

Ulcérations aphtoïdes

CAS 1



Jacky Samson

*Professeur honoraire
Faculté de Médecine, Genève*

Jean-Christophe Fricain

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

CAS 2



Sur la muqueuse buccale, les ulcérations sont fréquentes et on qualifie trop fréquemment d'aphtes des lésions ayant une autre étiologie. De même, on parle facilement de lésions aphtoïdes devant des lésions qui n'en ont pas les caractéristiques. L'aphte est secondaire à une vasculite leucocytoclasique responsable d'une inflammation et d'une thrombose. L'aphte correspond à un infarctus, d'où son caractère douloureux très particulier ; l'infarctus entraîne une nécrose, d'où son caractère creusant : l'aphte est entouré par un halo érythémateux et repose sur une base indurée qui est due à l'inflammation accompagnant la vasculite.

CAS 1



Motif de la consultation.

Patient de 56 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux, venu consulter pour des « aphtes » sur la langue et sur la joue droite.

Histoire de la maladie.

Ces lésions qui étaient douloureuses et présentes depuis une semaine avaient peu évolué.

Interrogatoire. Il n'y avait pas eu de prodromes, ni signes d'accompagnement. C'est l'apparition des douleurs qui avait alerté le patient; il s'agissait de douleurs modérées, constantes, qui n'augmentaient pas avec le contact. On ne retrouvait pas la notion d'aphtes, même dans l'enfance.

Examen clinique. Les ulcérations linguale et jugale étaient planes, à bords irréguliers, sans base indurée. Il n'y avait pas d'adénopathies cervico-faciales.

Malgré l'absence de caractères spécifiques, le diagnostic d'aphtes a été envisagé. Une corticothérapie (prednisone 1 mg/kg/j x 5 j) a été prescrite pour répondre à la demande du patient qui souhaitait être soulagé. L'évolution a été rapidement favorable mais, 3 semaines plus tard, les ulcérations étaient réapparues. Le traitement avec la thalidomide fut un échec.

Examen paraclinique. Devant l'échec du traitement, une biopsie a été réalisée. L'examen histopathologique a mis en évidence un granulome épithélio-giganto-cellulaire sans nécrose caséuse, ce qui a fait suspecter une maladie de Crohn.

Synthèse. Initialement, on aurait dû réfuter le diagnostic d'aphte et poursuivre les investigations, sans attendre la récurrence et l'échec du traitement d'épreuve que constitue la thalidomide. Les investigations ont confirmé le diagnostic de maladie de Crohn et, 3 mois plus tard, le patient a présenté une évolution brutale de sa maladie qui a nécessité une résection intestinale importante.

CAS 2

**Motif de la consultation.**

Patient de 45 ans, hospitalisé, adressé pour 2 ulcérations linguales évoluant respectivement depuis 3 et 5 jours.

Histoire de la maladie.

L'apparition de la 1^{re} ulcération était survenue dans un contexte légèrement fébrile et une sensation de malaise. Ce patient étant greffé rénal, il s'était présenté le lendemain dans le service qui le suivait régulièrement, et il a été hospitalisé.

Interrogatoire. Ce patient avait subi une transplantation rénale un peu plus de 3 ans auparavant. Il recevait un traitement immunosuppresseur à base de ciclosporine et de prednisone (c'est un cas assez ancien), et il n'avait jamais eu de complications. On ne retrouvait pas la notion d'herpès récidivant labial.

Examen clinique. Sur la pointe de la langue, on observait 2 ulcérations superficielles, douloureuses, grossièrement arrondies, à bords irréguliers, mesurant 10 et 4 mm. Ces ulcérations, recouvertes d'un enduit fibrino-leucocytaire, avaient une croissance centrifuge et augmentaient régulièrement de taille. Il n'y avait pas d'adénopathies cervico-faciales.

Examen paraclinique. Différents prélèvements avaient été effectués dès son hospitalisation, mais ils n'avaient pas été concluants. Un nouveau prélèvement a été réalisé pour rechercher le VHH (virus herpétique humain) par immunofluorescence. Cet examen a confirmé la présence du virus de type 1.

Synthèse. L'herpès buccal chronique, affection du sujet immuno-déprimé, est maintenant bien connu. De nombreux cas ont été observés chez les sujets recevant un traitement immunosuppresseur et dans le SIDA. La physiopathologie du développement des lésions d'herpès chronique est importante à connaître: le VHH se réplique dans les kératinocytes et entraîne leur lyse. Les virions libérés infectent les kératinocytes sains en périphérie afin de poursuivre leur réplication. La lyse des kératinocytes donne des lésions à croissance centrifuge caractéristique et, pour éviter les prélèvements faux négatifs, il faut effectuer le prélèvement à la limite périphérique de l'ulcération et non en son centre comme on a tendance à le faire.

L'évolution caractéristique d'une lésion d'herpès chronique constitue un bon élément diagnostique et, en l'absence d'examens complémentaires rapidement disponibles, il ne faut pas hésiter à entreprendre un traitement anti-herpétique (valaciclovir). Il entraîne une évolution favorable en 36-48 heures, qui confirme le diagnostic, et il empêche une éventuelle extension de l'infection herpétique dont le pronostic peut être très sombre (localisations méningée et pulmonaire).