

Ces découvertes qui nous rendent bouche bée!

4

Gaétan Fradet et Audrey Godbout

« La bouche, par exemple, qui respire et qui parle et mange, boit, sourit, chuchote, embrasse, suce, lèche, mord, souffle, soupire, crie, fume, grimace, rit, chante, siffle, hoquette, crache, rote, vomit, expire » (citation de Jean Echenoz), endroit de fonctions nobles, peut être le lieu de bien des maux.

En tant que médecins, comment peut-on faire la différence entre une variante de la normale de la cavité buccale et une maladie ? À la suite de cette petite mise en bouche, mettez vos connaissances à l'épreuve. Vous en resterez bouche bée !

UN BON DIAGNOSTIC repose sur une anamnèse détaillée et un examen physique rigoureux. L'examen de la bouche porte sur les lèvres, la cavité buccale et l'oropharynx (figures 1 et 2)¹. La cavité buccale

Le Dr Gaétan Fradet, otorhinolaryngologiste et otoneurologue, exerce au Centre hospitalier universitaire de Québec. De plus, il pratique en cabinet privé et est aussi professeur titulaire de clinique à l'Université Laval, à Québec. La Dre Audrey Godbout est en 5^e année de résidence en otorhinolaryngologie et est chef résidente à l'Université Laval.

comprend : les deux tiers antérieurs de la face dorsale et ventrale de la langue, les gencives, la muqueuse endojugale, le plancher de la bouche, le palais dur et le triangle rétromolaire. L'oropharynx englobe le tiers postérieur de la langue, le palais mou, les amygdales, les piliers amygdaliens et le mur postérieur du pharynx. La palpation manuelle et bimanuelle peut être un élément clé pour différencier certaines lésions.

La muqueuse buccale est constituée à certains endroits d'épithélium pavimenteux squameux kératinisé pour la mastication (gencive et palais dur) et à

Figure 1

Cavité buccale¹

Source : www.netterimages.com/image/624.htm. Reproduction autorisée.

Figure 2

Face ventrale de la langue¹

Source : www.netterimages.com/image/624.htm. Reproduction autorisée.



Source : Bhattacharyya I, Chehal HK. White lesions. *Otolaryngol Clin North Am* 2011 ; 44 (1) : 109-31. Reproduction autorisée.

d'autres, d'épithélium non kératinisé (plancher de la bouche, face ventrale de la langue, palais mou et reste de la muqueuse buccale). La face dorsale de la langue est, quant à elle, kératinisée et spécialisée (en raison de la présence de papilles gustatives).

1. Comment appelle-t-on la lésion de la muqueuse endojugale de la photo 1 ? Est-elle normale ?

L'anomalie que l'on voit sur la photo 1², qui est bénigne et fréquente, se nomme ligne blanche (*linea alba*). Il s'agit d'un épaissement de la couche cornée de l'épiderme qui forme un trait horizontal sur la ligne d'occlusion dentaire à la suite de morsures ou d'aspirations de la muqueuse jugale. Elle peut s'étendre de la commissure des lèvres jusqu'aux molaires en postérieur de chaque côté. L'hyperkératose de la muqueuse buccale peut être attribuable à des agressions locales chimiques, physiques ou thermiques ou encore à une carence en vitamine A³. Il faut se méfier des lésions blanchâtres hétérogènes ou qui se trouvent sur la face ventrale et sur les côtés de la langue. Lorsque l'irritation chronique cesse, les lésions peuvent disparaître en quelques semaines. Si elles per-

Figure 3

Face dorsale de la langue¹

Source : www.netterimages.com/image/621.htm. Reproduction autorisée.

sistent, il faut faire une biopsie au moment de la visite de suivi.

