

e ntre...O.R.L

LE BIMESTRIEL DE L'ACTUALITÉ O.R.L.

APHTES, APHTOSE ET AUTRES ULCÉRATIONS : la bouche dans tous ses états.



Il est frappant de constater que l'ORL ne considère bien souvent la cavité buccale que comme la lucarne d'observation du pharyngo-larynx et dont il n'observe, le plus souvent furtivement, que ce que lui laisse à voir son abaisse-langue... Elle mérite pourtant toute sa considération.

D'abord parce que peu d'organes possèdent une charge symbolique aussi forte : réceptacle de l'alimentation et du goût, vecteur de la communication orale, et, très accessoirement, organe du baiser, du premier contact de l'enfant avec sa mère, bref, de l'amour, la cavité buccale assure des fonctions physiologiques et hédoniques essentielles dans notre vie.

Ensuite parce qu'elle est le siège de maux que l'ORL n'a que trop tendance à négliger alors même qu'il est souvent consulté en première ligne. Les aphtes illustrent parfaitement ce désintéressement coupable de notre spécialité vis-à-vis d'une pathologie qui, sous une apparence banale, peut révéler une affection grave. C'est tout ce qui distingue l'Aphte de l'Aphtose et des autres ulcérations buccales.

Les reconnaître

Les caractéristiques cliniques d'un aphte sont parfaitement définies : il

réalise une **ulcération superficielle, ronde ou ovale, de moins d'1 cm de diamètre, à bords nets cerclés d'un halo inflammatoire, à fond nacré « beurre frais », et surtout douloureuse.** Faits essentiels, cette ulcération est **primaire** (c'est-à-dire qu'elle ne résulte pas d'un autre type de lésion type bulle ou vésicule) et est **précédée d'une sensation de vive brûlure.**

Il en existe classiquement trois formes : i) *mineure* de loin la plus fréquente, où les ulcérations sont limitées en taille (< 10mm), en nombre (< de 10), et guérissant rapidement sans séquelles (< de 10 jours) ; ii) *miliaire* où elles sont petites (1-2 mm), très nombreuses

(jusqu'à 100), et surtout très douloureuses mais là encore guérissant rapidement sans séquelles ; iii) *majeure* où elles sont géantes (jusqu'à 5 cm), handicapantes pour l'alimentation et la locution, durables (jusqu'à 3 mois), et laissant des cicatrices fibreuses rétractiles et parfois mutilantes.

C'est donc la clinique et elle seule qui pose le diagnostic, aucun examen de laboratoire n'étant spécifique de l'aphte.

Causes et remèdes

Plusieurs étiologies sont invoquées dans leur apparition. Une hypothèse *auto-immune* est suggérée en

en 2 mots

- L'aphte réalise une ulcération superficielle, de taille variable, à bords nets cerclés d'un halo inflammatoire, à fond nacré « beurre frais », et surtout douloureuse.
- Lié à une vascularite, il reconnaît une origine auto-immune, génétique, traumatique ou...psychique.
- On parle d'aphtose lorsque plus de quatre épisodes surviennent par an.
- Quatre causes doivent alors être suspectées : médicamenteuse, carencielle, gastro-intestinale et la maladie de Behçet.
- Enfin ne jamais oublier qu'une ulcération buccale doit faire évoquer également un herpès buccal et surtout un carcinome épidermoïde.

raison notamment de la fréquence d'un taux élevé d'auto-anticorps antithyroïdiens. Une *prédisposition génétique* l'est aussi en cas d'antécédents familiaux. Un *traumatisme mécanique* par morsure, prothèse mal adaptée, dent cassée ou blessure est suspecté devant un aphte isolé. Enfin une *relation stress-aphte-dépression* est trop souvent notée pour ne pas être significative. Les parents d'élèves savent bien qu'en période printanière d'examens les bourgeons n'éclosent pas seulement dans les jardins...

Au plan thérapeutique, lutter contre la douleur et favoriser la cicatrisation conduisent à associer gels anesthésiques et/ou bains de bouche (antiseptiques et/ou au sucralfate) aux corticoïdes topiques qui accélèrent la cicatrisation (la corticothérapie systémique n'a pas fait la preuve d'une efficacité supérieure). Mais à ces mesures symptomatiques, il faut ajouter la suppression de certains aliments tels les fromages secs (Conté, Gruyère, Parmesan), les fruits secs (cacahuètes, noix, etc.), ou le chocolat noir qui, de façon surprenante, semblent favoriser la survenue des aphtes, sans que le mécanisme en soit compris.

