

UNIVERSITE TOULOUSE III - PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2015

2015-TOU3-3073

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Sophie MAISONGROSSE

Le 8 décembre 2015

**Prise en charge de l'aphtose bucco pharyngée récidivante: étude clinique
dans la région Midi-Pyrénées**

Directeur de thèse: Dr Marion PESUDO

JURY

| | |
|-----------------|---------------------------------|
| Président: | Professeur Frédéric VAYSSE |
| 1ère assesseur: | Dr Philippe CAMPAN |
| 2ème assesseur: | Dr Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN |
| 3ème assesseur: | Dr Marion PESUDO |



**UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER**





Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONIOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR

Mme Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Anne-Marie GRIMOUD

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Marie-Christine MORICE

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE †

Mr Jean-Philippe LODTER

Mr Gérard PALOUDIER

Mr Michel SIXOU

Mr Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

Mme Geneviève GRÉGOIRE

Mr Gérard PALOUDIER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

56.01 PÉDODONTIE

Chef de la sous-section :

Mme BAILLEUL-FORESTIER

Professeur d'Université :

Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr VAYSSE

Maîtres de Conférences :

Mme NOIRRIT-ESCLASSAN

Assistants :

Mme DARIES, Mr MARTY

Chargés d'Enseignement :

Mr DOMINÉ

56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Chef de la sous-section :

Mr BARON

Maîtres de Conférences :

Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,

Assistants :

Mme GABAY-FARUCH, Mme YAN-VERGNES

Assistant Associé

Mr TOURÉ

Chargés d'Enseignement :

Mme MECHRAOUI, Mr MIQUEL

56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

Chef de la sous-section :

Mr HAMEL

Professeur d'Université :

Mme NABET, Mr PALOUDIER, Mr SIXOU

Maître de Conférences :

Mr HAMEL, Mr VERGNES

Assistant :

Mlle BARON

Chargés d'Enseignement :

Mr DURAND, Mr PARAYRE

57.01 PARODONTOLOGIE***Chef de la sous-section :*** **Mr BARTHET**

Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN

Assistants : Mr MOURGUES, Mme VINEL

Chargés d'Enseignement : Mr CALVO, Mr LAFFORGUE, Mr SANCIER

57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION***Chef de la sous-section :*** **Mr COURTOIS**

Professeur d'Université : Mr DURAN

Maîtres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY

Assistants : Mme BOULANGER, Mme CROS, Mr EL KESRI

Chargés d'Enseignement : Mr FAUXPOINT, Mr L'HOMME, Mme LABADIE

57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE***Chef de la sous-section :*** **Mr POULET**

Professeurs d'Université : Mr KEMOUN

Maîtres de Conférences : Mme GRIMOUD, Mr POULET

Assistants : Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mr LEMAITRE, Mme PESUDO

Chargés d'Enseignement : Mr BLASCO-BAQUE, Mr SIGNAT, Mme VALERA

58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE***Chef de la sous-section :*** **Mr DIEMER**

Professeurs d'Université : Mr DIEMER

Maîtres de Conférences : Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE

Assistants : Mr BONIN, Mr BUORO, Mme DUEYMES, Mr MICHETTI, Mme RAPP

Assistant Associé : Mr HAMDAN

Chargés d'Enseignement : Mr BALGUERIE, Mr ELBEZE, Mr MALLET

58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)***Chef de la sous-section :*** **Mr CHAMPION**

Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR

Maîtres de Conférences : Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS

Assistants : Mr CHABRERON, Mr GALIBOURG, Mr HOBEILAH, Mr KNAFO, Mme SELVA

Chargés d'Enseignement : Mr BOGHANIM, Mr DESTRUHAUT, Mr FLORENTIN, Mr FOLCH, Mr GHRENASSIA,

Mme LACOSTE-FERRE, Mr POGÉANT, Mr RAYNALDY, Mr GINESTE

58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE***Chef de la sous-section :*** **Mme JONIOT**

Professeur d'Université : Mme GRÉGOIRE

Maîtres de Conférences : Mme JONIOT, Mr NASR

Assistants : Mr CANIVET, Mme GARNIER, Mr MONSARRAT

Chargés d'Enseignement : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mr ETIENNE, Mme MAGNE, Mr TREIL, Mr VERGÉ

*L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 Mai 1891).*

Mise à jour au 3 Novembre 2015

Remerciements :

A Papa,

Sans qui je ne ferais pas partie de la grande famille des dentistes ; merci d'être là.

A Maman,

Pour sa délicieuse façon de nous soutenir dans nos études : les bons petits plats quand il faut (ou au moins leur planification!) et tout le reste.

A Paul,

Qui m'a évité une carrière beaucoup trop prenante et à Marie sans qui j'aurais pu attendre avant de marier mon frère ; beaucoup de bonheur à tous les deux.

A Mamie,

Qui pensera toujours plus aux autres qu'à elle. Paul tu as oublié le chausson aux pommes dans la liste de ses spécialités...

A mes oncles et tantes

Qui ont tous contribué d'une façon ou d'une autre à mon accomplissement.

A Eulalie, Thomas, Achille, Jeanne, Marie et bientôt Adèle,

Qui sauront bien assez vite répondre à leur récurrente question : « Pourquoi tu dois travailler même en vacances? ». Bisous à tous les cousins Maisongrosse également.

Aux cousins Fabre,

Pour les bons souvenirs de La Salvetat.

A ma Flo (Hanquiez),

Pour avoir éclairci mes années à St Jo (et bien d'autres).

A Laura et Baptiste

Pour nos délicieuses soirées parisiennes.

A Philippe,

Pour le coup de boost arrivé juste à temps ; si ton goût pour le travail ne m'a pas encore contaminée, il m'aura au moins servi d'exemple.

Aux colocs,

Sans qui ces belles années d'études n'auraient pas été les mêmes.

A toutes les ZOUZS,

Flo, MSPG, Mina, Jenny, Gaby, Caro, Charlotte, Julie que ferais-je sans les restos, soirées, week-end en raies et autres bons moments passés ensemble.

Aux plus swags (masculins),

JB, PM, Tim, Béré, Michette, pour tous les repas de Noël, dinde de thanksgiving et we à Ger passés ensemble; attentions particulières à mon binôme de travail et à mon binôme de clinique.

A Vicouille qu'on aimerait voir beaucoup plus souvent.

Aux copines de médecine,

Clotaire, Milou et Mumu : bon courage pour la suite ;)

A tous les autres,

Pour avoir fait partie de ma vie à un moment ou à un autre, merci.

A Juliette

Le meilleur pour la fin : ma sista adorée. Je te souhaite beaucoup de réussite dans tous les domaines, merci d'être la plus chouette des petites sœurs! (Et accessoirement de m'avoir inspiré le sujet de cette thèse...)

A notre Président du jury**Monsieur le Professeur Frédéric Vaysse**

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier,
- Diplôme d'Etudes Approfondies en Imagerie et Rayonnement en Médecine,
- Habilitation à diriger des recherches (H.D.R).

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Nous exprimons notre reconnaissance pour votre expérience, pour votre approche humaine ainsi que votre pédagogie.

Nous tenons également à vous remercier pour votre sympathie et votre compétence.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

A notre jury de thèse

Monsieur le Docteur CAMPAN Philippe

- Maître de Conférences des Universités, praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier,
- Board Européen de chirurgie buccale,
- Spécialiste qualifié en chirurgie orale.

Nous sommes honorés de vous compter parmi le jury de cette thèse. Nous vous remercions pour votre sympathie et la qualité de votre enseignement.

Votre expérience est une véritable source de respect et de motivation.

Nous vous prions d'accepter nos considérations les plus distinguées.

A notre jury de thèse

Madame le Docteur NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Ancienne Interne des Hôpitaux,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

Nous sommes honorés de vous compter parmi le jury de cette thèse. Nous vous remercions de votre bonne humeur et de votre pédagogie, les vacances passées avec vous à l'hôpital des enfants ont été des plus constructives.

Veillez trouver ici l'assurance de notre sincère estime.

A notre Directrice de thèse

Madame le Docteur PESUDO Marion

- Assistante hospitalo-universitaire d'Odontologie
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Maîtrise Sciences, Technologies, Santé, mention : Biologie, Santé
- CES de chirurgie Dentaire : Parodontologie,
- DU de Dermatologie-Vénérologie de la muqueuse buccale,
- DU Imagerie 3D,
- DU d'Anesthésie Générale et Sédation en Odontologie Clinique,
- Diplôme d'Etudes Supérieures en Chirurgie Buccale,
- DU d'Implantologie Chirurgicale et Réhabilitation Orale.

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de diriger cette thèse. Nous vous remercions pour l'implication et la bienveillance dont vous avez fait preuve dans la direction de ce travail.

Nous vous remercions également tout particulièrement pour le temps et la disponibilité que vous nous avez consacrés ainsi que de l'enseignement que vous nous avez dispensé en stage clinique.

Nous espérons avoir été à la hauteur de vos espérances. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre admiration et de notre gratitude.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION..... | 15 |
| | |
| Partie 1 : L'aphtose bucco pharyngée récidivante..... | 16 |
| I. <u>Définition</u> | 16 |
| 1) Définitions..... | 16 |
| 2) Prévalence..... | 17 |
| II. <u>Diagnostic</u> | 18 |
| 1) Diagnostic positif..... | 18 |
| a- Interrogatoire..... | 18 |
| b- Examen clinique..... | 19 |
| -Aphtose commune..... | 20 |
| -Aphtose géante..... | 20 |
| -Aphtose miliaire..... | 20 |
| c- Examens complémentaires..... | 21 |
| 2) Diagnostic étiologique..... | 21 |
| a- Pathogénie..... | 21 |
| b- Facteurs physiologiques..... | 22 |
| - Génétiques..... | 22 |
| - Endocriniens..... | 22 |
| - Psychologiques..... | 22 |
| c- Facteurs environnementaux..... | 23 |
| - Alimentation..... | 23 |
| - Médicaments..... | 23 |
| - Carences..... | 24 |
| - Non tabagisme..... | 25 |

| | | |
|------|---|----|
| d- | Facteurs immuno-allergiques..... | 25 |
| e- | Facteurs pathologiques..... | 26 |
| - | Maladie de Behçet..... | 26 |
| - | Maladie de Crohn..... | 27 |
| - | Maladie coeliaque et allergie au gluten..... | 27 |
| - | MAGIC syndrome..... | 28 |
| - | PFAPA syndrome..... | 28 |
| - | VIH..... | 29 |
| - | Pathologies sanguines (neutropénie cyclique, agranulocytose)..... | 29 |
| - | Syndrome de Sweet..... | 30 |
| - | Syndrome de Reiter..... | 30 |
| 3) | Diagnostic différentiel..... | 33 |
| a- | Pathologies virales..... | 33 |
| - | Herpès..... | 33 |
| - | Herpangine..... | 34 |
| - | Syndrome main pied bouche..... | 34 |
| - | Virus de la varicelle et du zona..... | 35 |
| - | MNI (mononucléose infectieuse)..... | 36 |
| - | GUN (gingivite ulcéro-nécrotique)..... | 37 |
| - | Syphilis..... | 37 |
| b- | Pathologies à bulles..... | 38 |
| - | Erythème polymorphe..... | 38 |
| - | Syndrome de Lyell et de Steven Johnson..... | 39 |
| - | Pemphigus et pemphigoïde..... | 39 |
| c- | Traumatismes..... | 40 |
| - | Morsure..... | 40 |
| - | Brûlure et gelure..... | 40 |
| - | Autres..... | 41 |
| d- | Tumeurs malignes..... | 42 |
| III. | <u>Traitements</u> | 44 |
| 1) | Médicamenteux..... | 44 |
| a- | Locaux..... | 44 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| - Anesthésiques..... | 44 |
| - Bains de bouche antiseptiques..... | 44 |
| - Acide trichloracétique..... | 44 |
| - Anti-inflammatoires locaux..... | 45 |
| - Antibiotiques locaux..... | 46 |
| - Nicotine..... | 46 |
| - Gingembre..... | 46 |
| b- Systémiques..... | 47 |
| - Antalgiques..... | 47 |
| - Oméga 3..... | 47 |
| - Vitamines..... | 48 |
| c- Traitements des formes graves..... | 48 |
| - Corticostéroïdes systémiques..... | 48 |
| - Pentoxifylline..... | 49 |
| - Colchicine..... | 49 |
| - Thalidomide..... | 50 |
| 2) Chirurgicaux..... | 51 |
| a- Résection chirurgicale..... | 51 |
| b- Lasers..... | 51 |
| 3) Indications thérapeutiques..... | 52 |

Partie 2 : Etude clinique.....53

| | |
|--|----|
| I. <u>Objectif</u> | 53 |
| II. <u>Critères de sélection des dentistes</u> | 53 |
| III. <u>Moyens</u> | 53 |
| 1) Questionnaire..... | 53 |
| 2) Mode d'envoi du questionnaire..... | 55 |
| IV. <u>Nombre de réponses</u> | 55 |
| V. <u>Analyse</u> | 56 |

| | |
|--|---------------|
| 1) Questions sur l'interrogatoire et l'examen clinique..... | 56 |
| 2) Les examens complémentaires..... | 58 |
| 3) La collaboration avec d'autres professionnels de santé..... | 59 |
| 4) Le diagnostic..... | 60 |
| 5) Le traitement..... | 61 |
| VI. <u>Discussion</u> | 62 |
| Partie 3 : Cas clinique | 64 |
| I. <u>Démarche diagnostique</u> | 64 |
| 1) Interrogatoire..... | 64 |
| 2) Examen clinique exo-buccal..... | 65 |
| 3) Examen clinique endo-buccal..... | 65 |
| II. <u>Prise en charge</u> | 66 |
| III. <u>Conclusion du cas clinique</u> | 68 |
| CONCLUSION | 69 |
| TABLE D'ILLUSTRATION | 71 |
| BIBLIOGRAPHIE | 73 |

INTRODUCTION

L'aphtose bucco pharyngée correspond à la stomatite aphteuse récidivante des auteurs de langue anglaise. Elle exige au moins 4 poussées par an pour parler de stomatite récidivante. Les aphtes récidivants sont un motif fréquent de consultation de part la douleur qu'ils génèrent. Selon la localisation de l'aphte, les patients peuvent présenter une gêne à l'élocution et à l'alimentation.