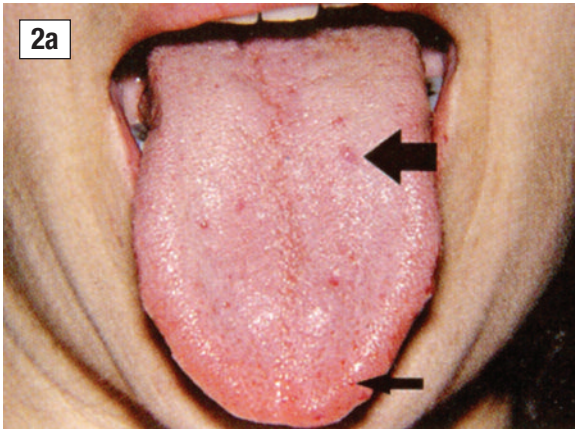
2. Laquelle de ces langues est pathologique et n'est donc pas une variante de la normale (photos 2) ?

Les télangiectasies (*photo 2a*⁴, grosse flèche) sur la langue de ce patient évoquent la maladie d'Osler-Rendu-Weber, aussi appelée « télangiectasies hémorragiques familiales ». Cette maladie à transmission autosomique dominante regroupe des manifestations cutanéomuqueuses (télangiectasies) et des malformations vasculaires à plusieurs endroits dans le corps (appareils respiratoire et digestif, cerveau, etc.). La plus commune est l'épistaxis⁵.

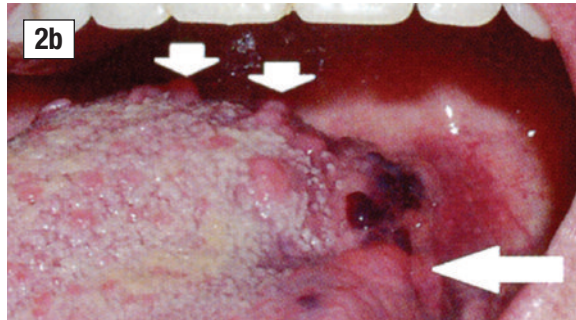
Les papilles de la face dorsale de la langue (*figure 3*)¹ ressemblent parfois à de petites lésions de par leurs formes et leurs tailles différentes. Les papilles fongiformes (*photo 2a*⁴, petite flèche), foliées (*photo 2b*⁴, grande flèche) et caliciformes (*photo 2b*⁴, petites flèches) contiennent toutes des bourgeons gustatifs, contrairement aux papilles filiformes. Les papilles

Les papilles de la face dorsale de la langue ressemblent parfois à de petites lésions de par leurs formes et leurs tailles différentes.

Repère



Source : Eusterman VD. History and physical examination, screening and diagnostic testing. *Otolaryngol Clin North Am* 2011 ; 44 (1) : 1-29. Reproduction autorisée.



Source : Eusterman VD. History and physical examination, screening and diagnostic testing. *Otolaryngol Clin North Am* 2011 ; 44 (1) : 1-29. Reproduction autorisée.



Source : Eusterman VD. History and physical examination, screening and diagnostic testing. *Otolaryngol Clin North Am* 2011 ; 44 (1) : 1-29. Reproduction autorisée.



Source : Neville B, Damm D, Allen C et coll. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2^e éd. Philadelphie : WB Saunders ; 2002. Reproduction autorisée.

fongiformes, concentrées surtout sur le bout de la langue et dont la présence diminue jusqu'à la base de la langue, comptent quatre bourgeons gustatifs. Les papilles foliées, sur les côtés arrière de la langue, possèdent 1300 bourgeons. Enfin, les papilles caliciformes, au nombre de sept à dix, forment le V lingual et se trouvent entre les deux tiers antérieurs et le tiers postérieur de la langue. Elles comportent le plus grand nombre de bourgeons gustatifs, soit 2400⁴.