L'aphtose

L'un des caractères essentiels de l'aphte est sa tendance à la récurrence. Lorsque plus de quatre poussées surviennent par an, on parle alors d'**aphtose** laquelle peut, certes, être idiopathique mais doit de principe faire rechercher **quatre causes principales**.

Certains médicaments sont susceptibles d'induire une ulcération buccale. La liste en est établie, trop longue et diverse pour être ici déclinée. L'important est qu'une prise médicamenteuse soit systématiquement recherchée et conduite à en vérifier la toxicité et à en arrêter la prise, laquelle entraîne la disparition de l'ulcération.

Les carences nutritionnelles et vitami-

niques en fer, zinc ou vitamines B1, B2, B6, B12 sont fréquemment incriminées. Elles justifient un dosage biologique de principe et une éventuelle supplémentation.

La maladie de Behçet, vascularite systémique responsable de nécrose tissulaire, affecte le sujet jeune et se caractérise schématiquement par des ulcérations buccales et génitales récidivantes, des lésions ophtalmologiques (uvéïte) et cutanées (érythème noueux, pseudo-folliculite, nodules acnéiformes) et un test d'hypersensibilité positif (une IDR au sérum physiologique provoque une papule au point de piqure 48 heures après). Mais ces critères ne permettent pas d'individualiser la maladie de Behçet de la polychondrite atrophique et des affections intestinales discutées ci-dessous. Aussi les manifestations vasculaires à type de thrombophlébites superficielles ou profondes, les anévrysmes ou thromboses artérielles à l'origine de rupture et les lésions du parenchyme cérébral ont-elles été rajoutées dans les critères diagnostiques internationaux de l'affection.

Trois affections gastro-intestinales, la maladie coéliquale, la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique, s'accompagnent d'aphtose. Elles réalisent habituellement des ulcérations linéaires à bords hyperplasiques, parfois hémorragiques, ou des fissures cernées d'œdème, réalisant un aspect caillouteux.

Indépendamment des soins locaux mentionnés plus haut et de leur traitement de fond, la prise en charge de ces maladies peut faire appel à certains agents comme le sucralfate, le montelukast (un antagoniste du récepteur des leucotriènes) ou la vitamine B12 déjà mentionnée plus haut. D'autres agents sont également très efficaces mais leur iatrogénie est toutefois loin d'être négligeable : ainsi la Thalidomide dont les effets secondaires notamment tératogènes sont irréversibles.

Reste...

...une longue liste d'étiologies pouvant s'accompagner d'ulcérations buccales. Leur rareté (neutropénie cyclique périodique, maladie périodique, syndrome de Marshall, ulcère éosinophilique, etc.) justifie qu'elle ne soit pas égrenée. Deux d'entre elles toutefois méritent d'être discutées.

L'Herpès buccal est la plus typique et la plus fréquente des infections virales (le syndrome pied-main-bouche et l'herpangine étant beaucoup plus rares). Il réalise d'abord des vésicules très douloureuses, groupées en bouquet qui évoluent en quelques jours, notamment chez les sujets en mauvais état général ou immunodéprimé, en ulcérations parfois profondes, polycycliques, à fond gris, très douloureuses, disparaissant en quelques jours. Ces ulcérations sont donc ici « secondaires ». Le diagnostic est clinique et ce n'est qu'en cas de doute que le prélèvement de cellules infectées par écouvillonnage et la mise en culture ou la PCR confirment la responsabilité de HSV1. Deux points sont essentiels : i) la présence de l'HSV1 dans la salive peut être à l'origine d'une transmission oro-génitale dont le (la) patient doit être informé(e) ; ii) les récurrences sont très fréquentes, favorisées notamment par le stress émotionnel et survenant toujours au même endroit.

L'Aciclovir (3 x 400 mg/j durant 8 jours) ou le Valaciclovir est le traitement de choix, amendant rapidement la douleur et diminuant la durée des lésions et de la sécrétion virale.

Le carcinome épidermoïde doit toujours être évoqué devant une ulcération unique, chronique, indolore mais évolutive. C'est bien sûr la palpation digitale qui, en notant une infiltration ou une fixation péri-lésionnelle, doit conduire à la biopsie.

