

# Soyez malin, sachez reconnaître ce qui est bénin dans la bouche

3

*Marcel Camiré*

Les tumeurs bénignes de la cavité buccale demeurent le plus souvent asymptomatiques, mais ces petits bobos de la bouche constituent tout de même une source d'inquiétude pour la plupart de vos patients. Ces derniers voudront savoir si c'est cancéreux ou contagieux ou encore s'il faut opérer.

À l'aide de quelques cas cliniques, nous réviserons les lésions que vous voyez le plus souvent.

## Cas n° 1

### Lésion sous-muqueuse

Marie, 64 ans, vous consulte en raison d'une petite voussure à droite sous la muqueuse à la jonction du palais dur et du palais mou, sans autres symptômes, apparue il y a environ 18 mois (photo 1)<sup>1</sup>. Elle n'a pas d'antécédents alcoolotabagiques. À la palpation, la lésion est ferme, non mobile et non douloureuse. L'anamnèse et l'examen de la sphère ORL sont par ailleurs négatifs. Il n'y a aucune obstruction nasale ni aucune adénopathie cervicale palpable.



Photo 1. Lésion sous-muqueuse du palais

Source : Salivary gland diseases. Dans : Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK, rédacteurs. *Oral pathology: Clinical pathologic correlations*. 6<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Elsevier ; 2012. Reproduction autorisée.

## Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- ☉ Tumeur originant des petites glandes salivaires ?
- ☉ Tumeur hématologique ?
- ☉ Exostose palatine ?

La cavité buccale contient de 500 à 700 petites glandes salivaires, dont environ 250 sur le palais dur et 150 sur le palais mou<sup>2</sup>. Ces glandes sont séromucineuses et se trouvent immédiatement sous la muqueuse. Les tumeurs des petites glandes salivaires sont

bénignes dans 40 % des cas. L'adénome pléomorphe est la tumeur la plus fréquente et siège surtout sur le palais dur (photo 2)<sup>3</sup>, suivi de la lèvre supérieure et de la muqueuse jugale<sup>1</sup>.

Une proportion de 60 % des tumeurs salivaires malignes provient des petites glandes salivaires<sup>2</sup>. Les plus fréquentes sont :

- ☉ les tumeurs mucoépidermoïdes ;
- ☉ les adénocarcinomes ;
- ☉ les carcinomes adénoïdes kystiques.

Parmi les tumeurs hématologiques, un lymphome sera à envisager en cas de xérostomie, de syndrome de Sjögren et de polyadénopathie cervicale. Un plasmocytome nasosinusal peut aussi se présenter par une voussure sous-muqueuse du palais, mais on notera

Le Dr Marcel Camiré, otorhinolaryngologiste, exerce aux pavillons Enfant-Jésus et Saint-Sacrement du CHU de Québec et est professeur agrégé au Département d'oto-rhinolaryngologie de l'Université Laval, à Québec.



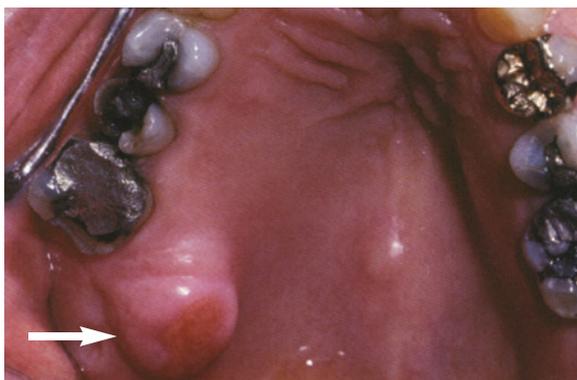
**Photo 2.** Adénome pléomorphe du palais dur

Source : Image créée par Sook-Bin Woo, DDS MSD. Reproduction autorisée par Logical Images.



**Photo 4.** Kyste du canal nasopalatin

Source : Developmental defects of the oral and maxillofacial region. Dans : Neville BW, Damm DD, Allen CM et coll., rédacteurs. *Oral and maxillofacial pathology*. 3<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Saunders Elsevier ; 2009. Reproduction autorisée.