Si le diagnostic positif est souvent rapide, le diagnostic étiologique est plus complexe ; en effet une multitude de facteurs, pathologiques ou non, peuvent être à l'origine des poussées. Or, si la prise en charge de l'aphtose est uniquement symptomatique elle sera décevante pour le patient car elle ne traitera pas la récurrence.

Afin d'adopter la meilleure thérapeutique il est donc essentiel de réaliser une démarche diagnostique complète.

L'objectif de ce travail est de déterminer de façon précise la conduite à tenir face à une aphtose récidivante, autant par la description des étiologies possibles (avec les examens complémentaires qui y conduisent) que par la recherche des données actuelles des traitements.

Cette prise en charge sera illustrée par la description d'un cas clinique. Par ailleurs une étude nous permettra de faire un état des lieux des habitudes des chirurgiens dentistes au travers d'un questionnaire.

PARTIE 1 : L'APHTOSE BUCCO PHARYNGÉE RÉCIDIVANTE

I. Définition

1) Définitions

Plusieurs lésions élémentaires sont décrites :

- L'érosion : Les érosions sont des pertes de substance circonscrites et superficielles n'intéressant que l'épithélium de revêtement et la partie superficielle du chorion. Habituellement post-bulleuses, post-vésiculeuses ou post-traumatiques, elles ne laissent pas de cicatrices.



Image 1 : Erosion herpétique (1)

- L'ulcération : Les ulcérations sont des pertes de substance plus ou moins profondes, intéressant l'épithélium de surface et les tissus sous-jacents. L'atteinte peut aller jusqu'au chorion moyen ou profond et les cicatrices sont possibles.



Image 2 : Ulcération traumatique (2)

- L'aphte : Lésion élémentaire de l'aphtose, représentée par une forme particulière d'ulcération buccale avec un fond jaunâtre et un halo érythémateux (3).

L'aphte peut apparaître soit de façon isolée et ponctuelle, soit multiple et récidivante définissant, dans ce dernier cas, l'aphtose (4). On parlera d'aphtose à partir de récurrences espacées de moins de 3 mois (plus de 4 fois par an).



Image 3 : Aphte (1)

- Le chancre : Erosion ou ulcération d'origine infectieuse, provoquée par la pénétration d'un agent spécifique.



Image 4 : Chancre syphilitique (5)

2) Prévalence

L'aphtose récidivante peut affecter jusqu'à 66% de la population selon les régions, par exemple elle sera fréquente en Amérique du nord et beaucoup plus rare chez les Arabes bédouins (6) et les populations noires (7). De même les femmes ainsi que les enfants semblent être plus touchés ; bien que toutes les études ne montrent pas de résultats systématiques à propos du sexe.

En terme d'âge, selon Gàndara et al, les lésions apparaissent avant 10 ans dans 13 à 14% des cas, entre 11 et 20 ans dans 46% et entre 21 et 30 dans 24%. Il semblerait que certaines formes atteignent plutôt les sujets âgés (aphtose de Cooke), et d'autres, les plus jeunes (aphtose géante).

Le facteur socio économique présente des contradictions : s'il est significatif pour Crivelli et al. avec 19% d'aphtose dans une école de haut niveau et de 12% dans une autre moins sélective, il ne l'est pas selon l'étude de Bessa réalisée en 2004.

Les études de Mc Cullough et al. et de Rivera-Hidalgo et al. arrivent en revanche aux mêmes conclusions en terme de sexe et de niveau socio économique : les femmes et les niveaux les plus élevés seraient plus touchés (8).

Si le tabac est un facteur de risque pour de nombreuses pathologies il n'en est rien pour l'aphtose ; au contraire il semble être un facteur protecteur, les fumeurs étant moins touchés par l'aphtose que les non fumeurs (7).

Par ailleurs, si l'aphte peut apparaître à tout moment de l'année, une légère prédominance est observée en été et en automne (9).

I. Diagnostic

1) Diagnostic positif

a- Interrogatoire

A l'interrogatoire, le signe retrouvé de façon constante est la douleur (pouvant aller de la simple gêne à des difficultés d'élocution et d'alimentation) ; par ailleurs les patients touchés pourront signaler qu'ils sont obligés d'effectuer une sélection dans le choix des aliments avec exclusion de ceux pouvant irriter la lésion (tels que les fruits à coque) ou exacerber la douleur (tels que les aliments acides).

L'interrogatoire permettra également d'écartier certains diagnostics différentiels qui seront décrits plus tard : seront détaillés l'âge, les antécédents médicaux, les circonstances et dates d'apparition des lésions, les prises médicamenteuses ou traitements dentaires éventuels, la présence ou non d'intoxication alcool-tabagique, la sérologie VIH... (10)

b- Examen clinique

A l'examen clinique exo-buccal, peu de signes peuvent être évocateurs ; l'adénopathie n'est généralement pas retrouvée bien que des micro-adénopathies soient parfois décrites. S'ajoutent à la palpation des aires ganglionnaires cervicales, la recherche de signes cutanéomuqueux ou systémiques d'orientation.

L'examen clinique endo-buccal renseigne sur le nombre, le siège, la taille, la forme, le fond, les contours de l'ulcération et l'aspect de la muqueuse péri-ulcéreuse. Le toucher permet d'étudier la dureté, la souplesse, le caractère hémorragique, l'infiltration des plans profonds, l'extension et la sensibilité des lésions. Plusieurs formes d'aphtoses (décrites initialement par Cooke) doivent être détaillées.

Tableau 1 : Les différentes formes d'aphtoses

| Aphthose | Caractéristiques |
|--|---|
| <p data-bbox="296 344 512 376">Aphthose commune</p>  | <ul style="list-style-type: none"> -1 à 10 lésions par poussée -phase prodromique courte (type picotement, sensation de cuisson) -forme ronde (ou ovale dans le pli du vestibule) -2 à 10 mm de diamètre -fond régulier couleur jaunâtre (beurre frais) ou grisâtre -bords nets -base infiltrée -halo érythémateux -rarement confluentes -pas de saignement -cicatrise en 7 à 14 jours -localisée seulement sur les muqueuses peu kératinisées (cela exclut la gencive le palais et le dos de la langue le plus souvent) |
| <p data-bbox="317 920 501 952">Aphthose géante</p>  | <ul style="list-style-type: none"> -1 à plusieurs lésions -phase prodromique courte -forme plus ou moins ronde et régulière -1 à 5 cm de diamètre -bord surélevé, fond creusé -contours nets et réguliers -inflammation plus profonde atteignant le chorion -cicatrisation plus longue : 2 à 3 mois souvent synéchiante et mutilante pouvant amputer la lèvre, souder les piliers ou le bord du voile à la paroi pharyngée postérieure -fréquemment localisée sur le voile, le pharynx, les amygdales, la lèvre -adénopathie plus fréquente |
| <p data-bbox="306 1458 499 1489">Aphthose miliaire</p>  | <ul style="list-style-type: none"> -plusieurs dizaines d'aphtes en bouquet -diamètre inférieur à 2mm -lésions érosives multiples, plates, souvent confluentes prenant alors des contours polycycliques ressemblants aux aphtes géants ou à la lésion de l'herpès -peu profonde -liseré érythémateux noyé dans un placard inflammatoire -cicatrisation en 7 à 30 jours mais la récurrence est parfois si fréquente que les ulcérations deviennent virtuellement continues -peut se situer sur la face dorsale de la langue. |

(2) (1) (11) (12) (10) (6) (13) (14) (15)

c- Examens complémentaires

Aucun examen biologique n'aide au diagnostic de l'aphte, toutefois, face à une aphtose récidivante les examens complémentaires permettront d'écarter des diagnostics différentiels décrits plus tard (4). La biopsie n'est indiquée qu'en cas de doute diagnostique, elle peut montrer une image de vascularite avec nécrose secondaire qui ne diffère selon les formes que par le calibre des vaisseaux intéressés (10).

2) Diagnostic étiologique

a- Pathogénie

L'aphte débute par l'apparition d'un infiltrat inflammatoire en réponse à des stimuli divers. Cet infiltrat se compose essentiellement de lymphocytes T helpers, de monocytes, macrophages et mastocytes. Ces cellules secrètent des cytokines de l'inflammation telles que l'interleukine 2, l'interféron gamma et le TNF α (tumor necrosis factor alpha) dont les taux seront bien plus élevés et persistants que face à une ulcération traumatique banale ; peut être en raison d'un trouble des mécanismes de régulation. De même le taux d'interleukine-10 protectrice sera inférieur à la normale. Le TNF α va alors jouer son rôle pro-inflammatoire en recrutant et activant les polynucléaires ainsi qu'en favorisant l'adhésion de ces derniers aux cellules endothéliales des vaisseaux. Puis les ions OH⁻ libérés par les polynucléaires ainsi que les lymphocytes killers achèvent le processus de l'ulcération avec la création de vasculites locales (16).

b- Facteurs physiologiques

- Génétiques

Les antécédents génétiques sont des facteurs de risque connus des aphtoses ; en effet ils sont présents chez plus de 40% des patients souffrant de la maladie et sont associés à des lésions plus sévères et intervenant à un âge plus précoce que chez les autres patients (17) (6). De même, il existe une corrélation de l'affection chez les jumeaux (13). Contrairement à la maladie de Behçet il n'a pas été détecté d'association significative de l'aphtose buccale récidivante avec un haplotype HLA particulier (16).

- Endocriniens

Les aphtes, et en particulier les aphtes géants, peuvent être soumis à une évolution cyclique chez les femmes ; ils apparaîtraient quelques jours avant les menstruations et, à contrario, seraient absents pendant les grossesses. Cette périodicité pourrait être expliquée par les modifications de la réponse immunitaire et de la perméabilité des muqueuses au cours de ces événements (18).

- Psychologiques

Il a été montré une corrélation entre le stress et l'apparition de lésions aphteuses ; les étudiants en période d'examen présenteraient effectivement un pourcentage de lésions supérieur à celui observé en période de vacances. De même les patients rapportent souvent le rôle du stress, des émotions, de l'anxiété, ou de la fatigue dans le déclenchement et l'importance des lésions mais cela n'a jamais été démontré (16). Plusieurs explications peuvent être apportées : tout d'abord, les micro-traumatismes, type tics de morsure, peuvent déclencher l'apparition d'un aphte ; ensuite, la diminution des défenses immunitaires en période de stress expose davantage le patient (13) (19).

c- Facteurs environnementaux

- Alimentation

Certains aliments peuvent provoquer l'apparition de lésions aphteuses et augmenter ainsi la fréquence de l'aphtose ; parmi ces aliments sont présents : le lait de vache, le fromage (en particulier cheddar et gruyère), le chocolat, les fruits à coque et fruits secs, la tomate et fruits acides, la moutarde, les épices, le chou, le miel, le café, la pomme de terre... (4) (13). Il est également admis que les microtraumatismes lors de l'alimentation suscitent le développement des aphtes. De même, il faut se méfier de nos soins : anesthésie, matériel orthodontique ou prothétique peuvent déclencher des lésions.

- Médicaments

Des médicaments pourraient être à l'origine de lésions aphtoïdes ; les plus relatés dans la littérature sont les suivants :

- les AINS : anti-inflammatoires,
- les sels d'ors : indiqués pour les patients souffrant de rhumatismes,
- la D-penicillamine : antibiotiques chélateurs de métaux lourds également prescrits dans le cadre de rhumatismes,
- le nicorandil : vasodilatateur utilisé pour les pathologies cardiaques (ainsi que le captopril, inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine I et le phénindione, anticoagulant),
- certains antiépileptiques : carbamazépine, hydantoïne et barbituriques,
- le méthotrexate, antagoniste de l'acide folique (vitamine B9), utilisé pour certains type de cancers, la polyarthrite rhumatoïde et le sporiasis.

- l'alendronate : bisphosphonate, traitement de l'ostéoporose post-ménopausique,
- l'hexachlorophène et l'hypochlorite de sodium: antiseptiques,
- le laurylsulfate de sodium : contenu dans certains dentifrices.

Il s'agirait de toxidermies aphtoïdes ou d'aphtes induits ; ce diagnostic d'aphtose médicamenteuse sera confirmé par la guérison à l'arrêt de la substance incriminée (6) (16) (20) (4).

