

Tout ce qui est blanc *n'est pas toujours du muguet!*

Jacky Samson

*Professeur honoraire,
Faculté de Médecine, Genève*

Jean-Christophe Fricain

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

CAS 1



CAS 2



De nombreux praticiens suspectent un muguet devant des lésions blanches étendues de la muqueuse buccale. Ces lésions blanches résultent d'une formation de surface et/ou d'une diminution de la visibilité par transparence des vaisseaux du chorion superficiel. Les lésions kératosiques de surface, en particulier le lichen plan buccal, représentent la principale étiologie des lésions blanches. Classiquement, le muguet, qui représente une véritable culture de Candida in vivo, constitue une autre étiologie des lésions blanches, mais cette forme de candidose est rarement observée en dehors des déficits immunitaires sévères.

Motif de la consultation.

Patient de 60 ans qui est venu consulter pour l'apparition de lésions diffuses sur la muqueuse buccale, donnant une sensation de muqueuse rugueuse. Il signalait la présence de picotements.

Histoire de la maladie.

Les lésions sont apparues brutalement, sans prodromes et sans signes généraux associés.

CAS 1



Interrogatoire. Il s'agissait d'un patient en bonne santé, sans antécédents médico-chirurgicaux, qui n'a jamais fumé et qui ne prenait aucun médicament. Les lésions buccales étaient isolées, en particulier il n'y avait pas de lésions cutanées. L'interrogatoire ne retrouvait aucun facteur déclenchant. La symptomatologie était modérée et elle n'était pas majorée par l'alimentation.

Examen clinique. On observait, sur la muqueuse buccale, un véritable semis plus ou moins dense de lésions ponctiformes, blanchâtres, intéressant la face interne des joues et des lèvres. Il n'y avait pas d'érythème associé et ces lésions ne s'éliminaient pas au frottement. L'extrémité et les faces latérales des papilles filiformes étaient blanchâtres.

Examens paracliniques. Une biopsie a été réalisée. L'examen histopathologique a montré qu'il s'agissait d'un lichen plan à la phase initiale: lésions kératosiques de surface avec un infiltrat inflammatoire limité, siégeant juste sous les lésions kératosiques, et présence d'une discrète exocytose.

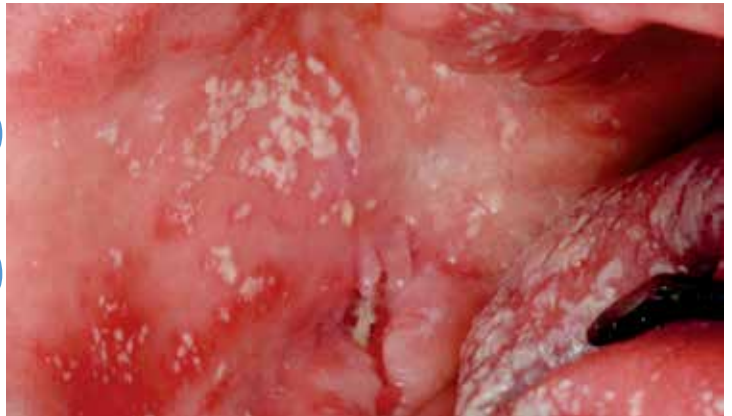
Synthèse. Ce tableau clinique est assez caractéristique d'un lichen plan buccal à la phase initiale qui dure 6-12 mois. Le diagnostic doit être confirmé par un examen histopathologique, car d'autres affections, certes rares, comme la dermatomyosite, peuvent réaliser un tableau clinique comparable.

La symptomatologie reste toujours modérée et elle régresse spontanément en 2-3 semaines. Toutefois, certains auteurs prescrivent dans les formes étendues une corticothérapie *per os* (prednisone 60 mg/j x 5-7 J) qui aurait l'avantage de réduire l'importance des lésions, voire de les faire disparaître.

Pour la plupart des praticiens, ce tableau clinique évoque un muguet et ils vont prescrire un traitement antifongique inapproprié.

CAS 1

CAS 2

**Motif de la consultation.**

Patient de 42 ans, ancien toxicomane, séropositif pour le VIH, qui est venu consulter en 1993 pour des douleurs gênant l'alimentation.

Histoire de la maladie.

Depuis une semaine, lors de l'alimentation, le patient ressentait des brûlures plus ou moins vives en fonction des aliments. En dehors des repas, il percevait un goût métallique et il avait une impression de bouche sèche.

CAS 2

Interrogatoire. Ce patient était séropositif pour le VIH depuis 6 ans, sous traitement antiviral, avec un taux de lymphocytes T CD4 stable (entre 250 et 300/mm³). Il recevait également un traitement préventif pour la pneumocystose (co-trimoxazole) et pour la candidose buccale (fluconazole).

Examen clinique. On notait la présence de nombreuses petites élevures blanchâtres sur la face interne des joues et sur le voile du palais, situées au centre d'une plage érythémateuse ou sur une muqueuse de couleur normale. Lorsque leur densité était élevée, elles avaient tendance à confluer. Ces lésions blanchâtres étaient facilement éliminées en frottant avec une compresse, découvrant une muqueuse érosive. Le dos et les bords de la langue, légèrement érythémateux, étaient le siège de plages blanchâtres, non détachables.

Examens paracliniques. Bien que le diagnostic de candidose buccale semblait évident malgré le traitement antifongique, un prélèvement mycologique avec ensemencement sur CHROMagar® Candida Medium a été réalisé au fauteuil. Il a mis en évidence la présence de *Candida albicans* et de *Candida krusei*.

Synthèse. Tous les praticiens ont entendu parler du muguet, mais ils ignorent souvent que cette candidose aiguë était en réalité une forme de candidose devenue rare avant l'apparition de l'infection à VIH. Son diagnostic était souvent porté par excès devant des lésions blanchâtres qui ne s'éliminaient pas en frottant avec une compresse. Le traitement du muguet commence par l'élimination à la compresse de toutes les colonies de *Candida* présentes sur la muqueuse buccale. Le traitement antifongique fait appel au fluconazole *per os* lorsque le *Candida* n'est pas résistant aux azolés, à l'amphotéricine B ou à la nystatine en traitement topique lorsque le *Candida* est résistant aux azolés (ce qui presque toujours le cas chez les sujets séropositifs pour le VIH).