

Dermatologie buccale

Sophie-Myriam DRIDI - Anne-Laure EJEIL

Présentation

L'odontologiste est le premier professionnel de santé concerné par la dermatologie buccale. La France est au premier rang européen pour les cancers de la bouche. 3 % au moins de nos concitoyens souffrent de lichen buccal, 1 sur 3 est concerné par l'herpès sans compter la recrudescence des maladies sexuellement transmissibles et les localisations buccales secondaires de nombreux médicaments et maladies systémiques.

Beaucoup de nos confrères en sont conscients et évoquent bien souvent un manque de connaissances concernant le diagnostic et le traitement des lésions buccales fréquemment observées.

La rubrique « dermatologie buccale » a été pensée pour l'omnipraticien, afin qu'il puisse dans le cadre de son exercice libéral :

- identifier et prévenir des lésions muqueuses bénignes, qui peuvent être douloureuses, invalidantes, contagieuses ou disgracieuses,*
- dépister les lésions précancéreuses, à risque de cancérisation ou cancéreuses et adresser le plus précocement possible le patient vers un spécialiste,*
- intégrer dans l'exercice quotidien des actes simples de dermatologie en évitant de faire courir le moindre risque médical au patient.*

Afin de rester au plus près des réalités professionnelles quotidiennes, seules les lésions classiquement observées dans nos populations seront abordées.

Par ailleurs, le cahier des charges a été établi pour privilégier une rubrique didactique, iconographiée et facilement utilisable.

La thématique développée sera classée par rubrique. Après un rappel des caractéristiques générales, l'aspect clinique de la lésion élémentaire sera détaillé permettant de mettre en valeur le diagnostic différentiel. Les caractéristiques histologiques seront éventuellement rappelées car tout praticien doit savoir interpréter un compte rendu anatomopathologique. L'attitude thérapeutique applicable par l'odontologiste sera ensuite abordée. Le premier numéro sera le seul à ne pas répondre exactement à ce canevas. Il traitera de la méthode avec laquelle le clinicien doit effectuer son examen clinique pour mieux apprécier les caractéristiques physiologiques ou pathologiques des muqueuses orales.

Sophie-Myriam Dridi et Anne-Laure Ejeil

L'examen clinique des muqueuses buccales.

Examen systématique de la muqueuse buccale : comment faire ?

En dermatologie buccale, la démarche diagnostique est basée essentiellement sur les données de l'entretien médical et sur l'examen clinique minutieux de la cavité buccale. Les lésions de la muqueuse buccale peuvent dérouter le praticien ou être l'objet d'erreurs de diagnostic dommageables pour le patient. La principale difficulté réside dans la multiplicité de leurs expressions cliniques et de leurs causes. Le but de l'examen clinique est de définir la lésion élémentaire caractéristique. Pour cela, il se doit d'être rigoureux, minutieux, réalisé étape par étape, le plus indolore possible et doit comprendre deux temps : l'examen exobuccal et l'examen endobuccal. Tous nos sens, l'inspection, la palpation, parfois l'auscultation, doivent être utilisés. L'ensemble des données cliniques doit ensuite être consigné dans le dossier médical. C'est au terme de cet examen et en tenant compte de l'anamnèse médicale et dentaire qu'une orientation diagnostique pourra être possible. Parfois des examens complémentaires (radiographiques ou anatomo-pathologiques) sont nécessaires à l'établissement ou à la confirmation du diagnostic.



Inspection des lèvres et du revêtement cutané.



Palpation des ganglions.



Inspection (face interne) et palpation de la lèvre inférieure.

L'EXAMEN EXOBUCCAL

Il permet de noter d'emblée s'il existe ou non une asymétrie faciale. Les causes des asymétries sont multiples, elles peuvent être congénitales et donc exister depuis l'enfance, mais devant une apparition récente, il est impératif de rechercher une pathologie infectieuse, tumorale ou neurologique, cutanée ou muqueuse.

La palpation des ganglions est un élément indispensable de l'examen exobuccal. Il faut noter la présence d'une ou de plusieurs adénopathies, si elles sont uni ou bilatérales et leur date d'apparition. Leurs caractéristiques cliniques doivent également être précisées : nombre, taille, fixité ou mobilité par rapport aux plans sous jacents, caractéristique de la peau sus jacente (rougeur, chaleur), douleur à la palpation...

L'examen des ganglions s'effectue sur un patient détendu musculairement, assis et tête penchée vers l'avant.

L'examen exobuccal se termine par l'inspection des lèvres, ainsi que leur palpation. Plusieurs lésions peuvent être visualisées, des croûtes ou des vésicules au cours d'un herpès, des stries blanchâtres au cours d'un lichen plan, des lambeaux de peau chez le patient stressé ayant un tic d'arrachement ou de mordillement... Une lésion croûteuse et indurée chez un patient fumeur ou régulièrement exposé au soleil peut évoquer une lésion maligne, des lésions pigmentées peuvent de leur côté faire penser à un naevus, un angiome...

La sensibilité des lèvres est intéressante à tester car elle peut nous orienter vers une atteinte nerveuse pure ou secondaire à une tumeur avec un signe de Vincent.

L'EXAMEN ENDOBUCCAL

Il porte sur l'ensemble des muqueuses. Toute anomalie de pigmentation, de texture ou de volume doit impérativement être notée et reportée dans le dossier médical.