- Carences

Les carences vitaminiques sont souvent difficiles à déceler. L'unique présence du signe endo-buccal fait poser à tort le diagnostic d'aphtose idiopathique. Par exemple l'avitaminose B12 peut se manifester dans les premiers temps par de simples ulcérations buccales récidivantes, mais peut aussi évoluer en atteinte neurologique irréversible ; c'est pourquoi le dosage de la vitamine B12 sérique peut être recommandé (21).

De même, les déficits en fer, acide folique, zinc, sélénium, vitamine B1, B2 et B6 ont été corrélés avec l'apparition d'aphtose ; Nolan et al. ont trouvé que 28,2% des personnes en souffrant avaient des déficiences en vitamines B1, B2 ou B6 (17). Ainsi le dosage sérique de ces vitamines et oligo éléments sera prescrit en examen complémentaire si aucune autre étiologie n'est suspectée (6) (16) (22).

Tableau 2 : Signes endo-buccaux en cas de carence vitaminiques

| Vitamine ou Oligoélément | Signe endo-buccal en cas de carence (autre que l'aphtose) |
|------------------------------|---|
| B1 (Thiamine) | Signes endo-buccaux non systématiques, suspecté en cas d'éthylisme, d'alimentation glucidique, de radiothérapie, de prise d'antifongiques |
| B2 (Riboflavine) | Perlèche, glossite, chéilite |
| B6 (Pyridoxine) | Glossodynies |
| B9 (Acide folique) | Glossites, stomatites en aires |
| B12 (Cyanocobalamine) | Anémie de Biermer : stomatite érosive et glossite dépapillante avec stomatodynie. |
| Fer | Chéilite angulaire et glossite érythémateuse dépapillante |

- Non tabagisme

La consommation de tabac aurait un effet protecteur contre les aphtes ; effectivement la kératinisation des muqueuses qu'elle entraîne rendrait celles-ci moins sensibles aux irritations pouvant être à l'origine d'aphtose. Par ailleurs, la nicotine et ses métabolites diminueraient le taux de cytokines pro-inflammatoires et augmenteraient celui des cytokines anti-inflammatoires, limitant ainsi la réaction inflammatoire à l'origine des aphtes (17). Ainsi le nombre de lésions ainsi que leur fréquence seraient réduits chez les fumeurs (23). Cela ne doit évidemment pas servir d'argument en faveur d'un tabagisme à but thérapeutique.

d- Facteurs immuno-allergiques

Certains patients développent des hypersensibilités par rapport à certains aliments. Effectivement Besu et al. ont reporté la présence d'une forte association entre le haut niveau d'immuno-globulines A, E et G anti-lait de vache et les manifestations aphteuses (17). Les patients pourront alors présenter d'autres manifestations touchant le tube digestif dont nous reparlerons dans le chapitre sur la maladie coeliaque.

e- Facteurs pathologiques

- Maladie de Behçet

La maladie de Behçet est une vascularite comportant initialement une triade associant aphtose buccale, aphtose génitale et uvéite. De diagnostic essentiellement clinique, on pourra la confondre avec une aphtose récidivante idiopathique tant qu'elle ne présentera pas de signes exo-buccaux.

En effet les aphtes buccaux existent dans 98% des cas et répondent à la description précédemment réalisée dans le chapitre de l'aphtose commune, mais ils peuvent se situer sur les muqueuses kératinisées telles que le palais ou le pourtour de la langue. On ne peut les différencier de l'aphtose buccale banale, mais leur nombre, leur répétition et l'invalidité qu'ils entraînent, doivent inquiéter.

Les aphtes génitaux existent dans 60 % à 65 % des cas et sont très évocateurs de la maladie de Behçet. Ils siègent chez l'homme sur le scrotum, plus rarement sur la verge ou dans l'urètre ; chez la femme, sur la vulve, le vagin et le col. Ils peuvent être soit disséminés et douloureux, soit totalement latents. Les aphtes génitaux laissent des cicatrices dépigmentées permettant un diagnostic rétrospectif.

Les aphtes peuvent également siéger sur l'oesophage, l'estomac, l'intestin (entraînant exceptionnellement des perforations) et la marge anale (24).



Images 5 et 6 : Atteintes scrotale et oculaire de la maladie de Behçet (6)

- Maladie de Crohn

La maladie de Crohn est une pathologie inflammatoire du tube digestif pouvant être à l'origine d'ulcérations buccales récidivantes.

Les signes cliniques dépendent de la localisation des lésions et peuvent avoir une intensité variable. Les symptômes les plus fréquents sont : les troubles du transit intestinal (diarrhée ou subocclusion), les évacuations de glaires et/ou de sang, les douleurs abdominales, l'altération de l'état général, la perte de poids et/ou la fièvre.

Les signes biologiques sont très variables et ne sont pas spécifiques. Une vitesse de sédimentation (VS) et une *C reactive protein* (CRP) normales rendent improbable le diagnostic de maladie de Crohn en poussée, mais n'écartent pas une forme transitoirement quiescente. La numération-formule sanguine est utile pour détecter une anémie, dont le mécanisme peut être inflammatoire, par saignement, ou mixte. La carence en vitamine D et la carence martiale sont fréquentes. En cas de résection iléale étendue, il faut penser à une possible carence en vitamine B₁₂. L'élévation de la calprotectine fécale est un nouveau moyen de quantifier l'inflammation du côlon (25).

- Maladie coeliaque et allergie au gluten

La maladie cœliaque est une maladie auto-immune dont l'antigène responsable est le gluten alimentaire. La maladie survient chez des patients génétiquement prédisposés exprimant une molécule du système HLA de classe II particulière.

Les signes classiques de l'affection sont en relation avec une malabsorption de l'intestin grêle : diarrhée avec stéatorrhée, amaigrissement, dénutrition, asthénie et douleurs abdominales. Les anomalies biologiques sont : une anémie par carence en fer, folates, vitamine B₁₂ ; un déficit en facteurs vitamine K dépendants (II, VII, IX et X) ; une hypoalbuminémie ; une hypocalcémie ; une hypomagnésémie et un déficit en zinc. Cette forme

classique est actuellement minoritaire et les formes atypiques, paucisymptomatiques ou silencieuses, représentent actuellement la majorité des cas diagnostiqués chez l'adulte. Le diagnostic de maladie coeliaque peut être évoqué devant une augmentation des transaminases, voire une hépatopathie sévère inexpliquée, une anémie isolée, une aphtose buccale récidivante ou encore des troubles fonctionnels intestinaux (26).

Un régime sans gluten peut alors soulager le patient bien que de l'établissement d'un tel régime soit parfois difficile.

- MAGIC syndrome (mouth and genital ulcers with inflammated cartilages)

Le MAGIC syndrome est un syndrome d'origine suspectée auto-immune qui regroupe des ulcérations buccales et génitales associées à une inflammation des cartilages (polychondrite chronique atrophiante). Les rares cas relevés sont souvent diagnostiqués au départ comme maladie de Behçet puis l'apparition de la chondrite vient préciser le diagnostic. Elle débute souvent par une atteinte du pavillon de l'oreille (« aubergine ») respectant le lobule, puis s'en suivent des douleurs des cartilages costaux ou des articulations des membres (27) (28). Le traitement consiste en l'administration de corticoïdes et d'immunosuppresseurs (16).

- PFAPA syndrome (*Periodic Fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis, cervical Adenitis*)

L'aphtose est également retrouvée dans le PFAPA syndrome qui est la cause la plus fréquente de fièvre récurrente d'origine inflammatoire. Son diagnostic se base sur des critères diagnostiques, après exclusion d'autres pathologies, en particulier les fièvres périodiques monogéniques. Seront retrouvés pharyngite, adénopathies cervicales, céphalées, coryza, douleurs abdominales et diarrhée (16). Les critères utilisés actuellement sont peu

précis et peu spécifiques tout comme son traitement; le pronostic reste néanmoins bon et sans séquelles avec en général une rémission durant l'enfance (29).

- VIH

L'aphtose fait partie des nombreux signes endo-buccaux pouvant évoquer l'entrée dans la phase SIDA, en effet face à la neutropénie l'apparition d'ulcérations récidivantes est croissante avec l'évolution de la maladie. Par conséquent le diagnostic au cabinet dentaire d'aphtoses associé à d'autres lésions suspectes telles que candidose, herpès, leucoplasie orale chevelue, gingivite-ulcéro-nécrotique et autres doit amener le praticien à prescrire un examen sérologique au plus vite afin de prendre en charge et limiter les conséquences de cette affection grave (30).

- Pathologies sanguines (neutropénie cyclique, agranulocytose)

L'aphtose buccale et parfois génitale peut rentrer dans le cadre d'une affection rare qui est la neutropénie cyclique: caractérisée par une chute des polynucléaires neutrophiles tous les 21 à 28 jours, avec fièvre et épisodes infectieux répétés. Ces observations illustrent la nécessité de pratiquer des numérations formules sanguines à un rythme régulier de 21 jours devant des épisodes récidivants d'aphtose buccale afin de faire le diagnostic à temps de neutropénie cyclique (31).



Image 7 : Ulcération labiale (agranulocytose)

- Syndrome de Sweet

Le syndrome de Sweet est une dermatose neutrophilique qui atteint le plus souvent les femmes d'âge moyen. Il débute par un syndrome pseudo grippal puis les signes cutanés apparaissent 1 à 3 semaines plus tard accompagnés d'une fièvre pouvant aller jusqu'à 40°. Les lésions sont des papules évoluant en plaques érythémateuses bien délimitées. Elles seront sensibles ou douloureuses, de taille variable sur le visage, le cou, la face et les membres. L'atteinte buccale ou génitale se traduit par des lésions aphtoïdes ou des ulcérations.

La numération formule sanguine montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. La guérison sera spontanée en 5 à 6 semaines.
(32)



Image 8 : Lésions cutanées observées lors d'un syndrome de Sweet (32)

- Syndrome de Fiessinger Leroy Reiter

Ce syndrome touche à 90% des hommes jeunes. Sa pathogénie associe une cause génétique à une infection bactérienne. L'affection débute par un épisode diarrhéique suivi de manifestations oculaires (conjonctivite), génitales (urétrite) et articulaires (arthrite) notamment au niveau de l'articulation temporomandibulaire (douleurs et dysfonctions).

Au niveau buccal, les lésions apparaissent comme des plages rouges, arrondies ou circinées, un peu surélevées, d'un diamètre de 1 à 10 mm, entourées d'un liseré blanchâtre ; elles peuvent aussi se présenter sous forme de vésicules opaques ou de plages érythémateuses brillantes à surface granuleuse. Elles siègent sur le palais dur, le voile, la langue, la face interne des joues, les gencives. Elles sont asymptomatiques. Au niveau de la langue, on note des lésions migratrices comparables à celles rencontrées dans la langue géographique. Les lésions cutanées (papulopustules) sont plus rares et se rencontrent dans les formes sévères. (33)

Tableau 3 : Pathologies à rechercher face à une aphtose récidivante

| Maladie | Prévalence | Signes cliniques | Examens complémentaires | Médecin à qui adresser |
|--|------------|---|---|------------------------------------|
| Maladie de Behçet | 0,007% | Aphtose buccale, génitale et uvéite | Test pathergique (hyperactivité cutanée 24 à 48h après piqûre à l'avant bras) | Dermatologue |
| Maladie de Crohn | 0,1% | Troubles du transit, douleurs abdominales, altération de l'état général | Numération formule sanguine (VS et CRP anormales, anémie) Coloscopie | Gastro entérologue |
| Allergie au gluten, maladie coeliaque | 0,5 à 1% | Diarrhées, douleurs abdominales, perte de poids | Numération formule sanguine (anémie) Dosage d'immunoglobulines | Allergologue Gastro entérologue |
| MAGIC syndrome | | Ulcérations buccales et génitales, inflammation des cartilages | | Médecin généraliste |
| PFAPA syndrome | | Fièvre, pharyngite, adénopathies | | Médecin généraliste |
| VIH | 0,24% | Infections opportunistes, manifestations cutanées et muqueuses | Sérologie | Médecin généraliste |
| Neutropénie, Agranulocytose | | Fièvre, infections | Numération formule sanguine (polynucléaires neutrophiles (PNN) diminués) | Hématologue |
| Syndrome de Sweet | | Fièvre, signes cutanés | Numération formule sanguine (PNN, VS et CRP augmentées) | Médecin généraliste |
| Syndrome de Reiter | | Diarrhée, manifestations oculaires, génitales, articulaires | Numération formule sanguine (VS augmentée) Sérodiagnostic (Clamydiase) | Médecin généraliste |

3) diagnostic différentiel

a- Pathologies virales

- Herpès

L'herpès est une pathologie virale liée à l'herpès simplex virus qui se manifeste par des érosions multiples fusionnant en érosion micropolycyclique pouvant être confondue avec l'aphtose (en particulier avec l'aphtose miliaire également dite herpétiforme). Le diagnostic différentiel se basera sur :

- la localisation des poussées (langue, palais, lèvres)
- la gingivostomatite associée
- les signes fonctionnels (dysphagie, sialorrhée)
- la présence de signes généraux (fièvre, adénopathie satellite)
- si besoin, un prélèvement virologique sera réalisé pour confirmer le diagnostic (34) (35).



