu très lâche, le patient ne sent rien. Si elle devient raide et épaisse il y a un problème 	<ul style="list-style-type: none"> -Face dorsale de la langue -Epithélium kératinisé -Papilles : <ul style="list-style-type: none"> □ Filiformes □ fongiformes, □ caliciformes, □ foliées (= anciens organes lymphoïdes, en arr des dernières molaires, c'est pour ça que parfois des patients disent que ça leur fait mal, car il y a une résurgence du pbl inflammatoire. Donc anesthésie et on grille au laser.) <p>Si pas de papilles c'est pathologique (anémie, sécheresse buccale...)</p>
	<p>Peau fine de la face externe, derme riche en muscles pauciers et poils</p> <p>Derme dépourvu de muscle et poils</p>	

II- LESIONS ELEMENTAIRES

Traduction clinique d'un processus lésionnel. Leur description permet une classification des différentes pathologies. C'est qu'on cherche en premier ! (la description est une question très fréquente à l'internat !)

Problèmes :

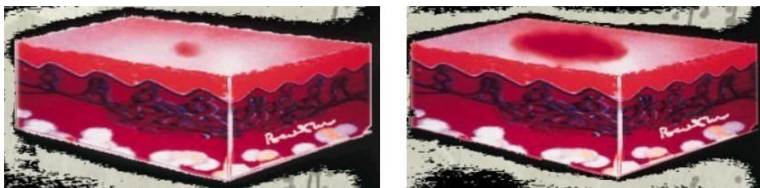
- Variations/lésions cutanées en raison de particularités locales
- Associations fréquentes de lésions élémentaires

(pas de relief particulier ni de modifications de surface).

1. Macule - plage/placard

Définition : Modification de la couleur/teinte sur une surface variable (pas de relief particulier)

- Limites nettes
- Couleur variable : blanche, pigmentée



Formes cliniques:

- Macule érythémateuse (le + svt)
- Naevus : grain de beauté, il ne faut pas inquiéter les gens. (photos 1 et 2)



- Hématome (photo 3)

2. Papule / plaque

Définition : Lésion saillante, solide (ne contenant pas de liquide)

- Association fréquente avec une macule

Origine

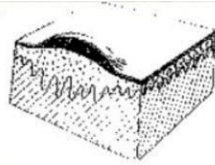
- Augmentation de l'épaisseur de l'épithélium (kératose)
- Œdème du chorion (allergie)
- Infiltrat cellulaire (Sarcoïdose)



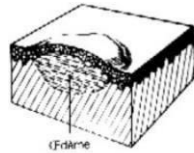
Formes cliniques :

La papule kératosique :

- En bouche impression de couche de neige ou de peinture.
- Notion de relief
- kératinisation exacerbée de la surface car localisée dans un endroit exposé aux irritations



Œdème / Gingivite érythémato-pultacée : la gencive gonfle à cause de l'œdème, un liquide se met sous la muqueuse et élévation de taille (pultacée= œdème)



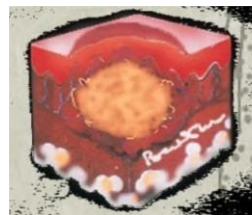
Kératose linguale :



3.Nodule

Définition : Surélévation ronde saillante > 1 cm Ferme à la palpation

- C'est quelque chose qui grossit de l'intérieur et qui fait saillir le tissu sous jacent.
- Tumeurs bénignes (ex : lipome) ou malignes



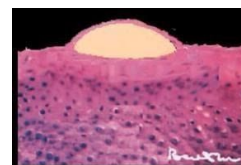
Origine :

- Infiltration cellulaire profonde du chorion (fibrome, diapneusie)

4.Vésicule

Définition : Soulèvement intra-épithélial < 5mm

- Contenu liquide clair ou séreux (pas de sang ni de pus)
- Confluence fréquente
- Evolution rapide vers une érosion
- Maladies virales (ex varicelle, zona, herpès)



5.Bulle

Définition : Décollement épithélial > 5mm (se forme sous la membrane basale)

- Contenu liquide séreux ou hémorragique (car plus large et plus profond) Présence éphémère
- Point de départ intra ou sous épithélial au niveau de la jonction dermo-épidermique
- Pemphigoïde, pemphigus, EP...