La langue géographique (*photo 2c*⁴) contient des zones érythémateuses avec atrophie des papilles filiformes, entourées de zones hyperkératosiques blanchâtres serpiginieuses qui se déplacent dans le temps sur les deux tiers antérieurs dorsal et latéral de la langue. Aussi appelée glossite exfoliatrice marginée,

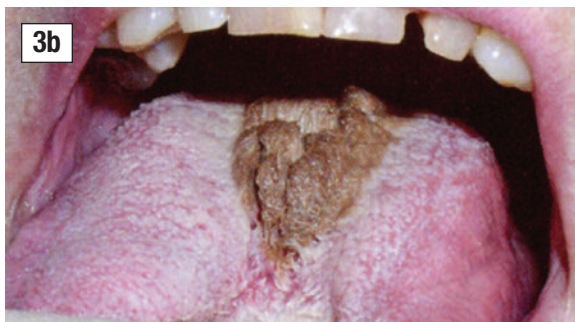
la langue géographique est marquée de périodes de rémission et d'exacerbation. Son diagnostic est clinique. Le plus souvent, elle est asymptomatique et ne nécessite aucun traitement. Elle peut toutefois être le siège d'une sensation de brûlure exacerbée par les aliments épicés. Chez de 15 % à 50 % des patients^{6,7}, elle est associée à la langue fissurée. Sa prévalence est de 1,8 %. Elle touche surtout les non-fumeurs et ne nécessite aucune surveillance. Les caractéristiques histopathologiques ressemblent, par ailleurs, beaucoup à celles du psoriasis⁸. En cas de symptômes, l'application de prednisolone topique⁹ est recommandée.

Les varices de la base dorsale de la langue (*photo 2b*⁴) (derrière la grande flèche) peuvent aussi ressembler à des lésions pathologiques. Elles ont même déjà été signalées comme cause d'hémoptysies chez des patients atteints d'hypertension portale¹⁰.

On voit, sur la *photo 2d*¹¹, des dilatations veineuses sur la partie latérale de la face ventrale de la langue chez une personne de 90 ans. De telles varicosités sont surtout présentes chez les personnes âgées.



Source : Eusterman VD. History and physical examination, screening and diagnostic testing. *Otolaryngol Clin North Am* 2011 ; 44 (1) : 1-29. Reproduction autorisée.



Source : Eusterman VD. History and physical examination, screening and diagnostic testing. *Otolaryngol Clin North Am* 2011 ; 44 (1) : 1-29. Reproduction autorisée.



Source : Neville B, Damm D, Allen C et coll. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2^e éd. Philadelphie : WB Saunders ; 2002. Reproduction autorisée.

3. Laquelle des photos ci-dessus correspond à une affection pouvant nécessiter un traitement antifongique (photos 3) ?

La glossite rhomboïde médiane (photo 3a⁴) est une affection peu fréquente (tableau⁹) qui nécessite par-

Tableau

Taux de prévalence de certaines lésions de la cavité buccale chez les adultes aux États-Unis⁹

Diagnostic	Nombre de lésions par 1000 habitants		
	Hommes	Femmes	Total
Torus	22,8	30,0	27,1
Grains de Fordyce	17,7	5,2	9,7
Varicosités linguales	3,5	3,4	3,5
Hyperplasie papillaire	1,7	3,8	3,0
Glossite rhomboïde médiane	0,8	0,5	0,6
Ranule	0,2	0,1	0,2

Population totale examinée = 23 616 adultes ; nombre de masses totales = 1453

Adapté de : Gnepp DR. *Diagnostic surgical pathology of the head and neck*. 2^e éd. Philadelphie : Saunders Elsevier ; 2009. p. 191-225. Reproduction autorisée.

fois un traitement antifongique. La langue est formée embryologiquement de deux renflements linguaux latéraux fusionnés sur la ligne médiane pour constituer les deux tiers antérieurs du corps de la langue. La partie dorsale postérieure de ce point de fusion est occasionnellement incomplète, laissant une forme rhomboïde ou ovale de surface érythémateuse lisse ou nodulaire et dépourvue de papilles gustatives. La glossite rhomboïde médiane touche la ligne médiane juste devant les papilles caliciformes et mesure typiquement moins de 2 cm. Elle ne requiert aucun traitement. Cependant, elle est susceptible d'être touchée par une candidose chronique ou récidivante qui nécessite un traitement antifongique⁹.