**Photos 3.** Exostose du maxillaire supérieur

Source : Developmental defects of the oral and maxillofacial region. Dans : Neville BW, Damm DD, Allen CM et coll., rédacteurs. *Oral and maxillofacial pathology*. 3<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Saunders Elsevier ; 2009. Reproduction autorisée.

Une exostose correspond plutôt à une protubérance osseuse le plus souvent sur le versant lingual de la tubérosité du maxillaire supérieur et est habituellement bilatérale (*photo 3*)<sup>4</sup>. Elle se distingue du torus palatinus qui est central.

Une voussure sur la ligne médiane, à la jonction gingivopalatine, évoque plutôt un kyste du canal nasopalatin (*photo 4*)<sup>4</sup>. Il s'agit du kyste non odontogène de la cavité buccale le plus fréquent, présent chez environ 1 % de la population et attribuable à la persistance d'un vestige épithélial au niveau du canal nasopalatin<sup>4</sup>.

### Démarche diagnostique

- ⊗ La palpation digitale permet de distinguer une lésion ferme d'une lésion dure comme de l'os.
- ⊗ Une rhinoscopie antérieure sert à vérifier s'il y a une voussure du plancher nasal. L'endoscopie nasosinu-sale permet, par ailleurs, de voir une lésion au niveau du méat moyen ou du versant nasal du palais mou.
- ⊗ L'évaluation radiologique : la tomodensitométrie cervicofaciale montre s'il y a extension de la lésion à travers le palais ou aux autres structures nasosinu-sales avoisinantes et s'il y a une adénopathie cervicale. On pourra aussi différencier une lésion osseuse d'une autre des tissus mous.
- ⊗ Il faut privilégier initialement une ponction-cytologie plutôt qu'une biopsie incisionnelle afin d'obtenir un diagnostic pathologique.

une obstruction nasale et un comblement du sinus maxillaire à l'évaluation radiologique.

## Aspects caractéristiques de la lésion de Marie

La lésion de Marie est asymptomatique et évolue lentement. La surface de la muqueuse sus-jacente à la masse est normale.

Diagnostic : adénome pléomorphe.

Traitement : résection chirurgicale en bloc afin de ne pas transgresser la capsule de cette lésion de manière à limiter le potentiel de récurrence locale.

L'adénome pléomorphe est la plus fréquente des tumeurs bénignes des petites glandes salivaires. Il est asymptomatique, de croissance lente et caractérisé par une surface muqueuse normale sus-jacente à la masse.

### Cas n° 2

#### Lésion bénigne associée au virus du papillome humain (VPH)

Gino, 19 ans, vous consulte à propos d'une lésion exophytique de coloration blanc rosé avec une surface granuleuse ressemblant à un chou-fleur présente depuis six mois sur le bord latéral gauche de la langue (photo 5)<sup>5</sup>.

Il est inquiet. Il croit que la lésion est apparue après qu'il eut commencé à cohabiter avec sa conjointe.



Photo 5. Papillome squameux de la langue

Source : Image créée par Carl Allen, DDS MSD. Reproduction autorisée par Logical Images.

Vous établissez un diagnostic visuel de papillome buccal qui compte plus spécifiquement quatre archétypes :

- le papillome squameux ;
- la verrue vulgaire ;
- le condylome acuminé ;
- l'hyperplasie focale épithéliale buccale.

Gino a un papillome squameux, soit la tumeur épithéliale bénigne la plus fréquente de la cavité buccale qui a une prédilection pour la portion ventrale de la langue, le frein lingual, le palais et la surface muqueuse des lèvres. Présent chez 0,4 % de la population adulte américaine<sup>6</sup>, le papillome squameux est causé par les VPH-6 et 11. La lésion mesure en général moins de 10 mm et est le plus souvent solitaire (les patients infectés par le VIH présentent souvent des lésions buccales multiples)<sup>7</sup>.

Vous le rassurez, car cette lésion a une faible virulence et est donc très peu contagieuse<sup>7</sup>. Elle n'entraîne pas non plus de lésions verruqueuses prolifératives précancéreuses comme dans le cas de la papillomatose laryngée.

On recommande une résection avec une marge de 1 mm en périphérie et jusqu'à la sous-muqueuse en profondeur. Une récurrence ou l'apparition de nouvelles lésions évoquera plutôt la possibilité d'une retransmission d'un condylome acuminé ou l'apparition d'un carcinome épidermoïde.