Image 9 : Primo infection herpétique (2)

- Herpangine

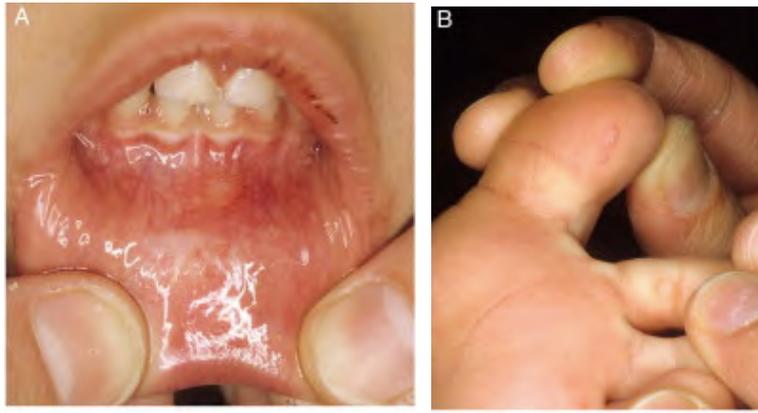
Affection touchant généralement les enfants de moins de 5 ans, l'herpangine est due au virus coxsackie A4. Les ulcérations sont postérieures, le plus souvent au niveau du voile avec un enduit gris blanchâtre. Le diagnostic différentiel se fera grâce à la présence de fièvre voire d'hypertrophie parotidienne, on retrouvera également une hyperhémie pharyngée (34) (2).



Image 10 : Herpangine (36)

- Syndrome pied main bouche

Le syndrome pied main bouche (virus coxsackie A16) est rarement confondu avec l'aphtose ; en effet comme son nom l'indique il présente des lésions cutanées au niveau des extrémités. Cependant, les lésions de la cavité buccale ressemblent aux lésions aphtoïdes (34).



Images 11 et 12 : Syndrome pied main bouche (36)

- Virus de la varicelle et du zona (VVZ)

La varicelle correspond à la primo infection du VVZ et le zona à la récurrence, les deux peuvent être à l'origine de lésions muqueuses semblables à l'aphtose mais elles sont associées à de la fièvre, des adénopathies et des lésions exo-buccales. Pour le zona, les lésions seront strictement unilatérales suivant le trajet d'un nerf (2).



Image 13 : Varicelle (36)



Image 14 : Eruption zostérienne sur la langue (2)

- Mononucléose infectieuse (MNI)

La MNI est une pathologie virale liée au Virus d'Epstein-Barr (EBV) qui peut être asymptomatique ou s'accompagner de manifestations peu spécifiques comme une infection des voies aériennes supérieures, une pharyngite ou une fièvre prolongée avec ou sans polyadénopathie.

Parfois, chez les jeunes enfants ou plus souvent chez les adolescents la mononucléose infectieuse se traduit plus typiquement par l'association d'une fièvre, d'une asthénie, d'une angine à fausses membranes, d'un oedème palpébral, d'une polyadénopathie prédominante sur les chaînes ganglionnaires cervicales et d'une hépatosplénomégalie.

C'est lors d'angine à fausses membranes que les lésions peuvent ressembler à des aphtes ; l'analyse de la formule leucocytaire est évocatrice du diagnostic avec une hyperlymphocytose et la présence de lymphocytes activés. Les sérologies et la PCR confirment l'infection à EBV. De nombreuses infections peuvent comporter l'association fièvre- polyadénopathie-exanthème et syndrome mononucléosique.

- GUN (gingivite ulcéro-nécrotique)

La GUN est une gingivite aigue nécrosante due à une mauvaise hygiène, un stress, une carence ou une diminution des défenses liée à une infection. Elle se caractérise par l'apparition brusque d'ulcérations multiples au niveau du bord gingival, de préférence au niveau des papilles. Les lésions sont presque toujours très douloureuses, saignent au contact et provoquent une haleine fétide.

L'extension se fait au niveau des papilles inter dentaires qui sont progressivement amputées, avec un aspect cratériforme dont le fond est recouvert d'un enduit grisâtre, adhérent. L'extension donne bientôt un aspect rectiligne aux ulcérations du bord gingival libre.

Des ulcérations irrégulières analogues, à fond grisâtre, peuvent apparaître sur les joues, les lèvres, le trigone rétromolaire ou le plancher buccal. Le diagnostic repose sur les signes cliniques, à l'examen microbiologique seront retrouvées des bacilles fusiformes à Gram négatif anaérobie stricts (*Prevotella intermedia* et *Fusobacterium nucleatum*) et des spirochètes (37).



Image 15 : Gingivite ulcéro-nécrotique (37)

- Syphilis

Le chancre d'inoculation syphilitique apparaissant au stade primaire de l'infection peut être confondu avec une aphtose, effectivement la lésion est

arrondie et ulcérée mais elle atteint souvent les muqueuses kératinisées telles qu'au niveau du bord et de la pointe de la langue. Elle prend une consistance cartonneuse avec une base indurée, présente un aspect différent avec un fond sale et surtout elle est indolore et accompagnée d'adénopathies satellites (2). Le diagnostic se fera par les tests sérologiques suivants : TPHA, VDRL et FTA.



Image 16 : Syphilis : chancre de la lèvre supérieure (5)

b- Pathologies à bulle

- Erythème polymorphe

L'érythème polymorphe est une pathologie de la peau et des muqueuses due à une hypersensibilité. Elle se caractérise par des érosions buccales, recouvertes d'un enduit pseudomembraneux, souvent multiples et très douloureuses et pouvant entraîner une dysphagie, voire une aphagie. La différence la plus caractéristique par rapport à l'aphtose est la présence au niveau cutané de lésions en cocarde c'est à dire composées de trois disques concentriques, aux extrémités et au visage (2).



Image 17 : Lésion cutanée en cocarde typique de l'érythème polymorphe (38)

- Syndromes de Lyell et de Steven Johnson

Ces pathologies, appartenant aux toxidermies bulleuses, ne diffèrent l'une de l'autre que par l'étendue de leur atteinte cutanée et sont causées le plus souvent par la prise d'un nouveau médicament 1 à 3 semaines avant le début des lésions (ce qui doit par conséquent être recherché à l'interrogatoire).



Image 18 :Maladie de Steven Johnson (1)

- Pemphigus et pemphigoïde : bulles d'origine auto-immune

Le pemphigus débute souvent par des lésions buccales qui peuvent rester isolées plusieurs mois. Les bulles prédominent aux zones de frottement (partie postérieure des joues, voile du palais, lèvre, langue), se rompent et laissent place à des érosions douloureuses entourées de lambeaux épithéliaux.

Les lésions cutanées sont plus tardives et apparaissent en peau saine. Le signe de Nikolski est évocateur (décollement cutané ou muqueux après pression digitale tangentielle), mais le diagnostic de certitude repose sur la biopsie, permettant une étude anatomopathologique complétée par immunofluorescence (bulles intraépidermiques) (34).

La pemphigoïde (cicatricielle) atteint principalement la muqueuse buccale (principalement gencives et palais) mais également les muqueuses génitales, l'œil, l'œsophage. Le diagnostic clinique repose sur le « signe de la pince » ; la pince sans griffe détache l'épithélium en larges lambeaux en périphérie des lésions gingivales. Elle a une évolution cicatricielle et synéchiante pouvant évoluer ou vers une dysphagie, ou vers la cécité en cas d'atteinte oculaire (2).

c- Traumatismes

- Morsure

Le plus souvent retrouvée au niveau de la langue, les lèvres ou les joues, la morsure fait partie des ulcérations traumatiques les plus fréquentes. Les bords seront nets sauf si la morsure est répétée (tic de morsure). L'interrogatoire peut permettre d'en trouver la cause (anesthésie, crise d'épilepsie, maladie neurologique ou psychiatrique, autre) (34).

- Brûlure (chimique, thermique ou électriques) et gelure

Les brûlures de la muqueuse buccale entraînent très rapidement un décollement de cette dernière, en effet la muqueuse, fine et soumise à un environnement humide permettra rarement au praticien de l'observer au stade bulle ; c'est pourquoi l'interrogatoire est à nouveau essentiel. La lésion peut varier en taille et en forme en fonction de l'accident et guérit en une dizaine de jours.



Image 19 : Brûlure électrique (36)

- Autres

Les ulcérations causées par un agent traumatisant sont très fréquentes dans la cavité buccale ; elles peuvent faire suite à un soin dentaire ou encore provenir d'un geste accidentel. La lésion se situera en regard de l'agent traumatisant et peut être entourée d'un halo kératosique. Elle doit disparaître environs 10 jours après suppression de sa cause.

La maladie de Riga-Fede est une ulcération qui survient chez le nourrisson ; les incisives inférieures entraînant une irritation chronique de la face inférieure de la langue lors de la succion (34).



Image 20 : Maladie de Riga Fede (38)

d- Tumeurs malignes

Les lésions malignes de la cavité buccale se manifestent parfois à certains stades par des ulcérations pouvant être confondues avec l'aphte ou l'ulcération traumatique. Le diagnostic différentiel repose en premier lieu sur le caractère chronique de l'affection, ensuite il faudra, à l'examen clinique, rechercher une induration, un saignement, un suintement, des fissures, un bourgeonnement, une adénopathie, une gêne à l'élocution ou la déglutition, éventuellement une atteinte nerveuse. Parmi les examens complémentaires, certains auteurs proposent le test au bleu de toluidine ou le test de Schiller au Lugol. Le diagnostic ne sera confirmé que par l'examen anatomo-pathologique (2).

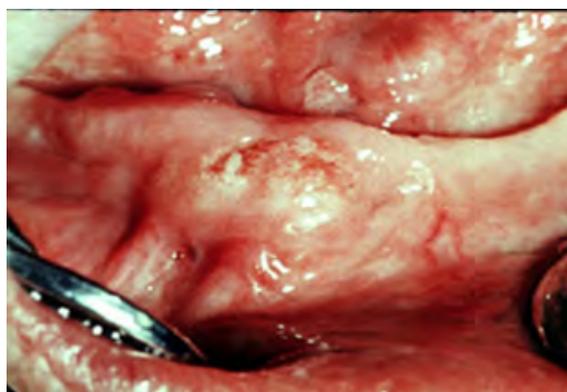


Image 21 : Carcinome de la muqueuse buccale, CHU Rangueil

Tableau 4 : Diagnostics différentiels

| Pathologies virales | Pathologies à bulles | Traumatismes | Tumeurs malignes |
|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Herpès - Herpangine - Syndrome pied main bouche - Virus de la varicelle et du zona - MNI - GUN - Syphilis | <ul style="list-style-type: none"> - Erythème polymorphe - Syndrome de Lyell et de Steven Johnson - Pemphigus et pemphigoïde | <ul style="list-style-type: none"> - Morsure - Brûlure et gelure - Autre | <ul style="list-style-type: none"> - Carcinome épidermoïde - Pathologies malignes des glandes salivaires |

Tableau 5 : Tableau décisionnel

| Signe associé à l'aphtose | | Pathologie |
|--|---------------------------------|--|
| Chronicité | | Tumeur maligne : Carcinome → Biopsie |
| Halitose | | - GUN (atteintes des papilles) - PFAPA syndrome - Infection à Coccidie (lésions palatines vésiculo-ulcéreuses) |
| Contexte chronique | traumatique local | Ulcère éosinophile : Riga Fede |
| Fièvre | | - Infection bactérienne - PFAPA syndrome - Infection virale - Certaines affections rhumatologiques |
| Perte de poids voire retard de croissance | | Déficit alimentaire ou syndrome de malabsorption |
| Eruption cutanée | | - Behçet - Magic syndrome (Behçet + polychondrite récidivante) - Syndrome pied main bouche - Infection à Herpès simplex virus - Lichen plan - Pemphigus - Syndrome de Sweet - Syphilis - Lupus systémique - Virus de la varicelle et du zona - Erythème polymorphe |
| Arthropathie | | - Syndrome de Fiessinger Leroy Reiter - MAGIC syndrome - Lupus érythémateux |
| Lésions conjonctivales | | - Behçet - Pemphigoïde cicatricielle |
| Uvéite | | - Syndrome de Reiter - Behçet |
| Adénopathie | | - Syndrome de PFAPA - GUN |
| Neutropénie | | - Neutropénie cyclique |
| Leucocytose | | - Syndrome de Sweet - PFAPA syndrome |

II. Traitements

1) Médicamenteux

a- Locaux

- Anesthésiques

Les anesthésiques locaux existent sous forme de gel pour les formes isolées, ou de solution utilisée en bain de bouche face à une aphtose miliaire ou des lésions multiples. Ils permettent de soulager les patients pendant les repas ou autre activité douloureuse telles qu'une longue prestation orale mais ont un effet très temporaire. L'agent actif est habituellement le chlorhydrate de lidocaïne mais d'autres substances anesthésiques ou antalgiques peuvent être utilisées tels que le chlorhydrate de benzydamine, l'hydrate de chloral à 1% ou 250 à 500mg d'acide acétyl salicylique dilués dans de l'eau (6).

- Bains de bouche antiseptiques

Les bains de bouche (0,1 ou 0,2%) ou gels (1%) antiseptiques permettent de limiter le risque de surinfection et pourraient réduire la durée des aphtes. Cependant les risques de coloration des muqueuses, d'infection fongique et de dysgueusie en limitent l'utilisation ; d'autant que les études peinent à prouver leur efficacité (6). L'assainissement dentaire et prothétique est par ailleurs souhaitable pour éviter les réactions pathergiques susceptibles de favoriser les récives (16).