La photo 3b⁴ montre une langue chevelue qui survient lorsque des papilles filiformes deviennent allongées. Occasionnellement, pour des raisons encore mal comprises, la production de kératine est plus rapide ou la desquamation, plus lente au niveau de ces papilles (figure 4)¹. Il en résulte une croissance excessive (allongement et hypertrophie) des papilles filiformes de la face dorsale de la langue. Ces papilles mesurent normalement 1 mm de longueur, mais peuvent atteindre jusqu'à 15 mm dans le cas d'une langue chevelue. Cet allongement des papilles ressemble à des

cheveux qui prennent différentes teintes (entre le jaune et le noir) en raison de la colonisation par des bactéries chromogènes (susceptibles de produire un pigment). En effet, la cavité buccale contient de nombreux microbes, incomplètement détruits par la salive, qui peuvent s'accumuler entre les papilles filiformes. Même si l'apparence de la langue peut être alarmante, elle ne cause aucun problème de santé. Il suffit d'utiliser une brosse linguale pour retirer l'accumulation de kératine⁹.

La langue fissurée (*photo 3c*¹¹) est une affection bénigne aussi appelée « langue scrotale », « langue crevassée » ou « *lingua plicata* ». Lorsque le patient tire la langue, on voit les sillons (fissures) sur la face dorsale de la langue, qui peuvent être superficiels ou profonds. Il s'agit d'une anomalie de développement, le plus souvent asymptomatique, qui existe chez de 2 % à 5 % de la population. Aucun traitement n'est donc requis. Cependant, des débris alimentaires chauds ou épicés peuvent parfois s'accumuler dans les fissures et entraîner de l'irritation et de la douleur. Le patient peut alors se brosser la langue pour éliminer les particules alimentaires qui y sont retenues⁴.

4. Laquelle de ces photos du plancher buccal est une variante de la normale (photos 4) ?

La réponse est la *photo 4a*⁴. On y voit deux torus sur la surface linguale de la mandibule en regard des dents bicuspidiennes (prémolaires). Le torus est une prolifération osseuse bénigne qui est considérée comme une anomalie de développement. Aux États-Unis, sa