La prévalence du VPH sur la muqueuse buccale détecté auprès de la population générale à la suite d'un gargarisme est de 4,5 %, dont 1,3 % de VPH avec un génotype oncogénique<sup>8</sup>.

On retrouve plus de 120 génotypes associés au VPH. On peut établir une relation entre le développement de différentes lésions buccales et un génotype spécifique<sup>9</sup>.

La verrue vulgaire (photo 6)<sup>10</sup> constitue la lésion cutanée attribuable au VPH la plus fréquente et peut aussi se former dans la cavité buccale. Elle est associée aux VPH 2 et 4. Dans la bouche, elle touche principalement les surfaces kératinisées de la gencive et du palais. Elle est contagieuse et certaines lésions buccales peuvent apparaître à la suite d'une auto-inoculation. Ces lésions sont typiques chez l'enfant. La croissance

**L'adénome pléomorphe est la plus fréquente des tumeurs bénignes des petites glandes salivaires. Il est asymptomatique, de croissance lente et caractérisé par une surface muqueuse normale sus-jacente à la masse.**



*Photo 6. Verru vulgaire du palais*

Source : Chi AC. Epithelial pathology. Dans : Neville BW, Damm DD, Allen CM et coll., rédacteurs. *Oral and maxillofacial pathology*. 3<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Saunders Elsevier ; 2009. Reproduction autorisée.



*Photo 8. Hyperplasie focale épithéliale de la joue*

Source : Verrucal-papillary lesions. Dans : Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK, rédacteurs. *Oral pathology: Clinical pathologic correlations*. 6<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Elsevier ; 2012. Reproduction autorisée.



*Photo 7. Condylome acuminé de la lèvre inférieure*

Source : Chi AC. Epithelial pathology. Dans : Neville BW, Damm DD, Allen CM et coll., rédacteurs. *Oral and maxillofacial pathology*. 3<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Saunders Elsevier ; 2009. Reproduction autorisée.

initiale y est rapide, jusqu'à 5 mm, puis demeure stable pendant des années. Il n'est pas vital cliniquement de différencier la verru vulgaire du papillome squameux, car le traitement, soit la résection chirurgicale, est le même.

Le condylome acuminé se retrouve normalement au niveau des aires génitales et est considéré comme une maladie transmissible sexuellement. Les condy-

lomes buccaux (*photo 7*)<sup>10</sup> sont associés aux VPH 2, 6, et 11. Cliniquement, ces lésions ressemblent au papillome, mais sont plus volumineuses, multiples, ont un aspect davantage en chou-fleur et sont plus profondément enracinées. Elles sont toutefois beaucoup plus rares dans la cavité buccale. On les retrouve surtout sur la muqueuse labiale, le palais mou et le frein de la langue. Le condylome acuminé est transmis par un contact buccogénital ou pendant l'accouchement. Il est préférable de réséquer l'ensemble de ces lésions simultanément afin de diminuer la probabilité d'une auto-inoculation. On ne recommande pas l'excision au laser compte tenu du risque de dispersion des particules virales dans l'air. La FDA n'a pas approuvé pour un emploi buccal les agents antimétaboliques utilisés au niveau génital<sup>11</sup>.

L'hyperplasie focale épithéliale (*photo 8*)<sup>12</sup>, aussi connue sous le nom de maladie de Heck, est une affection familiale bénigne caractérisée par la présence de multiples élévations nodulaires sessiles, molasses et bien circonscrites de la muqueuse buccale. Associée aux VPH 1, 6, 13 et 32, elle a une prédilection pour la muqueuse des joues et de la lèvre inférieure. On la rencontre surtout chez les Inuits et les Indiens d'Amérique du Nord<sup>13</sup>.

**Le papillome squameux est la tumeur épithéliale bénigne la plus fréquente de la cavité buccale. Il est de faible virulence, donc très peu contagieux.**

**Repère**

**Cas n° 3**

**Lésion traumatique**

Gérard vous consulte en raison d'une lésion qui s'est progressivement développée au cours des trois derniers mois du côté de sa joue droite et qui l'incommode, car il a toujours tendance à la mordiller (photo 9)<sup>6</sup>.