- Acide trichloracétique

L'acide trichloracétique, le nitrate d'argent ou encore l'acide chromique peuvent être appliqués au coton tige de façon à obtenir une cautérisation de la

lésion. Ils permettent la coagulation des protéines de surface ce qui, après une douleur vive à l'application, diminue la douleur. Certaines études indiquent aussi une accélération de la cicatrisation, d'autres réfutent cet argument (6) (39).

- Anti inflammatoires locaux

Les anti inflammatoires locaux pourraient limiter la réponse inflammatoire liée à la formation de l'aphte. Ces médicaments peuvent en effet agir sur le taux de lymphocytes et modifier la réponse des effecteurs cellulaires faces aux agressions (mécaniques, alimentaires ou autre) (17). Ainsi, par action directe sur les lymphocytes T, ou indirecte sur les cellules inflammatoires stimulées par les cofacteurs ils permettent de réduire la durée de l'aphte ainsi que la douleur qu'il engendre. Néanmoins, leur effet sur la récurrence semble limité (6).

Les plus connus sont les corticostéroïdes locaux, on pourra prescrire 2 comprimés de prednisolone utilisés en bain de bouche à raison de 2 à 4 prises par jours. D'autres corticostéroïdes peuvent être proposés : l'hémisuccinate d'hydrocortisone utilisé en pastille de 2,5 mg à laisser fondre sur l'aphte ; l'acétonide de triamcinolone, pâte à 1mg/g pour les formes gingivales ou étendues ; le fluocinonide qui par sa forme en spray permet d'atteindre les régions postérieures (6); le dexaméthasone dont l'efficacité serait semblable à celle du triamcinolone dans la réduction des douleurs mais dont l'effet serait plus rapide (23).

Les anti inflammatoires tels que l'amlexanox 5% en pâte montrent des avantages par rapports aux effets indésirables connus des corticostéroïdes ; en effet selon une étude menée en Inde ils diminueraient la taille, le nombre la douleur et même la fréquence des aphtes sans risque de candidose ou d'allergie (40). Cependant l'efficacité ne semble être prouvée que lors d'une application très précoce (6).

- Antibiotiques locaux

Les antibiotiques locaux sont très utilisés en particulier les tétracyclines en bain de bouche de 5 minutes, 4 fois par jour (250 mg/5 mL). Ils sont préconisés dans les aphtoses herpétiformes ou majeures en association avec la triamcinolone acétonide (50 mg dans une suspension de tétracycline à 2,5 g pour 100 mL en bain de bouche 3 fois par jour) ou la nystatine (tétracycline 2,5 g, nystatine 250000 u et glycérine 100 mL) (10).

- Nicotine

Le non tabagisme étant un facteur de risque d'aphtose, certains traitements à base de nicotine ont été proposés sur le marché. Ils consistent en l'utilisation, à des doses inférieures, des substitutifs utilisés pour le sevrage tabagique. Ainsi ils sont retrouvés sous forme de chewing gums, patchs, comprimés et pastilles.

Ces formes semblent être exemptes de tout effets indésirables au niveau cardiovasculaire. Le seul risque notable semble être l'irritation cutanée relevée lors de l'utilisation des patchs, elle affecterait quand même près de 54% des consommateurs mais resterait légère (41).

De nombreux reports de cas ont montré l'efficacité de ces méthodes sur la prévention des lésions aphteuses cependant aucun essai clinique contrôlé n'a à ce jour été réalisé.

- Gingembre

Le gingembre est une plante médicinale possédant des vertus anti inflammatoires qui ont été utilisées contre les pathologies articulaires pendant de nombreuses années.

Il exercerait un effet antagoniste sur les récepteurs de la sérotonine et serait également utilisé comme sédatif et régulateur de douleur. L'administration se fait par pâte mucoadhésive.

Les résultats des effets cliniques randomisés ne montrent cependant pas de résultats significatifs par rapport à une pâte mucoadhésive placebo (42).

b- Systémiques

- Antalgiques

Le traitement symptomatique à base d'antalgiques peut soulager le patient mais son efficacité n'est néanmoins que très légère. Bien entendu, ils ne préviennent en rien la récurrence et ne diminuent pas non plus la durée ou la taille des lésions.

- Oméga 3

Un essai clinique randomisé a été mené pour mesurer l'effet des oméga 3 sur le traitement des aphtoses récurrentes et sur l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints.

Des résultats significatifs ont été démontrés, en effet il semblerait qu'ils peuvent diminuer la fréquence, la durée et la douleur de l'aphtose (43).

Leur prise peut être faite via des compléments alimentaires mais aussi tout simplement par l'adoption de régimes riches en oméga 3.

Pourront être cités parmi les aliments conseillés : les poissons gras, les graines, les huiles végétales et huiles de poissons, les agrumes, les légumes verts...

- Vitamines

Les carences vitaminiques peuvent expliquer une aphtose récidivante : seront le plus souvent remises en cause les vitamines B1, B2, B6 et B12.

Une étude a été menée à Taïwan pour comparer l'efficacité d'un traitement à base de vitamine B12 par rapport à un placebo. Les résultats montrent que la fréquence, la durée et la douleur des aphtes sont diminuées par la prise de vitamine B12 sans aucun effet indésirable. Les auteurs précisent néanmoins que leur essai n'a pas pris en compte les variabilités ethniques. (44)

c- Traitements des formes graves

- Corticothérapie générale

Les corticostéroïdes, en réduisant la réaction inflammatoire locale permettent de diminuer les douleurs, le nombre et la durée des aphtes. Néanmoins leur utilisation reste limitée à des cures courtes et à des traitements de deuxième intention (en particulier pour les sujets immunodéprimés).

En effet les effets indésirables des corticostéroïdes sont nombreux : rétention de sodium créant oedème et hypertension, faciès lunaire, acné, amyotrophie, hyperglycémie, ostéoporose, nécrose osseuse, atrophie cutanée au point d'injection, excitation, insomnie, susceptibilité aux infections, foetotoxicité...

Leur prescription pourra donc être proposée dans le cadre de cures très brèves avec posologie décroissante, par exemple : 40mg de prednisolone par jour pendant 4 jours puis 5mg tous les 2 jours pour réduire à 1mg par jour jusqu'à l'arrêt. Est également prescrite la dexaméthasone à raison de 4-8mg par jour pendant 3 à 7 jours en intra-veineux ou intra-musculaire pour les formes géantes (16). Au delà de ces cures brèves on s'expose non seulement aux effets secondaires mais aussi à la perte d'efficacité du traitement.

- Pentoxifylline

La pentoxifylline est un inhibiteur non sélectif de la phosphodiesterase ayant des propriétés hémorrhéologiques. Elle entraîne la diminution des lymphocytes T helpers et des cytokines pro-inflammatoires (action anti TNF α) (17) limitant ainsi l'hypersensibilité de contact et la taille des aphtes (23). Après un mois d'utilisation à raison de 400mg 3 fois par jour, la récurrence serait notablement réduite pendant 9 mois (6). Ce traitement peut entraîner troubles digestifs, céphalées, vertiges, insomnies, rash cutané (16).

- Colchicine

La colchicine agit par inhibition du chimiotactisme des polynucléaires intervenant dans la réaction inflammatoire. Pakfetrat et al ont mené un essai clinique randomisé pour comparer l'effet de la colchicine par rapport à la prednisolone dans la prise en charge des aphtoses récidivantes et ils ont conclu que les deux traitements étaient d'une efficacité comparable mais que les effets indésirables de la colchicine étaient plus importants (17). Parmi eux on peut citer les nausées, vomissements, diarrhée, dépression médullaire, névrite périphérique, voire l'infertilité réversible chez l'homme (6).

La posologie recommandée est de 1,5mg par jour en 3 prises chez l'adulte. Au delà de 6 mois une surveillance biologique sera conseillée (NFS,

transaminases, créatinine). La durée de la thérapie dépendra de la sévérité de l'aphtose (23). Elle sera contre indiquée chez les patients en insuffisance rénale ou hépatique sévère.

Selon une étude de Fontes et al. la colchine a entraîné une réelle amélioration chez 63% des patients traités : 22% présentaient une rémission complète et 41 avaient une diminution du nombre et de la durée des lésions ; les 37% restant considéraient le traitement inefficace ou mal toléré (troubles gastro-intestinaux). Si les effets s'estompaient le plus souvent à l'arrêt du traitement, 31% des malades le trouvaient satisfaisant même 72 mois après l'arrêt du traitement (45).

- Thalidomide

Le thalidomide est le traitement le plus efficace contre les aphtoses sévères, néanmoins ses effets secondaires importants en limitent l'utilisation : polyneuropathie périphérique et tératotoxicité ont été décrits chez de nombreux patients. A moindre risque sont également retrouvés somnolence, vertiges, céphalées, nausées, constipation, baisse de la libido, sècheresse cutanée voire buccale, hypotension orthostatique, neutropénie, thrombose, et toxidermie maculo-papuleuse pour les patients VIH positifs (16).

Le mécanisme d'action repose sur les propriétés anti-inflammatoires et immunomodulatrices du thalidomide. Les effets sur l'aphtose sont tellement spectaculaires que l'on doit reconsidérer le diagnostic en cas d'échec.

La posologie recommandée est de 100 à 200mg en traitement d'attaque, puis de 50mg en traitement d'entretien, souvent de façon intermittente. Une étude française a cherché à mettre en évidence l'efficacité du thalidomide à moindre dose de façon à en améliorer la tolérance. 70% des patients ainsi traités (25mg par jour en moyenne) ont montré une rémission totale et 30% une rémission partielle. Aucun patient n'a présenté de signes cliniques de neuropathie au cours du suivi malgré quelques cas de diminution

du potentiel sensitif à l'électromyographie et 30% ont signalé d'autres effets secondaires tels que la constipation.

Tableau 6 : Traitements médicamenteux

| Locaux | Systémiques | Formes graves |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Anesthésiques - Bains de bouche antiseptiques - Acide trichloracétique - Anti-inflammatoires - Nicotine - Gingembre | <ul style="list-style-type: none"> - Antalgiques - Oméga 3 - Vitamines | <ul style="list-style-type: none"> - Corticostéroïdes systémiques - Pentoxifylline - Colchicine - Thalidomide |

2) Chirurgicaux

a- Résection chirurgicale

La résection chirurgicale est citée dans les traitements de l'aphtose mais est rarement proposée. Elle permettrait de diminuer les douleurs. Le débridement est lui considéré comme inapproprié. (6)

b- Lasers

Divers lasers peuvent être utilisés dans le traitement des aphtes : le laser Nd : YAG (néodymium : yttrium-aluminium-garnet), le laser CO2 et les thérapies laser à basse puissance.

Le laser Nd :YAG permettrait de soulager la symptomatologie à court terme et de favoriser la cicatrisation, cependant son utilisation est limitée par son prix élevé. Le laser CO2 récemment proposé pour le traitement des aphtes semble prometteur sur les aphtoses rebelles (6).

Ces deux lasers entraineraient un soulagement de la douleur immédiat pouvant durer jusqu'à 7 jours (23).

Les thérapies laser à basse puissance ont été étudiées dans une étude publiée en 2014 incluant 180 patients. Elle a montré que la douleur était significativement moins importante dans le groupe traité par laser, de même l'érythème était diminué et la réépithélialisation était plus rapide. Cette nouvelle thérapeutique aurait donc des capacités analgésiques, anti-inflammatoires et régénératives mais ne permettrait pas de diminuer la fréquence des aphtoses récidivantes (46).



Image 22 : Laser Nd : YAG (47)

3) Indications thérapeutiques

Pour conclure sur les traitements de l'aphtose, la conduite à tenir dépendra de la forme et de la sévérité des lésions : dans tous les cas, il sera conseillé au malade de supprimer les aliments susceptibles d'accentuer la douleur ou de favoriser l'apparition ainsi que de respecter les mesures d'hygiène ; une mise en état de la denture et des prothèse est également indiquée. Le traitement local (antiseptiques, anesthésiques et corticoïdes principalement) pourra être proposé face à toutes les formes d'aphtoses et sera souvent suffisant dans les aphtoses peu invalidantes. Le traitement général sera réservé aux aphtoses sévères handicapante à poussées rapprochées (colchicine en première intention puis thalidomide) (10).

PARTIE 2 : ETUDE CLINIQUE

I. Objectif

Ce travail a pour objectif de constater les habitudes de prise en charge de l'aphtose récidivante dans les cabinets des chirurgiens dentistes de Midi-Pyrénées. Le but de l'étude est de réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques des chirurgiens dentiste en terme d'aphtose récidivante. Nous avons envoyé un questionnaire composé de 12 questions auxquelles il était possible de répondre en moins de 5 minutes, à 1000 dentistes de la région Midi-Pyrénées.

II. Critères de sélection

Le questionnaire a été envoyé aux dentistes de Midi-Pyrénées ayant donné leur adresse mail au conseil de l'ordre.

III. Moyens

1) Questionnaire

Le questionnaire se compose de 7 grandes questions à choix multiples accompagnées de textes servant à ajouter des précisions si nécessaire.