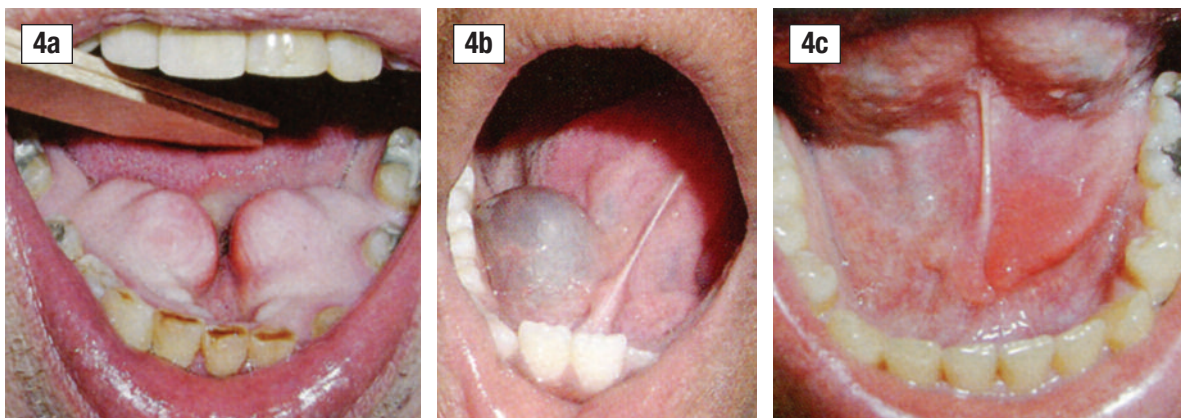
Figure 4

Grossissement des papilles gustatives

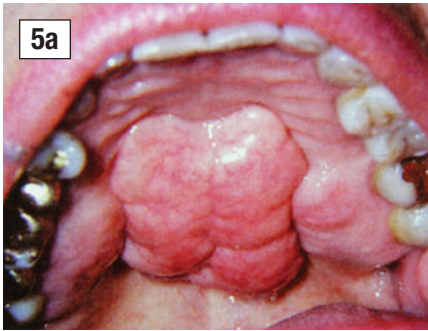
Source : www.netterimages.com/image/621.htm. Reproduction autorisée.

prévalence dans la population adulte est de 2 % à 3 % (*tableau*)⁹. Le plus souvent, les lésions n'apparaissent qu'après l'adolescence. Par la suite, elles vont continuer à grossir lentement pendant plusieurs années. La cause demeure incertaine. Le torus peut être bosselé ou multilobulé. Bien que cette lésion mesure généralement moins de 1,5 cm, elle peut parfois atteindre 3 cm ou 4 cm. L'exérèse n'est habituellement pas nécessaire, sauf si le torus interfère avec l'ajustement d'une prothèse dentaire ou encore s'il occasionne la rétention de débris alimentaires ou des ulcérations traumatiques récidivantes⁹.

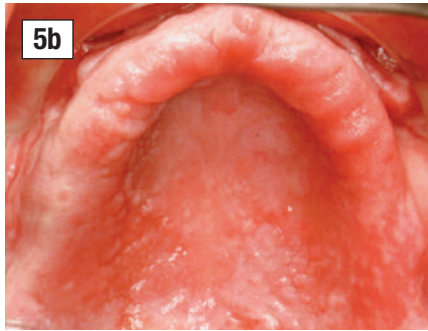
La ranule (*photo 4b*⁴) est un pseudokyste du plancher de la bouche qui provient d'une extravasation causée par un traumatisme d'une glande sublinguale ou de son canal excréteur. Cette affection est relativement rare (*tableau*)⁹. Il faut en faire l'exérèse complète ou la marsupialisation⁹.



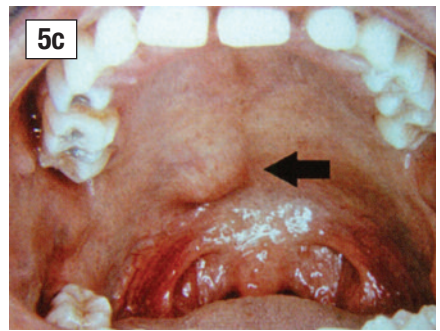
Source : Eusterman VD. History and physical examination, screening and diagnostic testing. *Otolaryngol Clin North Am* 2011 ; 44 (1) : 1-29. Reproduction autorisée.



Source : Eusterman VD. History and physical examination, screening and diagnostic testing. *Otolaryngol Clin North Am* 2011 ; 44 (1) : 1-29. Reproduction autorisée.



Source : Gnepp DR. *Diagnostic surgical pathology of the head and neck*. 2^e éd. Philadelphie : Saunders Elsevier ; 2009. p. 191-225. Reproduction autorisée.



Source : Eusterman VD. History and physical examination, screening and diagnostic testing. *Otolaryngol Clin North Am* 2011 ; 44 (1) : 1-29. Reproduction autorisée.