Photo 9. Fibrome postmorsure de la joue

Source : Lian TS. Benign tumors and tumor-like lesions of the oral cavity. Dans : Flint PW, Haughey BH, Lund VJ et coll., rédacteurs. *Cummings Otolaryngology: Head & Neck surgery*. 5<sup>e</sup> éd.; Saint-Louis : Mosby Elsevier ; 2011. Reproduction autorisée.

Il s'agit d'un fibrome postmorsure correspondant à une hyperplasie fibreuse locale en réaction à un trauma chronique de la muqueuse buccale. On le retrouve fréquemment sur la ligne interdentaire jugale, sur le bord latéral ou la pointe de la langue (photo 10) ou sur la lèvre inférieure.

Le trauma répété associé à une prothèse dentaire mal adaptée (*épulis fissuratum*) cause le même type de lésion sur la gencive inférieure (photo 11)<sup>1</sup>.

**Traitement**

Il faut en premier lieu corriger la cause du trauma, soit par des mesures orthognathiques ou prothétiques. La résection chirurgicale sera à considérer en fonction du niveau d'inconfort provoqué par la lésion. Une autre lésion résultant du port de prothèses dentaires est l'hyperplasie papillaire inflammatoire (photo 12)<sup>4</sup>, correspondant à la croissance de tissu réactionnel.

**Éléments associés**

- ⊗ Prothèse mal adaptée
- ⊗ Mauvaise hygiène de la prothèse
- ⊗ Port de la prothèse jour et nuit
- ⊗ Association possible avec la candidose



Photo 10. Fibrome de la langue

Source : Reproduction autorisée par Logical Images.



Photo 11. Épulis fissuratum sur la gencive inférieure

Source : Salivary gland diseases. Dans : Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK, rédacteurs. *Oral pathology: Clinical pathologic correlations*. 6<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Elsevier ; 2012. Reproduction autorisée.



Photo 12. Hyperplasie papillaire inflammatoire

Source : Developmental defects of the oral and maxillofacial region. Dans : Neville BW, Damm DD, Allen CM et coll., rédacteurs. *Oral and maxillofacial pathology*. 3<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Saunders Elsevier ; 2009. Reproduction autorisée.

Le patient devra retirer ses prothèses le temps que la muqueuse guérisse. En cas de persistance d'un état symptomatique, un traitement antifongique topique ou général associé ou non à une électrocautérisation devra être prescrit<sup>14</sup>.

#### Cas n° 4

#### Lésion kystique

Thomas, 16 ans, a noté depuis un an une petite lésion molasse, fluctuante, parfois bleutée ou plutôt translucide sur sa lèvre inférieure (photo 13)<sup>1</sup>. À deux reprises, cette lésion s'est rompue spontanément après qu'il eut exercé un effet de succion avec sa bouche. Il a alors noté l'expulsion d'un liquide visqueux, puis la disparition complète de la voussure. Toutefois, ce ne fut que temporaire, car la lésion est réapparue à peine un mois plus tard et était encore plus volumineuse.



Photo 13. Mucocèle de la lèvre inférieure

Source : Salivary gland diseases. Dans : Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK, rédacteurs. *Oral pathology: Clinical pathologic correlations*. 6<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Elsevier ; 2012. Reproduction autorisée.

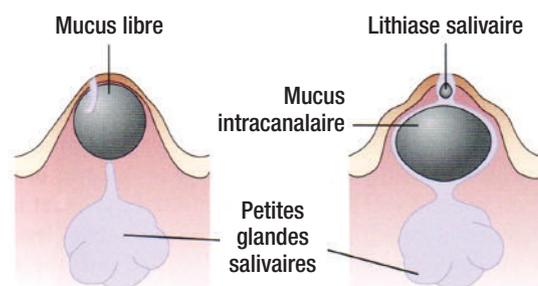
Thomas présente un mucocèle correspondant à une lésion kystique attribuable le plus souvent à l'extravasation de la salive par un canal excréteur d'une petite ou d'une grande glande salivaire obstruée à la suite d'un trauma local ou d'une accumulation de mucus dans le canal à la suite d'une lithiase salivaire (figure)<sup>1</sup>.