Les muqueuses labiales supérieures et inférieures sont examinées en éversant celles-ci lorsque le patient a la bouche fermée mais les muscles relâchés. Il faut également rechercher, grâce à la palpation, toute induration.

Les muqueuses jugales sont observées à l'aide d'un miroir. Bien souvent il est utile de tirer sur celles-ci pour inspecter le fond du vestibule de façon adéquate. Une palpation des joues est facilement réalisable en les maintenant avec un doigt en intra buccal et un autre en extrabuccal.

Les muqueuses des remparts alvéolaires vestibulaires sont examinées avec le même procédé. Normalement elles reposent sur un plan dur, l'os compact. Une perte osseuse localisée peut ainsi être facilement mise en évidence grâce à la palpation tout comme une excroissance ou une tuméfaction.

La commissure inter maxillaire se situant entre le trigone rétro molaire mandibulaire et la tubérosité est pour sa part observable à l'ouverture buccale. A ce moment, il est possible de visualiser la région amygdalienne.

La langue doit être examinée et palpée sur toutes ses faces. L'inspection débute par la face dorsale. Elle est tapissée de papilles filiformes, fongiformes et foliées. La base de la langue est moins accessible à l'examen direct. Il est nécessaire, à l'aide de compresses, de tracter la langue afin de l'examiner. Cette manœuvre est parfois difficile chez certains patients ayant un réflexe nauséux prononcé. On peut également à l'aide d'un abaisse langue ou d'un miroir, plaquer la langue vers le bas en faisant prononcer au patient un « A » grave et visualiser ainsi les amygdales palatines et le voile du palais. C'est également en tenant la pointe de la langue à l'aide de compresses que l'on peut observer ses faces latérales. La langue est mobilisée de façon délicate à droite pour observer la face latérale gauche, et à gauche pour observer la face latérale droite. La palpation est réalisée en maintenant la langue entre deux doigts. L'importance des amygdales linguales doit être appréciée.

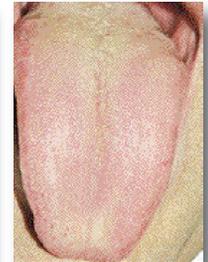
La face ventrale de la langue doit attirer plus particulièrement notre attention. C'est une zone particulièrement à risque de cancer buccal. Toute anomalie de texture et de pigmentation doit être notée et nous alerter.



Inspection (face interne) et palpation de la lèvre supérieur.



Inspection et palpation de la muqueuse jugale.



Inspection de la face dorsale de la langue.



Inspection des faces latérales de la langue.



Inspection de la face ventrale de la langue.



Inspection et palpation du plancher buccal partie antérieur.



Inspection et palpation du plancher buccal partie latérale



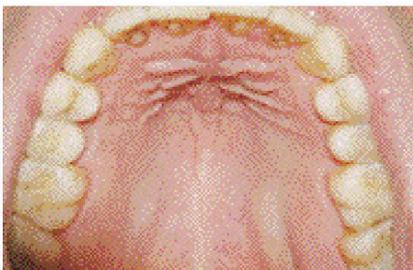
Inspection et palpation du vestibule.



Inspection du voile du palais.



Inspection des amygdales palatines.



Inspection du palais dur.

Le plancher buccal antérieur peut être visualisé si le patient met la pointe de sa langue au palais. Cette région est également une zone à risque de cancer buccal. Ensuite, il faut demander au patient de relâcher la tension linguale pour pouvoir écartier facilement la langue et observer le plancher latéral droit puis gauche. Ces zones doivent être palpées afin d'éliminer toute induration. Au cours de l'examen du plancher latéral, il est alors possible d'apprécier la muqueuse des remparts alvéolaires linguaux.

L'examen clinique se termine par l'inspection du palais dur et du palais mou. Toute lésion ou excroissance doit attirer notre attention.

En pathologie de la muqueuse buccale, le diagnostic est loin d'être aisé. Seuls une anamnèse et un examen clinique soigneux associés si nécessaire à des examens complémentaires orientés permettent de le poser la plupart du temps. L'erreur souvent commise est de s'orienter invariablement vers une étiologie locale dentaire ou prothétique et d'oublier que les lésions buccales peuvent être l'expression d'une maladie dermatologique ou d'une affection systémique. Toute ulcération de la muqueuse ne peut être diagnostiquée comme étant un aphte ! L'odontologiste est le premier praticien à découvrir fortuitement ces lésions à condition d'un examen systématique de toute la muqueuse buccale dès la première consultation et régulièrement si une surveillance s'impose.

Notre responsabilité est mise en jeu : « L'erreur diagnostique est une faute médicale qui engage la responsabilité du médecin s'il n'a pas utilisé les moyens conformes aux données acquises de la science ainsi qu'une interprétation présentant les mêmes critères ».

Le domaine de la pratique de l'art dentaire (suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession) comprend la prévention, le diagnostic, le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants.

BIBLIOGRAPHIE

- B. Lalonde. *L'examen clinique de la bouche : Le meilleur moyen de détecter le cancer buccal.* Journal dentaire du Québec – Supplément, février 2004.
- H. Szpirglas, L. Benslama. *Pathologie de la muqueuse buccale.* EMC 1999.
- H. Szpirglas, L. Benslama. *Du piège à l'erreur en pathologie buccale.* AOS ; 1995 (192) : 533-538.
- J.J. Pindborg. *Atlas des maladies de la muqueuse buccale.* Masson 1995.
- G. Le Breton. *Traité de sémiologie et clinique odonto-stomatologique.* CdP 1997.