

Macrocheilies et macrocheilites

Jacky Samson

Professeur honoraire
Faculté de Médecine, Genève

Jean-Christophe Fricain

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

CAS 1



CAS 2



Les macrocheilies et les macrocheilites se caractérisent par une augmentation de volume des lèvres, congénitales ou acquises, partielles ou complètes, avec ou sans signes inflammatoires d'accompagnement. Initialement, la tuméfaction peut être intermittente, évoluant par poussées. Les macrocheilies (lymphangiome, hyperplasie des glandes salivaires accessoires...) sont de nature congénitale et apparaissent dans l'enfance ou l'adolescence ; elles sont le plus souvent symétriques et non inflammatoires. Les macrocheilites sont acquises et associées à des signes inflammatoires chroniques. Devant l'apparition d'une macrocheilite, on discute essentiellement une macrocheilite de Miescher, un syndrome de Melkersson-Rosenthal, un œdème de Quincke, un angioœdème... Mais il existe bien d'autres affections qui peuvent se traduire par une macrocheilite.

CAS 1



Motif de la consultation.

Jeune fille de 13 ans adressée par le service de Dermatologie pour le traitement d'une gingivite. Elle avait consulté pour une cheilite et une perlèche qui avaient d'abord fait suspecter une réaction allergique.

Histoire de la maladie.

Depuis 6 mois, elle présentait une atteinte labiale évoluant par poussées inflammatoires, sans retour à l'état normal entre les poussées.

Interrogatoire. Les lésions labiales (cheilite, perlèche, tuméfaction) sont apparues simultanément, progressivement et sans signes d'accompagnement. Après quelques semaines, les lésions ont régressé partiellement, puis une nouvelle poussée est apparue, avec un érythème débordant sur le revêtement cutané, associé à une sensation de tension douloureuse. En 6 mois, elle a fait deux poussées identiques et les traitements topiques, successivement à base de baume du Pérou, d'acide fusidique et de clobetasol, n'ont eu aucun effet. La patiente n'avait pas remarqué qu'il existait une lésion gingivale.

Examen clinique. Réalisé lors d'une poussée, on observait une macrocheilite partielle et asymétrique de la lèvre inférieure, associée à une perlèche bilatérale; celle de gauche, plus marquée, comportait des raghades et des croûtes mélicériques. La tuméfaction avait une consistance ferme sans être dure et la palpation était légèrement douloureuse. Dans la région canine-prémolaires supérieures gauches, la fibromuqueuse gingivale comportait une plage érythémateuse, sans limite nette, où la muqueuse était turgescente et saignait facilement au contact. Il n'y avait pas d'autres lésions sur la muqueuse buccale.

Examen paraclinique. Devant l'association macrocheilite-perlèche-lésion gingivale, le diagnostic s'est d'emblée orienté vers une maladie de Crohn. La biopsie gingivale a montré la présence de granulomes épithélio-giganto-cellulaires sans nécrose caséuse, confirmant ainsi le diagnostic.

Synthèse. La maladie de Crohn comporte parfois des lésions buccales qui peuvent révéler les lésions intestinales ou les précéder de plusieurs années. Certaines n'ont pas d'aspect clinique spécifique (lésions aphtoïdes, hyperplasie gingivale...), d'autres sont plus caractéristiques. L'association macrocheilite-perlèche, évoluant par poussées, doit plus faire évoquer une maladie de Crohn qu'une réaction allergique, même chez l'enfant.

CAS 1

CAS 2

**Motif de la consultation.**

Diplomate algérien, âgé de 53 ans, qui a effectué en vain de nombreuses consultations pour une macrocheilite partielle de la lèvre inférieure, qui constitue pour lui une gêne esthétique importante.

Histoire de la maladie.

Depuis 3 ans, le patient présentait une macrocheilite intéressant l'hémi-lèvre inférieure droite et qui évoluait par poussées. Initialement, la tuméfaction était moins étendue. Elle n'a jamais régressé complètement entre les poussées et, à chaque poussée, elle s'étendait un peu plus.

Interrogatoire. Le patient était en bonne santé et n'avait pas d'antécédents médico-chirurgicaux. Les poussées s'accompagnaient d'un érythème débordant sur le revêtement cutané et d'une tension douloureuse modérée; en dehors des poussées qui duraient 2 à 4 semaines, la tuméfaction était asymptomatique.

Examen clinique. La consultation initiale a eu lieu lors d'un intervalle entre deux poussées. La macrocheilite occupait presque toute la lèvre inférieure; la lèvre supérieure était indemne. À la palpation, la tuméfaction était indolore et avait une consistance élastique. À l'examen endo-buccal, on notait une glossite losangique médiane et une lésion rétro-commissurale droite granuleuse, caractéristiques d'une candidose chronique en foyers.

Examen paraclinique. Le prélèvement mycologique a confirmé la présence de *Candida albicans*. Comme l'étiologie de la macrocheilite semblait liée à la candidose, il a été décidé de renoncer à la biopsie et de réaliser un traitement d'épreuve.

Synthèse. L'évolution favorable sous traitement antifongique (Nizoral®) a confirmé le lien entre la macrocheilite et la candidose buccale. La forme sclérosante constitue une forme rare de candidose chronique diffuse qui habituellement associe érythème, macroglossie et macrocheilite. Dans ce cas, la macrocheilite était associée à des signes caractéristiques d'une candidose buccale en foyers et non à ceux d'une candidose diffuse, et il n'y avait pas de macroglossie. Avec le traitement antifongique, la régression de la macrocheilite et de la macroglossie est rarement complète et, surtout, comme les candidoses chroniques en foyers, elles ont tendance à récidiver, probablement parce qu'il existe un facteur prédisposant de nature immunitaire.