La lèvre inférieure est l'emplacement le plus fréquent de ce type de lésion, suivi du plancher buccal antérieur. On devra faire la distinction avec une varicosité (veine dilatée et tortueuse thrombosée) qui se présente cliniquement comme un plomb sous-muqueux, ferme, non douloureux et bleu violacé (photo 14)<sup>4</sup>.

Sur le plancher buccal, le terme « ranule » ou « grenouillette » fait allusion à la ressemblance avec le ventre

#### Figure

#### Extravasation ou rétention de mucus<sup>1</sup>



Adapté de : Salivary gland diseases. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK, rédacteurs. *Oral pathology: Clinical pathologic correlations*. 6<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Elsevier ; 2012. Reproduction autorisée.



Photo 14. Varicosité de la lèvre inférieure

Source : Developmental defects of the oral and maxillofacial region. Dans : Neville BW, Damm DD, Allen CM et coll., rédacteurs. *Oral and maxillofacial pathology*. 3<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Saunders Elsevier ; 2009. Reproduction autorisée.

d'une grenouille (*rana* en latin). La ranule (photo 15)<sup>1</sup> est associée le plus souvent aux canaux de Rivini de la glande sublinguale, mais peut aussi provenir du canal de Wharton de la glande sous-maxillaire.

À l'anamnèse, on note une apparition soudaine et rapidement fluctuante causée par des ruptures spontanées. Cette lésion kystique est molasse, mobile et parfois volumineuse au point de produire un déplacement de la langue du côté médial et supérieur. On

**La ranule est une lésion kystique associée le plus souvent à la glande sublinguale. Il s'agit d'une tumeur molasse et mobile, qui apparaît soudainement et qui fluctue rapidement à cause des ruptures spontanées.**

**Repère**



Photo 15. Ranule

Source : Salivary gland diseases. Dans : Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK, rédacteurs. *Oral pathology: Clinical pathologic correlations*. 6<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Elsevier ; 2012. Reproduction autorisée.



Photo 17. Kyste lymphoépithélial

Source : Developmental defects of the oral and maxillofacial region. Dans : Neville BW, Damm DD, Allen CM et coll., rédacteurs. *Oral and maxillofacial pathology*. 3<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Saunders Elsevier ; 2009. Reproduction autorisée.

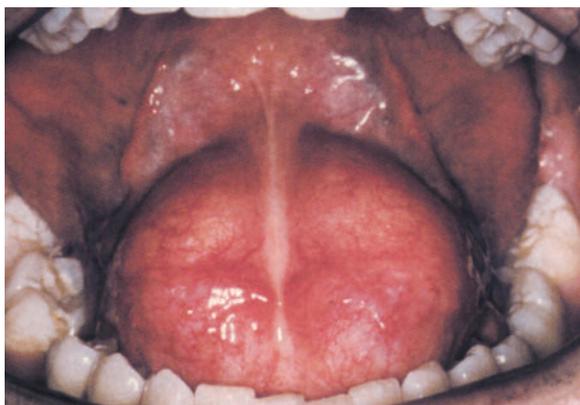


Photo 16. Kyste dermoïde

Source : Developmental defects of the oral and maxillofacial region. Dans : Neville BW, Damm DD, Allen CM et coll., rédacteurs. *Oral and maxillofacial pathology*. 3<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Saunders Elsevier ; 2009. Reproduction autorisée.

note, à l'examen, un aspect bleuté translucide si elle demeure en superficie du muscle mylohyoïdien.

Les caractéristiques du kyste dermoïde (photo 16)<sup>4</sup> sont les suivantes :

- Position centrale
- Aspect pâteux dû à la présence de sébum

### Traitement

Le traitement du mucocèle labial consiste en une résection elliptique de la lésion incluant toute la capsule. Celui de la ranule doit être soit une résection en continuité avec la glande sublinguale (afin de limiter les risques de récurrence), soit une marsupialisation.

Une autre lésion kystique fréquente, plus particulièrement au niveau de la loge amygdalienne, est le kyste lymphoépithélial (photo 17)<sup>4</sup>. Ce kyste résulte de l'accumulation de kératine dans une crypte amygdalienne obstruée qui émerge à la surface du tissu lymphoïde. On recommande tout simplement l'observation.