L'avis de l'expert



Docteur Gonzague DEFFRENNES
Chirurgien Maxillo-facial

La pathologie de la muqueuse buccale est aujourd'hui encore trop ignorée. Elle le doit sans doute à une sémiologie et une thérapeutique parfois bien trop loin de nos habitudes de chirurgiens. Elle est pourtant, comme le souligne la synthèse bibliographique du Pr Tran Ba Huy, très courante dans nos consultations, et en particulier en ce qui concerne les aphtes et aphtoses. Quelques connaissances élémentaires et un peu d'expérience suffisent dans la grande majorité des cas à orienter et satisfaire nos patients.

Comme toute affection dermatologique, c'est sur l'analyse de la lésion élémentaire que se fonde notre diagnostic. Il est particulièrement bien codifié en ce qui concerne l'aphte.

Si la clinique ne suffisait pas, l'argument de fréquence devrait finir de convaincre. L'aphte dans sa forme mineure est, au niveau buccal, la lésion muqueuse la plus courante. Outre les classiques traumatismes, on trouve souvent dans son histoire clinique, une saisonnalité interindividuelle plus ou moins accentuée par des facteurs génétiques ou environnementaux (stress, alimentation...).

De diagnostic clinique exclusif, de thérapeutique symptomatique, l'aphte est par nature bénin et commun. Diagnostiquer et informer suffit souvent à traiter nos patients.

Sa nature bénigne ne doit pas cependant nous faire oublier qu'il est parfois révélateur de désordres plus profonds. Son caractère récidivant, qui définit ce que l'on appelle l'aphtose, doit faire de principe suspecter un désordre sous-jacent.

Prises médicamenteuses, carences vitaminiques et maladies dysimmunitaires (vascularite de Behçet, maladie coeliaque, maladie de Crohn et rectocolique hémorragique) sont souvent évoquées et doivent être dépistées.

Souvent idiopathique au final, l'aphtose se traite symptomatiquement. Un traitement de fond peut se discuter en cas de fréquence élevée des poussées. Les cures vitaminiques ont d'ailleurs fait preuve de leur efficacité dans le domaine (B12).

Le piège de la banalité des aphtes ne doit tout de même pas nous faire oublier que la bouche est aussi siège d'ulcérations bien plus malignes. De manière générale, toute atypie clinique ou évolutive doit nous rendre possible la remise en question et évoquer un diagnostic de gravité. Ainsi devant un aphte géant traînant, il faut savoir évoquer un carcinome épidermoïde malheureusement bien plus courant. Ou encore, savoir penser à une primo-infection herpétique de type gingivo-stomatite devant un diagnostic d'aphtose miliaire...

L'aphte, source de bien des maux tant pour nos patients que pour nous autres médecins béotiens, apprécierait sans doute de faire un peu plus partie de nos petits mots. A défaut de banalité, aphte et aphtose sont des entités pathologiques bien définies dont les mécanismes étio-pathogéniques sont encore assez flous, elles mériteraient sans aucun doute que l'on s'y attarde un peu plus.

Articles à lire

Vaillant L. et Samimi M. Aphtes et ulcérations buccales. Press Med 2016 ; 45 : 215-26.

Parent D. Bouche et infections virales. Press Med 2016 ; 45 : 196-214.

Zwiri AM et al. Anxiety, depression and quality of life among patients with recurrent aphthous ulcers. J Contemp Dent Pract 2015 ; 16 : 112-7.

Costacurta M. Oral manifestations of coeliac disease : a clinical statistic study. Oral Implant 2010 ; 3 : 12-9.

Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. Dent Clin North Am 2014 ; 58 : 281-97.

Brocklehurst P et al. Systemic interventions for recurrent aphthous stomatitis (mouth ulcers). Cochrane database Syst Rev 2012 ; 9 : CD005411.

International Study Group for Behcet's Disease. Criteria for diagnosis of Behcet's disease. Lancet 1990 ; 335 : 1078-80.

Un accompagnement personnalisé pour vos patients !



e[n]tendre

La force d'un réseau,
l'implication d'un indépendant

■ L'audioprothésiste Entendre est un indépendant qui s'engage personnellement et engage son équipe pour la satisfaction totale de vos patients.

■ Un accueil et un accompagnement personnalisés de vos patients tout au long des différentes étapes de leur appareillage.

■ Des produits et des services à la pointe de la technologie et de l'innovation, proposés par un réseau national.

■ Une des meilleures centrales d'achats en France, vos patients bénéficieront des meilleurs produits au meilleur prix.