Tableau 7 Questionnaire

| | |
|-------------------|--|
| Question 1 | A l'interrogatoire et l'examen clinique que recherchez vous? |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Des habitudes alimentaires particulières - Des allergies - D'autres localisations - Des adénopathies - Une altération de l'état général - Des maux de ventre - Autre - Rien |
| Question 2 | Pourquoi? |
| Question 3 | En examen complémentaire avez vous l'habitude de prescrire/d'effectuer? |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Une biopsie - Une numération formule sanguine - Autre - Rien |
| Question 4 | Pourquoi ? |
| Question 5 | Vous arrive-t-il d'adresser aux médecins suivants? |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Médecin généraliste - Allergologue - Dermatologue - Gastro-entérologue - Stomatologue ou chirurgien oral - Autre - Non |
| Question 6 | Pourquoi ? |
| Question 7 | S'il y a lieu, la collaboration avec ces derniers est-elle facile? |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Oui - Non |
| Question 8 | Pourquoi? |

Question 9 Vous arrive-t-il de diagnostiquer les pathologies suivantes?

- Neutropénie
- Agranulocytose
- Anémie
- Maladie de Crohn
- Maladie coeliaque
- Allergie au gluten
- Maladie de Behçet
- Non

Question 10 Votre prise en charge se fait elle par:

- Anesthésiques locaux
- Antalgiques
- Bains de bouche
- Corticothérapie locale
- Corticothérapie générale
- Colchicine
- Anti TNF alpha
- Thalidomide
- Pentoxifylline
- Autre
- Abstention

Question 11 Etes vous satisfait des résultats?

Question 12 Avez vous quelque chose à ajouter?

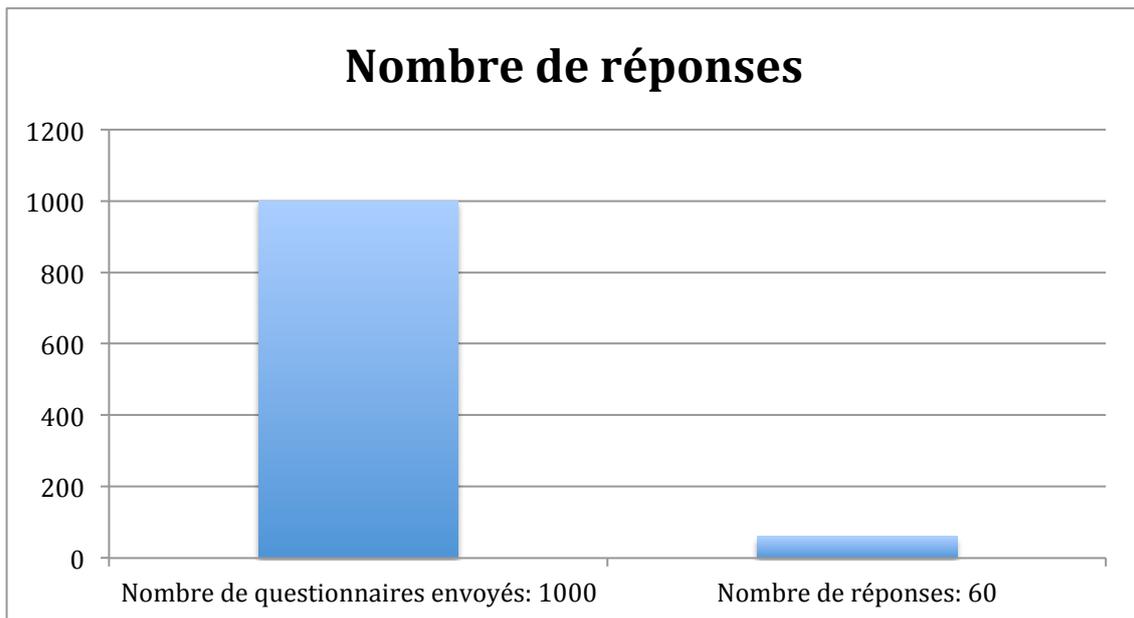
2) Mode d'envoi du questionnaire

Nous avons choisi l'expédition du questionnaire par mail. En effet, c'est le mode d'envoi électronique qui permet de brasser en un temps record et à moindre coût le plus de population. La méthode postale a été écartée car les délais de réponse et le coût total sont trop importants. Les entretiens individuels ou téléphoniques auraient permis une sensibilisation des praticiens plus marquée à notre demande mais le nombre et la distance entre les praticiens compliquent la logistique du projet. Ainsi le questionnaire a été créé sur internet via le site google forms et les réponses exploitées par google sheets. L'envoi a été réalisé au mois de septembre 2015 à 1000 dentistes de la région Midi-Pyrénées.

IV. Nombre de réponses

Le nombre de 60 réponses est décevant par rapport au nombre de questionnaires envoyés (1000). Cela peut être expliqué par le mode d'envoi : les praticiens reçoivent beaucoup de mails publicitaires, leur lassitude se ressent ici. La deuxième possibilité est que l'intérêt des chirurgiens dentistes aux aphtoses récidivantes est limité.

Figure 1 : Nombre de réponses



V. Analyse

1) Questions sur l'interrogatoire et l'examen clinique

La réponse la plus fréquente sur la démarche diagnostique clinique a porté sur la recherche d'habitudes alimentaires particulières (95% des dentistes interrogés le notifie), effectivement la connaissance des aliments pouvant provoquer les aphtoses est assez répandue. De même, la recherche d'altération de l'état général (67%) et d'adénopathie (38%) montre que les dentistes sont conscients des risques à écarter face à une ulcération de la muqueuse buccale. Que ce soit l'infection, l'étiologie

carcinomateuse ou autre, la palpation des chaînes ganglionnaires cervicales ainsi que l'évaluation de l'état général sont des éléments essentiels au diagnostic différentiel.

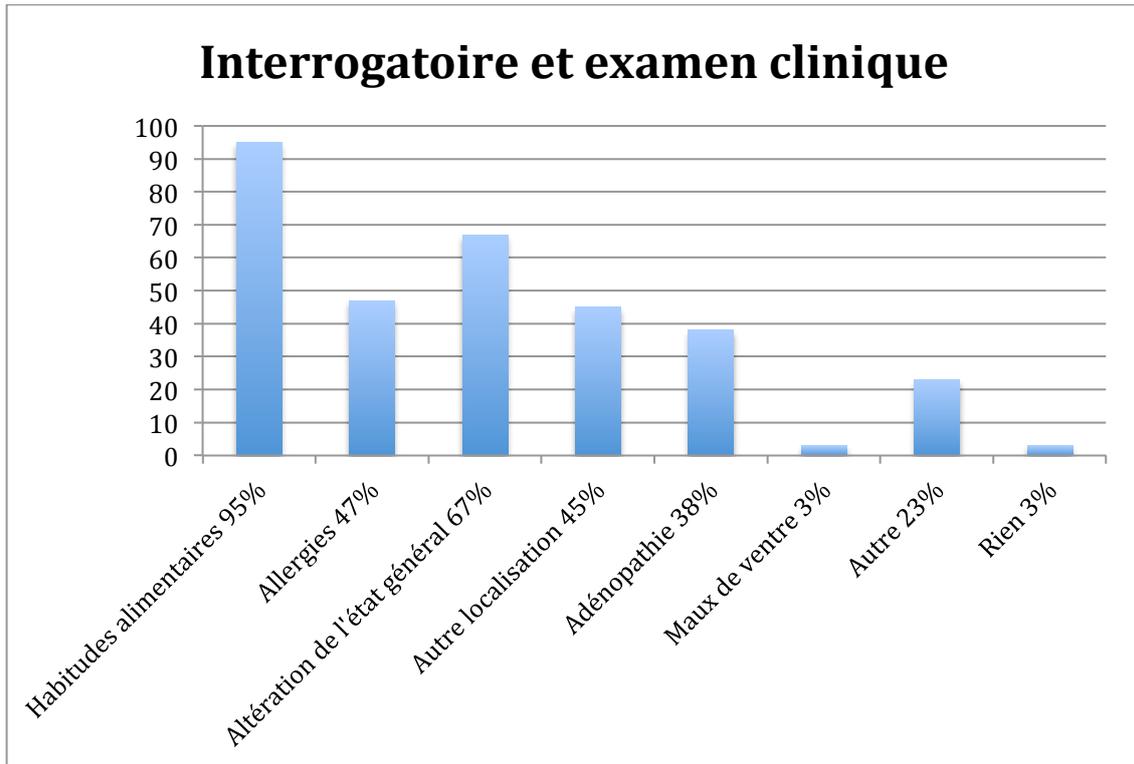
Est fréquente également la recherche d'allergies (47%), bien que peu détaillent le type recherché, il ne semble pas que l'allergie au gluten soit très connue des dentistes comme une maladie pouvant provoquer des aphtoses car seules deux personnes ont coché la réponse sur les maux de ventre.

D'autres localisations sont souvent investiguées par les dentistes (27%), cela montre les compétences de ces derniers en terme de médecine ou dermatologie générale ; comme cité précédemment, la présence de lésions exo-buccales permet de préciser le diagnostic, de nombreuses pathologies générales s'exprimant en exo comme en endo-buccal.

Deux personnes avouent ne rien rechercher, montrant que parfois la démarche diagnostique est une étape de la consultation négligée, en particulier lorsque le diagnostic semble évident suite à une observation endo-buccale rapide.

Les commentaires ajoutés à ces réponses ont apporté des items que nous aurions pu proposer dans les éléments de réponses tels que la recherche d'un défaut de brossage, de traumatisme ou de nouvelle médication. Certains précisent les aliments à éviter (noix, gruyère, dentifrice) et d'autres la raison des investigations (recherche d'immuno-déficience, de causes générales).

Figure 2 : Réponse à la question 1



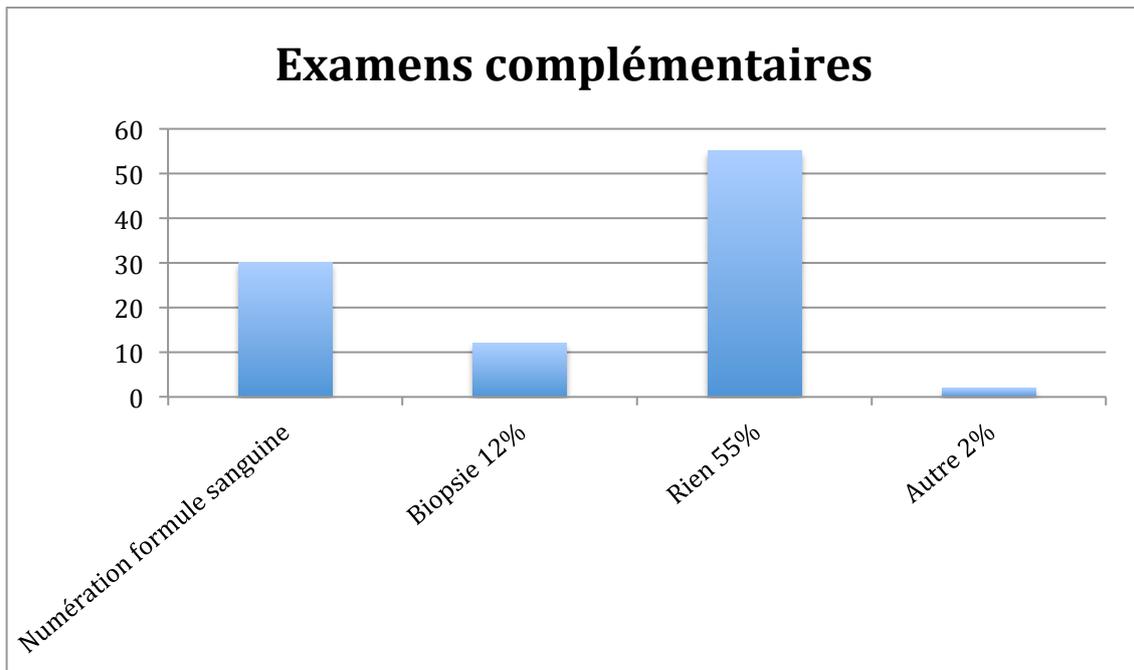
2) Les examens complémentaires

La majorité des praticiens ayant répondu à notre étude (55%) ne demandent aucun examen complémentaire face à une aphtose récidivante. Cela peut signifier que leur prise en charge est la même que lors d'un aphte banal. Les arguments apportés à cette réponse sont variables : certains affirment qu'ils sont inutiles (en particulier lorsqu'il n'y a pas d'adénopathie associée), d'autres ne se sentent pas assez formés pour leur interprétation, et deux indiquent qu'ils préfèrent envoyer directement le patient chez le médecin généraliste.

La numération formule sanguine est réalisée par 30% des praticiens à la recherche d'une pathologie générale associée, en particulier hématologique, pour écarter un diagnostic différentiel ou encore pour sélectionner le traitement le mieux adapté.

Certains réalisent une biopsie par sécurité (12%). 2% font autre chose mais ne précisent pas quoi.

Figure 3 : Réponse à la question 3



3) La collaboration avec d'autres professionnels de santé

Les seuls correspondants relevés dans les réponses ont été les stomatologues/chirurgiens oraux (48%), les médecins généralistes (33%) et les dermatologues (15%). Aucun praticien n'évoque la collaboration avec un allergologue ou un gastro-entérologue ce qui souligne à nouveau le manque de connaissances sur la maladie de Crohn ou l'allergie au gluten.