On retrouve, par ailleurs, de multiples autres lésions tumorales bénignes dans la cavité buccale pouvant provenir des muscles, des nerfs, des vaisseaux sanguins ou lymphatiques et des structures odontogènes. Nous vous avons présenté les lésions les plus courantes pour que vous puissiez retenir les diagnostics différentiels applicables à votre quotidien. 🦷

**Date de réception :** le 2 octobre 2012

**Date d'acceptation :** le 18 octobre 2012

Le D<sup>r</sup> Marcel Camiré n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

### Bibliographie

1. Salivary gland diseases. Dans : Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK, rédacteurs. *Oral pathology: Clinical pathologic correlations*. 6<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Elsevier ; 2012.
2. Shemen LJ. Salivary glands: benign and malignant disease. Dans : Lee KL, rédacteur. *Essential Otolaryngology Head & Neck Surgery*. 6<sup>e</sup> éd. Norwalk : Appleton & Lange ; 1995.
3. Scully C, Flint S. Maladies de la bouche et maladies générales à manifestations buccales. Londres : Medsi/McGraw-Hill ; 1989.
4. Developmental defects of the oral and maxillofacial region. Dans : Neville BW, Damm DD, Allen CM et coll., rédacteurs. *Oral and maxillofacial pathology*. 3<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Saunders Elsevier ; 2009.

## Summary

### **Be Smart: Learn to Recognize Benign Growths in the Mouth.**

Oral lesions are frequent reasons for medical consultation, and it is important to know how to recognize the most common benign tumours. Given that visual examination is an important part of the diagnostic process, it is useful to take several photos to make it easier to identify the different lesions. These include submucosal lesions possibly originating from the minor salivary glands, bone tissue or vestiges of embryonic tissue. Lesions secondary to human papillomavirus, such as squamous papilloma, the common wart and condyloma, are discussed. Also presented are lesions secondary to a bite wound in the mouth or to dentures, along with cystic lesions such as mucoceles, ranulas, and dermoid cysts and lymphoepithelial cysts. These benign tumours are most often asymptomatic and require either conservative medical treatment or surgical removal.

5. Site Internet : [www.visualdx.com](http://www.visualdx.com) (Date de consultation : le 14 novembre 2012).
6. Lian TS. Benign tumors and tumor-like lesions of the oral cavity. Dans : Flint PW, Haughey BH, Lund VJ et coll., rédacteurs. *Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery*. 5<sup>e</sup> éd.; Philadelphie : Mosby; 2011.
7. Prashant PJ, Prashant VS, Desai RS. Squamous papilloma: case report and review of literature. *Int J Oral Science* 2010; 2 (4) : 222-5.
8. Joseph AW, D'Souza G. Epidemiology of human papillomavirus-related head and neck cancer. *Otolaryngol Clin North Am* 2012; 45 (4) : 739-64.
9. Kumaraswamy KL, Vidhya M. Human papilloma virus and oral infections: An update. *J Can Res Ther* 2011; 7 (2) : 120-7.
10. Chi AC. Epithelial pathology. Dans : Neville BW, Damm DD, Allen CM et coll., rédacteurs. *Oral and maxillofacial pathology*. 3<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Saunders Elsevier; 2009.
11. Laskaris G. *Color Atlas of Oral Diseases*. 2<sup>e</sup> éd. New York : Thieme Medical Publisher; 1994.
12. Verrucal-papillary lesions. Dans : Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK, rédacteurs. *Oral pathology: Clinical pathologic correlations*. 6<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Elsevier; 2012.
13. Praetorius F. HPV-Associated diseases of oral mucosa. *Clin Dermatol* 1997; 15 (3) : 399-413.
14. Soft tissue tumors. Dans : Neville BW, Damm DD, Allen CM et coll., rédacteurs. *Oral and maxillofacial pathology*. 3<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Saunders Elsevier; 2009.

### **Erratum.**

Une erreur est survenue à la page 58 du *Médecin du Québec* de janvier 2013. Après vérification en date du 16 janvier 2013, la thermolésion des branches médianes cervicales par radiofréquence n'est offerte en milieu hospitalier qu'à l'Hôpital général de Montréal, à l'Hôtel-Dieu de Lévis et au service de psychiatrie du CHUM.