Sur la *photo 4c*⁴, le patient présente une obstruction et une inflammation du canal de Wharton gauche du plancher buccal, attribuable à une lithiase salivaire. Cette affection provoque l'oblitération partielle ou complète du canal excréteur de la glande submandibulaire, avec rétention salivaire, œdème des tissus et inflammation localisée (infection bactérienne secondaire). La palpation digitale près de la caroncule sublinguale (*figure 2*¹) permet de trouver la lithiase salivaire. Un gonflement douloureux de la glande salivaire submandibulaire pendant les repas y est souvent associé. Le traitement consiste à enlever (sous anesthésie locale) l'obstruction en dilatant ou en ouvrant l'orifice du canal de Wharton et à prescrire une antibiothérapie appropriée contre l'infection bactérienne⁵.

5. Laquelle de ces photos du palais est une variante de la normale (photos 5) ?

La *photo 5a*⁴ montre un torus palatin sur la ligne médiane du palais dur. Ce type de torus est un peu plus fréquent que le torus mandibulaire. Tout comme ce dernier, il ne cause généralement pas de problème, mais il peut constituer un obstacle lors de la confection de prothèses dentaires⁹.

Sur la *photo 5b*⁹, nous voyons une hyperplasie inflammatoire du palais dur et de la gencive supérieure chez une personne édentée. Ce problème se limite

souvent à la muqueuse sous la prothèse dentaire au niveau du palais dur et de la crête alvéolaire. La majorité de ces lésions se trouvent sous des dentiers usés et chez des personnes qui dorment avec leurs dentiers. L'hyperplasie inflammatoire consiste en des amas de papules ou de nodules, parfois érythémateux ou de coloration normale, recouvrant surtout le palais dur. Des colonies de *Candida* ressemblant à du fromage cottage sont visibles entre les papules. Les lésions disparaissent lorsque le patient cesse de porter des dentiers pendant quelques semaines et applique un antifongique topique⁹.

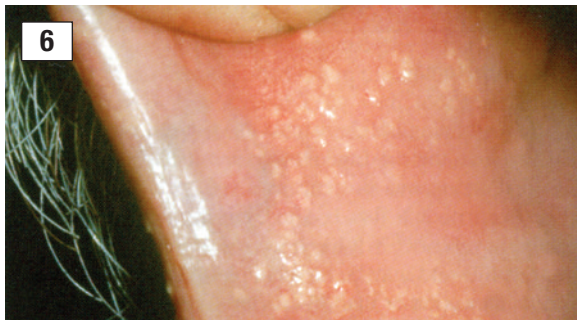
Lorsqu'une masse palatine n'est pas sur la ligne médiane, comme sur la *photo 5c*⁴, il faut penser à une tumeur d'une petite glande salivaire. Une biopsie est alors indiquée. Il peut s'agir d'une tumeur bénigne, comme un adénome pléomorphe, mais aussi d'une tumeur salivaire maligne, comme un cylindrome (carcinome adénoïde kystique). Il faut aussi procéder à un examen radiologique pour en évaluer l'étendue possible⁵.

6. Comment se nomment les grains jaunâtres situés sous la muqueuse endojugale (photo 6) ?

Les glandes sébacées, des structures annexielles du derme, peuvent également se trouver à l'intérieur de la cavité buccale. Elles portent alors le nom de grains

Lorsqu'une masse palatine n'est pas sur la ligne médiane, il faut penser à une tumeur d'une glande salivaire. Une biopsie est alors indiquée.

Repère



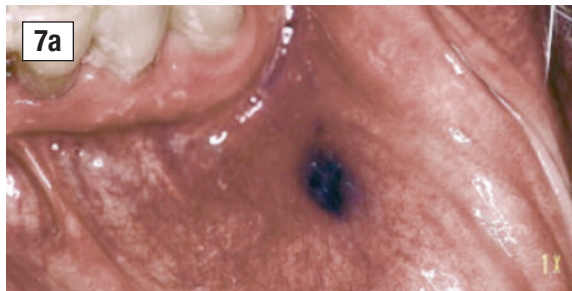
Source : Gnepp DR. *Diagnostic surgical pathology of the head and neck*. 2^e éd. Philadelphie : Saunders Elsevier ; 2009. p. 191-225. Reproduction autorisée.