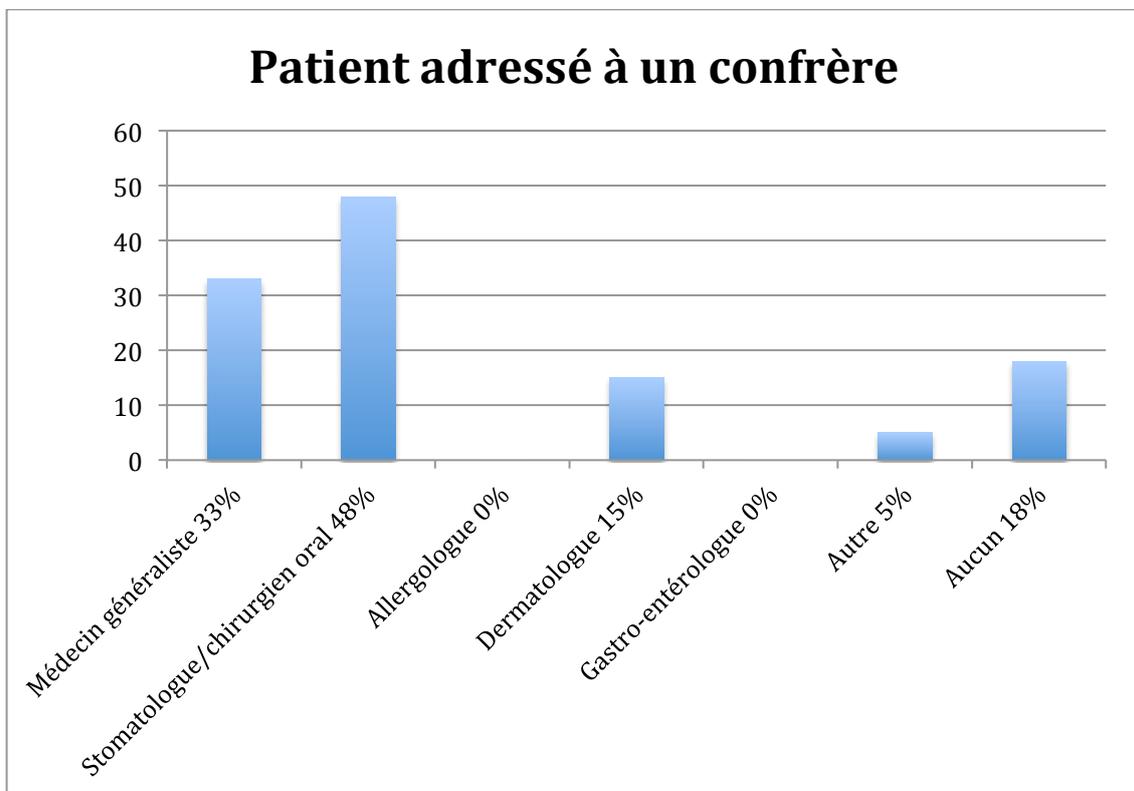
5% adressent à d'autres professionnels non proposés dans le questionnaire, par exemple un praticien collabore avec les homéopathes et se dit satisfait des résultats obtenus.

18% répondent qu'ils n'adressent à aucun autre professionnel de santé face à une aphtose : soit parce que les lésions disparaissent trop vite, soit parce qu'il n'estiment pas cela nécessaire, soit parce que « le chirurgien dentiste est le spécialiste de la cavité buccale ».

Ceux qui adressent le font pour avoir une confirmation diagnostique dans les cas douteux ou bien une prise en charge plus spécialisée lors de persistance (stomatologue/chirurgien oral) ; le médecin généraliste sera lui sollicité pour un bilan général.

La collaboration est en majorité qualifiée de facile (62%), en particulier lorsqu'elle existe de longue date et que le choix des correspondants a été méticuleux. Toutefois, certains sont déçus de ne pas avoir de retour.

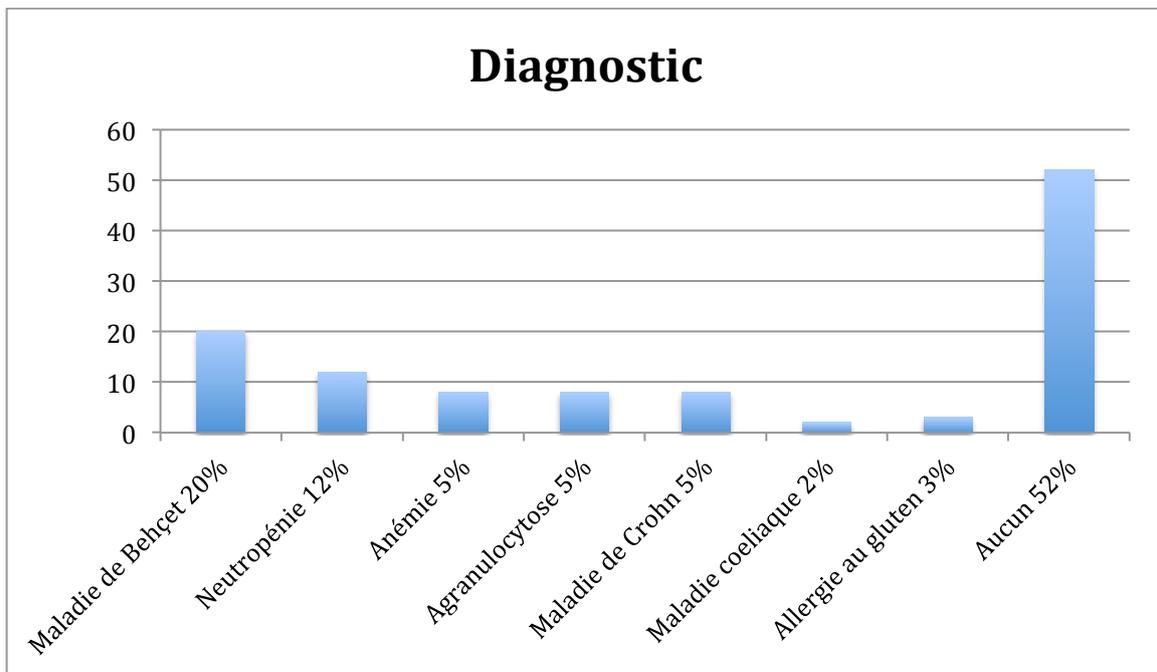
Figure 4 : Réponse à la question 5



4) Le diagnostic

Les diagnostics de pathologies générales suite à une aphtose sont rares mais pas inexistant, effectivement 20% des dentistes interrogés affirment avoir déjà diagnostiqué une maladie de Behçet suite à leurs investigations. De même 8% ont diagnostiqué une anémie, une maladie de Crohn ou une agranulocytose et 5% une allergie au gluten. La plupart indiquent cependant ne jamais avoir fait de telle découverte (52%). Ces résultats sont surprenants dans la mesure où un grand nombre de praticiens ont diagnostiqué une maladie de Behçet alors que la prévalence de cette pathologie est d'à peine 0,007% de la population.

Figure 5 : Réponse à la question 9



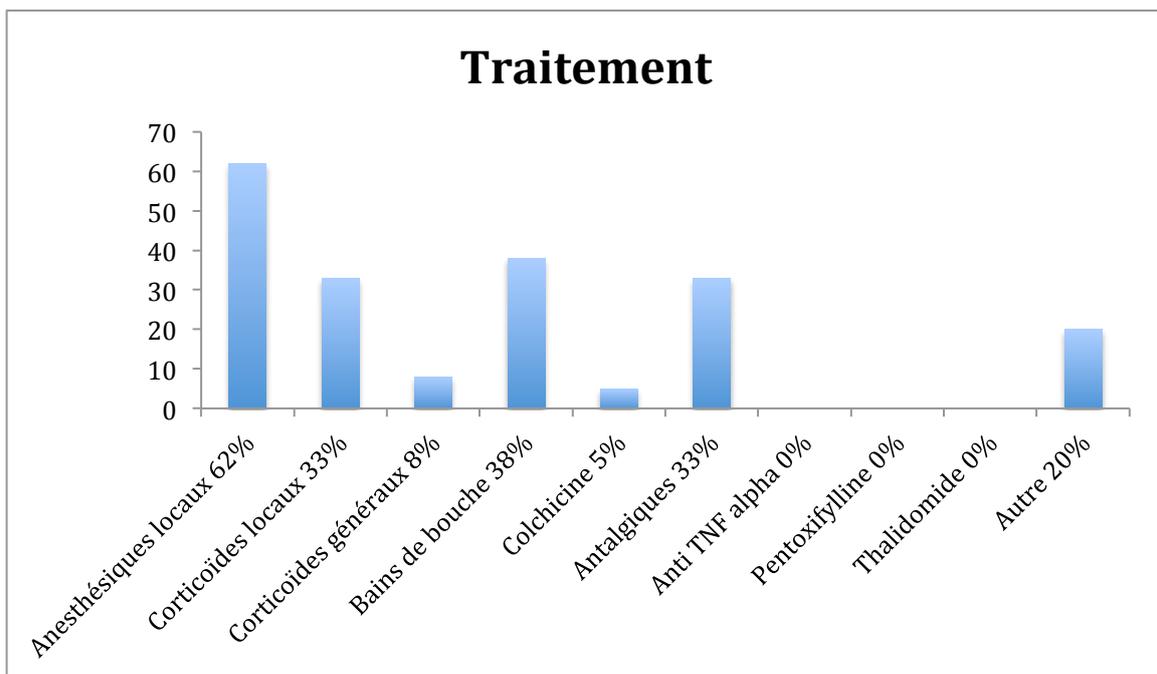
5) Le traitement

En terme de traitement, le plus utilisé reste le traitement symptomatique avec l'application de l'anesthésique local selon cette étude (62% des réponses), il est effectivement prescrit en première intention et peut être associé à d'autres médications. Viennent ensuite les antalgiques (33%) et les bains de bouches (38%). Les corticoïdes locaux sont également utilisés de façon fréquente (33%). La

prescription de colchicine ou de corticoïdes généraux est plus rare (8%) et aucune réponse n'a porté sur les anti TNF alpha, le thalidomide ou la pentoxifylline. D'autres traitements ont néanmoins été cités tels que la teinture d'iode topique, les granions d'argent, l'acide trichloracétique associé à la vitamine D, ou le Myzotect en application locale.

Les chirurgiens dentistes interrogés trouvent le plus souvent les résultats de ces traitements satisfaisants à variables selon les patients. Le taux de réponse sur cette question a cependant été faible indiquant peut être que le retour des patients est peu important ou qu'ils préfèrent consulter un autre praticien en cas d'échec du traitement proposé.

Figure 6 : Réponse à la question 10



VI. Discussion

L'étude réalisée auprès des chirurgiens dentistes a révélé que l'interrogatoire est souvent bien mené, avec des questions judicieuses, le plus souvent à la recherche d'une étiologie ou d'une complication de l'aphtose.

A contrario, la prescription d'examens complémentaires est plus négligée. Deux catégories de praticiens se distinguent sur ce point : ceux qui estiment manquer de connaissances pour l'analyse et ceux qui jugent la prescription d'examens complémentaires inutile face à une aphtose. Ainsi le dépistage des pathologies générales s'exprimant par des ulcérations buccales est minime.

En outre, la collaboration avec les stomatologues ou chirurgiens-oraux permet de prendre le relais en cas de difficultés ; ils sont sollicités en cas de doute diagnostique ou d'échec dans la prise en charge ce qui témoigne d'une certaine éthique. La demande fréquente de bilans généraux chez le médecin généraliste montre que les dentistes n'ignorent pas et sont attentifs au fait que l'aphtose peut être le signe d'une pathologie générale en évolution.

En terme de traitement, la prise en charge symptomatique est la plus proposée avec les anesthésiques locaux, les bains de bouches, les antalgiques et les corticoïdes locaux. La plupart des praticiens interrogés trouvent les résultats convenables. Cette impression de satisfaction est un peu surprenante au vu du caractère uniquement symptomatique de la prise en charge face à un motif de consultation axé principalement sur la récurrence.

PARTIE 3 : CAS CLINIQUE

I. Présentation du cas clinique

Melle X, 20 ans, présente une aphtose récidivante la gênant dans sa vie quotidienne. Elle explique par exemple être obligée de sélectionner ses aliments, autant ceux qui lui semblent provoquer les poussées que ceux dont l'acidité ou l'agression mécanique est trop vive sur les lésions. Par ailleurs, les difficultés d'élocution lors de la phase la plus douloureuse de l'aphte sont handicapantes dans sa vie personnelle et surtout professionnelle.



Image 23 : Photographie d'un aphte sur la muqueuse labiale inférieure.

1) Interrogatoire

A l'interrogatoire seront développés les points suivants :

- la fréquence des poussées : sur certaines périodes les aphtes ne surviennent qu'environ une fois par mois puis sur d'autres, une nouvelle lésion apparaît avant même que la précédente ait disparu
- leur concomitance avec la prise de certains aliments ou médicaments : la prise de fruits à coque, fromages, agrumes semble provoquer l'apparition
- la taille des lésions : infra centimétrique le plus souvent
- l'équilibre de son régime alimentaire : convenable malgré un goût prononcé pour la pâte à tartiner
- son état de stress : banal
- la présence d'autres signes cliniques exo ou endo-buccaux : par de lésions génitales ni de fièvre ou d'altération de l'état général.