Exemple : brulure avec azote liquide, ampoule...



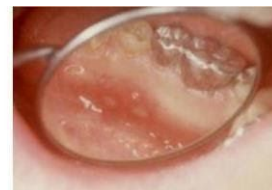
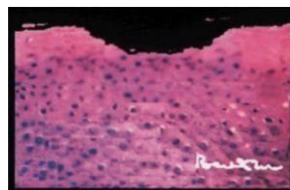
La différence avec la vésicule se fait dans le type de dissociation : dans la vésicule il y a une dissociation intra-kératinocytaire, tandis que dans la bulle la dissociation se fait entre la membrane basale et l'épithélium ou avec les tissus sous-jacents.

6.Erosion

Définition : Perte de substance superficielle (uniquement au niveau de l'épithélium)

- Absence de nécrose des tissus sous-jacents (n'intéresse pas les tissus vasculaires)
- Douleur
- Traumatisme, lichen, érosion post bulleuse

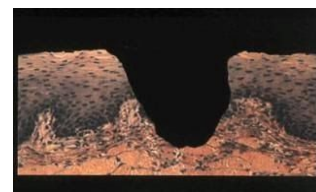
Exemple : aphte



7.Ulcération

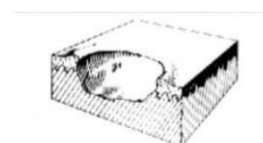
Définition : Perte de substance profonde (dépassé la mb basale)

- Importance du fond, des bords, de la palpation pour le diagnostic
- Douleur +
- Contrairement à l'érosion, ici on a une notion de relief



Exemple :

- Aphte (ex aphte géant), traumatisme, tumeur maligne
- Petite réaction inflammatoire qui crée des bords (à pics)
- Si ulcération des papilles, perte des papilles (GUNA)



Aphte géant	Guna		Ulcération traumatique	R° inflammatoire
				

8. Autres

Végétation	Excroissance papillomateuse (papillome)
Pustule	Impétigo
Gomme	Formation volumineuse, saillante, inflammatoire, suppurée (Syphilis)
Enduit pultacé, pseudomembrane	Cellules épithéliales, fibrine, débris alimentaires (candidose aiguë)
Croûte	Formation séreuse, purulente ou hémorragique
Fissure	Erosion/ulcération linéaires
Atrophie	Amincissement de la muqueuse (Lichen)
Cicatrice	Tissu néoformé suite à un processus inflammatoire profond



III. VARIATIONS ANATOMIQUES NORMALES

<p>Linea alba (ligne de morsure sur la face int des joues correspondant à l'occlusion, la muqueuse rentre légèrement entre les dent)</p>	<p>Pigmentation ethniques (mélanine s'accumule au niveau des gencives peut s'enlever au laser (si gêne esthétique car non patho))</p>	<p>Tic de mordillement (cause : tic, édentement, mauvaise occlusion, TTT= topiques)</p>
<p>Langue géographique (zone dépapillée et zone de kératose par endroit. Prendre photos et revoir patient 1 mois après, les lésions auront bougées)</p>	<p>Hyperplasie des papilles foliées</p>	<p>Granulation de Fordyce (petits points jaune, glande sébacées ectopiques qui reviennent à la surface)</p>



Langue suburrale

(les cellules filiformes se kératinisent ++, TTT= brosse langue)

Langue vilieuse

(papille hypertrophique qui peuvent prendre des colorations à cause d'aliment ou ATB, TTT= topique, brosse langue)

Langue fissurée

(peut favorisée l'apparition de candidose, pas de TTT)



Bibliographie :

Atlas de dermatologie buccale Küffer
Spirzglas
Laskaris
Und so Weiter

Langue festonnée : les fissures

disparaissent quand le patient rentre la langue