de Fordyce (*photo 6*⁹) ou glandes sébacées ectopiques. Ce sont des papules asymptomatiques de 1 mm à 3 mm. Cette variante de l'anatomie normale est présente chez près de 1 % des adultes (*tableau*⁹). La plupart des gens en ont quelques-unes, mais certains en ont parfois un grand nombre, voire parfois des centaines. Les foyers les plus fréquents sont la muqueuse endojugale, la lèvre supérieure près du vermillon et la région rétromolaire mandibulaire. Aucun traitement n'est nécessaire⁹.

7. Sur quelle photo voit-on un mélanome (photos 7) ?

Le mélanome buccal (*photo 7a*⁵) est rare et ne représente que 1 % des cancers de la bouche. Il siège surtout sur le palais dur et la gencive, principalement chez les hommes de 40 à 70 ans. Il est souvent asymétrique, rapidement progressif, avec des bords irréguliers. Il est aussi douloureux et s'accompagne de saignements et d'une destruction osseuse. Les facteurs de risque ne sont pas connus. Son pronostic est beaucoup moins bon que celui du mélanome cutané, son taux de survie n'étant que de 15 % après cinq ans^{5,12}.

La *photo 7b*¹¹ montre un tatouage d'amalgame. Il s'agit de particules d'amalgame qui se sont accumulées sous la membrane basale de l'épithélium à la suite de restaurations ou d'extractions dentaires. Ces macules asymptomatiques bleu-noir ou grises peuvent être multiples ou uniques. Elles sont surtout situées sur la gencive et la muqueuse buccale. Le matériel métallique est rarement visible à la radiographie, car il est souvent trop fin pour y être détecté. Cette entité n'exige aucun traitement, sauf s'il existe un doute sur la nature de la lésion^{13,14}.



Source : Flint PW, Haughey BH, Lund VJ et coll. *Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery*. 5^e éd. Saint-Louis : Elsevier ; 2010. Reproduction autorisée.



Source : Neville B, Damm D, Allen C et coll. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2^e éd. Philadelphie : WB Saunders ; 2002. p. 274-5. Reproduction autorisée.




Source : Neville B, Damm D, Allen C et coll. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2^e éd. Philadelphie : WB Saunders ; 2002. p. 274-5. Reproduction autorisée.



Source : Neville B, Damm D, Allen C et coll. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2^e éd. Philadelphie : WB Saunders ; 2002. p. 274-5. Reproduction autorisée.

Certains médicaments, comme la minocycline, les antiviraux contre le VIH et la chloroquine, peuvent aussi créer des lésions pigmentaires. La minocycline, par exemple, provoque une décoloration de l'os qui devient vert foncé. La muqueuse, translucide, prend alors une coloration bleu-gris (*photo 7c*¹¹). Quant aux antimalariques et à la chlorpromazine, ils peuvent donner une lésion bleutée ou noirâtre sur le palais dur¹¹.

Une mélanose du fumeur (*photo 7d*¹¹) peut aussi prendre la forme d'une hyperpigmentation diffuse, surtout sur la gencive antérieure et la muqueuse labiale. Cette pigmentation serait liée au nombre de cigarettes fumées par jour et toucherait de 25 % à 30 % des fumeurs. En outre, elle serait plus fréquente chez la femme, car les hormones œstrogéniques et le tabac auraient un effet synergique sur la pigmentation. L'abandon du tabac amènerait une régression progressive de la mélanose sur une période de trois ans. Il est plus prudent de faire une biopsie en cas d'augmentation de l'hyperpigmentation, de changements ou de surélévation¹².

