

Deux lésions violacées *de la lèvre inférieure*

Jean-Christophe Fricain

*PU-PH, UFR d'Odontologie,
Université Bordeaux Segalen,
Pôle Odontologie et Santé Buccale
CHU Bordeaux*

Jacky Samson

*Professeur honoraire
Faculté de Médecine, Genève*

CAS 1



CAS 2



La lèvre inférieure peut être le siège de lésions variées. De par la présence de très nombreuses glandes salivaires accessoires, une grande partie de ces lésions sont en rapport avec les glandes salivaires accessoires. Plus rarement, les lèvres sont le siège de malformations vasculaires.

CAS 1



Motif de la consultation.

Patient de 25 ans qui a consulté pour une lésion de la lèvre inférieure.

Histoire de la maladie.

Le patient décrit une tuméfaction labiale évoluant depuis 3 mois.

CAS 1

Interrogatoire. Il précisait que la lésion était apparue à la suite d'une morsure. La lésion augmentait progressivement de volume. Elle gênait le patient qui la mordait fréquemment.

Examen clinique. Il a révélé un nodule indolore, violacé sur la muqueuse labiale en regard de 41-42. Ce nodule était kératinisé en surface et il présentait sur son sommet une ulcération correspondant au bord incisif de la 42. À la palpation, ce nodule avait une consistance molle.

Examens paracliniques. Aucun examen paraclinique ne semblait nécessaire avant l'exérèse du nodule. Un examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse a cependant été réalisé à titre systématique. Il a révélé une cavité pseudo-kystique remplie de mucus, bordée par un infiltrat inflammatoire associé à de la fibrose.

Synthèse. Ce cas est un pseudo-kyste salivaire par extravasation (mucocèle) de la lèvre inférieure. Le mucocèle est le plus souvent secondaire à un traumatisme, en général mineur. Le traumatisme entraîne la destruction partielle d'une glande qui va alors sécréter la salive dans le parenchyme environnant. À l'examen anatomopathologique, on ne retrouve pas d'épithélium bordant la cavité. Les vrais kystes salivaires rétentionnels dus à une obstruction du canal excréteur sont plus rares. L'examen anatomopathologique révèle un kyste bordé par une paroi épithéliale. Quelle que soit la forme anatomopathologique, le traitement reste l'exérèse chirurgicale. Les récurrences sont exceptionnelles.

Motif de la consultation.

Patiente de 33 ans qui a consulté après la découverte d'une plaque rouge sur la lèvre inférieure droite.

Histoire de la maladie.

La patiente se plaignait d'une gêne labiale inférieure apparue 6 mois avant la consultation.

CAS 2



Interrogatoire. Il a révélé que la patiente ressentait une sensation de battement pulsatile dans la lèvre, accompagnant les battements cardiaques.

Examen clinique. À l'examen exo-buccal, il n'y avait aucune anomalie. À l'examen endo-buccal, l'inspection montrait une discrète tuméfaction érythémateuse, inhomogène, sur la lèvre inférieure droite. La palpation confirmait qu'il s'agissait d'une lésion pulsatile.

Examens paracliniques. Aucun examen paraclinique n'a été réalisé, car l'aspect clinique était suffisamment évocateur pour poser le diagnostic initial.

Synthèse. Ce tableau clinique est assez caractéristique d'une malformation artério-veineuse. Il faut distinguer les hémangiomes et les malformations vasculaires. Les hémangiomes apparaissent 3 semaines après la naissance, évoluent jusqu'à 18 mois, puis régressent le plus souvent dans l'enfance. Les malformations vasculaires peuvent être présentes à la naissance, mais aussi se manifester seulement après plusieurs années. Les malformations vasculaires n'ont aucune tendance à régresser. Il existe des malformations vasculaires à flux lent (veineuses, capillaires ou lymphatiques) et à flux rapide (artério-veineuses). Les malformations vasculaires à flux rapide se caractérisent par une masse érythémateuse, pulsatile avec un souffle à l'auscultation. Le diagnostic est avant tout clinique et aucune biopsie ne doit être réalisée, car elle comporte un risque hémorragique important. Une échographie-doppler peut être prescrite en première intention s'il y a un doute sur le diagnostic. L'angio-IRM permet de préciser la localisation et la taille de la lésion. S'il y a une indication d'exérèse, le traitement fait intervenir un radiologue interventionnel qui réalise une embolisation hyper-sélective et un chirurgien qui effectue l'exérèse de la lésion dans un deuxième temps.

CAS 2