LA CAVITÉ BUCCALE peut être le siège de plusieurs autres lésions qui réservent parfois bien des surprises. Souvent, un diagnostic clinique est suffisant. Toutefois, il est important d'établir un bon diagnostic différentiel. Certaines affections étant de grandes imitatrices, une biopsie s'impose chez les patients afin de déceler un problème nuisible et traitable. Restez vigilants, faites de bons examens physiques et ouvrez grand les yeux lorsque votre prochain patient vous dira : Aaaahh ! 

Date de réception : le 19 juillet 2012

Date d'acceptation : le 21 août 2012

Le Dr Gaëtan Fradet et la Dr^e Audrey Godbout n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Netter FH. *Atlas d'anatomie humaine*. 5^e éd. Philadelphie : Elsevier Masson ; 2011.
2. Bhattacharyya I, Chehal HK. White lesions. *Otolaryngol Clin North Am* 2011 ; 44 (1) : 109-31.

Summary

Jaw-dropping Revelations! This article reviews some of the anatomical variations, oral mucosal masses and surface alterations of the oral cavity. Normal dorsal tongue papillae may be mistaken for a disease by patients, who should be reassured. The mandibular and palatine tori, linea alba, Fordyce spots, lingual varicosities and papillary hyperplasia are presented. Tongue anomalies such as geographic tongue, fissured tongue, median rhomboid glossitis and hairy tongue can easily be recognized by family practitioners, and photos are provided. However, a good differential diagnosis must be kept in mind in the event of an atypical lesion. If a palatal mass is not located in the midline, it may be a minor salivary gland tumour, and a biopsy is indicated. The differential diagnosis of some lesions such as pigmented ones can be quite challenging. These include drug-induced lesions, smoker's melanosis, melanomas, and amalgam tattoos.

3. Flaitz C, Aguirre A, Tapia JL. Oral frictional hyperkeratosis. Medscape. Site Internet : <http://emedicine.medscape.com/article/1076089-overview> (Date de consultation : juillet 2012).
4. Eusterman VD. History and physical examination, screening and diagnostic testing. *Otolaryngol Clin North Am* 2011 ; 44 (1) : 1-29.
5. Flint PW, Haughey BH, Lund VJ et coll. *Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery*. 5^e éd. Saint-Louis : Elsevier ; 2010.
6. Shulman JD, Carpenter WM. Prevalence and risk factors associated with geographic tongue among US adults. *Oral Dis* 2006 ; 12 (4) : 381-6.
7. Assimakopoulos D, Patrikakos G, Fotika C. Benign migratory glossitis or geographic tongue: an enigmatic oral lesion. *Am J Med* 2002 ; 113 (9) : 751-5.
8. Morris LF, Phillips CM, Binnie WH et coll. Oral lesions in patients with psoriasis: a controlled study. *Cutis* 1992 ; 49 (5) : 339-44.
9. Gnepp DR. *Diagnostic surgical pathology of the head and neck*. 2^e éd. Philadelphie : Saunders Elsevier ; 2009. p. 191-225
10. Jassar P, Jaramillo M, Nunez DA. Base of tongue varices associated with portal hypertension. *Postgrad Med J* 2000 ; 76 (899) : 576-7.
11. Neville B, Damm D, Allen C et coll. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2^e éd. Philadelphie : WB Saunders ; 2002.
12. Gondak RO, da Silva-Jorge R, Jorge J et coll. Oral pigmented lesions: Clinicopathologic features and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2012 ; 17 (6) : e919-e924.
13. D'Acunto C. Pigmented lesion of the floor of oral cavity: what is your diagnosis? Amalgam tattoo (AT). *Clin Exp Dermatol* 2012 ; 37 (2) : 205-6.
14. Tran HT, Anandasabapathy N, Soldano AC. Amalgam tattoo. *Dermatol Online J* 2008 ; 14 (5) : 19.

Le mélanome buccal est rare et ne représente que 1 % des cancers de la bouche. Il siège surtout sur le palais dur et la gencive, principalement chez les hommes de 40 à 70 ans.

Repère