2) Examen exo-buccal

A l'examen exo-buccal, une légère adénopathie est décelable lors des poussées.

3) Examen endo-buccal

A l'examen endo-buccal, le caractère aphtoïde des lésions est confirmé : arrondies aux bords nets avec un halo érythémateux, un fond jaunâtre, une localisation classique au niveau des joues ou des vestibules et une douleur spontanée.



Image 24 : Photographie d'une autre lésion.

II. Prise en charge

La patiente a consulté son chirurgien dentiste et son médecin généraliste. Avant tout examen complémentaire, les deux ont proposé à la patiente de stopper sa consommation de pâte à tartiner pendant un mois, le chocolat étant connu pour favoriser la survenue aphtes. Suite à l'absence d'amélioration et en l'absence de facteurs de risque alimentaires, il lui a été prescrit :

- Une numération formule sanguine à la recherche d'anémie, neutropénie, carence , pathologie inflammatoire chronique telle que la maladie de Behçet, la maladie de Crohn et la maladie coeliaque (taux de crp) : l'examen sanguin était normal.
- Une consultation médicale à la recherche de signes évocateurs de la maladie coeliaque ou de la maladie de Crohn car elle décrit des maux de ventres chroniques suspects: le dosage d'anticorps à la recherche de l'intolérance au gluten s'est révélé négatif et les investigations sur la maladie de Crohn se sont arrêtées là, les arguments étant trop faibles face au caractère invasif de la coloscopie nécessaire au diagnostic.

Figure 7 : Résultats des analyses sanguines

| NUMERATION GLOBULAIRE | | | |
|--------------------------------|-----------|------------------|---------------------------------------|
| <i>(Sang, Sysmex XT 2000i)</i> | | | |
| Hématies | 4 100 000 | /mm ³ | VR 4,0-5,5 M/mm ³ |
| Hémoglobine | 12,0 | g/dl | VR 12,0 - 16,0 |
| Hématocrite | 36,4 | % | VR 33,0 - 47,0 |
| V.G.M. | 89 | µ ³ | VR 83 - 98 |
| C.C.M.H | 33,0 | g/dl | VR 32,0 - 36,0 |
| T.G.M.H | 29,3 | pg | VR 27,0 - 32,0 |
| Leucocytes | 6 180 | /mm ³ | VR 4000 - 10000 |
| FORMULE LEUCOCYTAIRE | | | |
| <i>(Sang, Sysmex XT 2000i)</i> | | | |
| Poly. Neutrophiles | 64 | % | 3 955 /mm ³ VR 2000 - 7500 |
| Poly. Eosinophiles | 3 | % | 185 /mm ³ VR Inf. à 500 |
| Poly. Basophiles | 0 | % | 0 /mm ³ VR Inf. à 200 |
| Lymphocytes | 27 | % | 1 669 /mm ³ VR 1000 - 4000 |
| Monocytes | 6 | % | 371 /mm ³ VR 200 - 1000 |
| PLAQUETTES | 206 000 | /mm ³ | VR 150000 - 450000 |
| <i>(Sang, Sysmex XT 2000i)</i> | | | |

Figure 8 : Résultats des analyses immunologiques

| IMMUNOLOGIE | |
|---|----------|
| Auto-Immunité | |
| ■ Ac anti Transglutaminase tissulaire humaine IgA (ELIA-IMMUNOCAP 2500-PHADIA) * | * MM |
| Résultat | < 3 U/mL |
| Valeurs de références : - Inf. à 7 U/mL Négatif - 7 U/mL à 10 U/mL Equivoque - Sup. à 10 U/mL Positif - Sup. à 30 U/mL Forte valeur prédictive pour une maladie coeliaque Dans le diagnostic de la maladie coeliaque, les résultats sont valides si le patient a un régime "normal" (comportant du gluten) et s'il a des IgA > 0,20 g/L. | |
| ■ Ac anti Transglutaminase tissulaire humaine IgG (ELIA-IMMUNOCAP 2500-PHADIA) * | * MM |
| Résultat | < 3 U/mL |

III. Conclusion du cas clinique

Ce cas clinique montre bien que l'aphtose bucco pharyngée récidivante d'étiologie non systémique n'a pas de réponse thérapeutique efficace sur la récurrence des lésions. En conséquence, la réponse au motif de consultation du patient est le seul traitement symptomatique. La patiente, bien que compréhensive, est déçue de la prise en charge des récurrences comme tous les autres patients dans son cas.

CONCLUSION

Bien que sans gravité au point de vue général, l'aphtose bucco pharyngée récidivante est une affection de la muqueuse buccale qui affecte de façon importante la qualité de vie de nos patients. Donner une réponse satisfaisante à leur motif de consultation est essentiel, autant pour soulager dans l'immédiat que pour prévenir la récurrence.

Si le diagnostic est le plus souvent évident à l'examen clinique ; l'interrogatoire et les examens complémentaires sont indispensables pour écarter les diagnostics différentiels et adresser si besoin aux professionnels de santé compétents. En effet l'apparition de récurrence d'aphtose peut permettre le diagnostic d'une maladie générale. Son traitement met un terme à une aphtose devenue handicapante et évite l'évolution de la pathologie à des stades précoces en prévenant des conséquences plus sombres.

Les connaissances acquises en terme d'étiologie de l'aphtose permettent en premier lieu de conseiller le patient dans ses habitudes alimentaires ; la suppression d'un tic de morsure et la gestion du stress diminuent les récurrences. Une origine génétique ou endocrinienne sera bien plus difficile à contrôler.

Les thérapeutiques sont symptomatiques en premier lieu (principalement à base d'antalgiques, anesthésiques et corticoïdes locaux) puis des traitements plus lourds sont envisagés pour traiter les récurrences dans les cas plus sévères, ces derniers exposent cependant à des effets secondaires plus ou moins bien tolérés. Les traitements chirurgicaux quand à eux offrent des résultats qui peuvent être satisfaisants mais trop inconstants par rapport à l'investissement.

L'étude réalisée par le biais d'un questionnaire adressé par mail aux dentistes de Midi-Pyrénées permet un constat de la pratique en Midi-Pyrénées face à une aphtose bucco pharyngée récidivante.

Le traitement des récidives est souvent décevant sauf lorsqu'une découverte étiologique est faite. Actuellement, il ne faut pas rechercher une efficacité absolue mais se contenter de résultats tels que poussées moins fréquentes et atténuées avec éléments moins douloureux, moins nombreux, plus petits ou abortifs, afin de réduire la posologie et les effets secondaires et de pouvoir ainsi maintenir plus longtemps un traitement efficace, mais non dénué d'inconvénients.

le 13/11/2015
Dr PESUDO Marion
Directrice de thèse



le 13/11/2015
le docteur du jury.

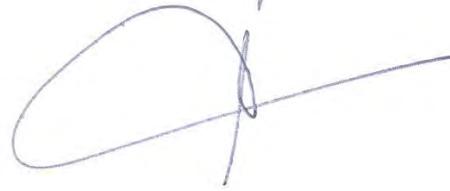


TABLE D'ILLUSTRATIONS

I. TABLEAUX

| | |
|--|----|
| - Tableau 1 : Les différentes formes d'aphtoses..... | 20 |
| - Tableau 2 : Signes endo-buccaux en cas de carence vitaminiques..... | 25 |
| - Tableau 3 : Pathologies à rechercher face à une aphtose récidivante..... | 32 |
| - Tableau 4 : Diagnostics différentiels..... | 42 |
| - Tableau 5 : Tableau décisionnel..... | 43 |
| - Tableau 6 : Traitements médicamenteux..... | 51 |
| - Tableau 7 : Questionnaire..... | 54 |

II. IMAGES

| | |
|--|----|
| - Image 1 : Erosion herpétique..... | 16 |
| - Image 2 : Ulcération traumatique..... | 16 |
| - Image 3 : Aphte..... | 17 |
| - Image 4 : Chancre syphilitique..... | 17 |
| - Image 5 et 6 : Atteintes scrotale et oculaire de la maladie de Behçet..... | 26 |
| - Image 7 : Ulcération labiale (agranulocytome)..... | 29 |
| - Image 8 : Lésions cutanées observées lors d'un syndrome de Sweet..... | 30 |
| - Image 9 : Primo infection herpétique..... | 33 |
| - Image 10 : Herpangine..... | 34 |
| - Image 11 et 12 : Syndrome pied main bouche..... | 35 |
| - Image 13 : Varicelle..... | 35 |
| - Image 14 : Eruption zostérienne sur la langue..... | 36 |
| - Image 15 : Gingivite ulcéro-nécrotique..... | 37 |
| - Image 16 : Syphilis : chancre de la lèvre supérieure..... | 38 |
| -Image 17: Lésion cutanée en cocarde typique de l'érythème polymorphe..... | 39 |

| | |
|---|----|
| - Image 18 : Maladie de Steven Johnson..... | 39 |
| - Image 19 : Brûlure électrique..... | 41 |
| - Image 20 : Maladie de Riga Fede..... | 41 |
| - Image 21 : Carcinome de la muqueuse buccale, CHU Ranguel..... | 42 |
| - Image 22 : Laser Nd : YAG..... | 52 |
| - Image 23 : Photographie d'un aphte sur la muqueuse labiale inférieure.. | 64 |
| - Image 24 : Photographie d'une autre lésion..... | 66 |

III. FIGURES

| | |
|---|----|
| - Figure 1 : Nombre de réponses..... | 56 |
| - Figure 2 : Réponse à la question n°1..... | 58 |
| - Figure 3 : Réponse à la question n°3..... | 59 |
| - Figure 4 : Réponse à la question n°5..... | 60 |
| - Figure 5 : Réponse à la question n°9..... | 61 |
| - Figure 6 : Réponse à la question n°10..... | 62 |
| - Figure 7 : Résultats des analyses sanguines..... | 67 |
| - Figure 8 : Résultats des analyses immunologiques..... | 67 |

BIBLIOGRAPHIE

-
1. Michel B, Pulvermacker B, Bertolus C, Couly G. Stomatites du nourrisson et de l'enfant. *J Pédiatrie Puériculture*. sept 2003;16(5):267-80.
 2. Beauvillain de Montreuil C, Tessier M-H, Billet J. Pathologie bénigne de la muqueuse buccale. *EMC - Oto-Rhino-Laryngol*. mars 2012;7(1):1-21.
 3. Naulin-Ifi C. *Odontologie pédiatrique clinique*. Rueil-Malmaison, France: Éd. CdP : Wolters Kluwer France, impr. 2011; 2011. xv+327 p.
 4. Vaillant L, Bernez A. Aphtes et aphtoses. *EMC - Traité Médecine AKOS*. janv 2009;4(3):1-7.
 5. J.-E. Fleury, S. Agbo-Godeau. Syphilis buccale. In: *EMC Médecine buccale*.
 6. Coulon JP. Aphtes banals, aphtose buccale récidivante et maladie de Behçet. In: *EMC Médecine buccale*. Masson; 2008. p. 1:21.
 7. Chattopadhyay A, Chatterjee S. Risk indicators for recurrent aphthous ulcers among adults in the US. *Community Dent Oral Epidemiol*. avr 2007;35(2):152-9.
 8. Slebioda Z, Szponar E, Kowalska A. Etiopathogenesis of recurrent aphthous stomatitis and the role of immunologic aspects: literature review. *Arch Immunol Ther Exp (Warsz)*. juin 2014;62(3):205-15.
 9. Rioboo Crespo M del R, Planells del Pozo P, Rioboo García R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal Ed Impresa*. déc 2005;10(5):376-87.
 10. Vaillant L, Goga D, Ajacques J-C, Ben Slama L, Boisnic S. *Dermatologie buccale*. Paris: Doin; 1997.
 11. Viguier M, Fouere S, Pascal F, Morel P. Aphtose miliaire : 5 cas. <https://www-em-comdocadisups-tlsefrdatarevues01519638012708-9707> [Internet]. 28 avr 2008 [cité 4 sept 2015]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/153214/resultatrecherche/19>
 12. Laskaris G. *Atlas de poche des maladies buccales*. Paris, France: Flammarion Médecine-Sciences; 2007. xiii+370 p.
 13. Natah SS, Konttinen YT, Enattah NS, Ashammakhi N, Sharkey KA, Häyrinen-Immonen R. Recurrent aphthous ulcers today: a review of the growing knowledge. *Int J Oral Maxillofac Surg*. avr 2004;33(3):221-34.
 14. *Oral & maxillofacial pathology*. Philadelphie, Etats-Unis d'Amérique: Saunders Elsevier; 2009. xvi+968 p.
 15. Scully C, Porter S. Oral mucosal disease: recurrent aphthous stomatitis. *Br J Oral Maxillofac Surg*. avr 2008;46(3):198-206.
 16. *La muqueuse buccale: de la clinique au traitement*. Paris, France: Éd. Med'com; 2009. 416 p.
 17. Tarakji B, Gazal G, Al-Maweri SA, Azzeghaiby SN, Alaizari N. Guideline for the diagnosis and treatment of recurrent aphthous stomatitis for dental practitioners. *J Int Oral Health JIOH*. mai 2015;7(5):74-80.
 18. McCartan BE, Sullivan A. The association of menstrual cycle, pregnancy, and menopause with recurrent oral aphthous stomatitis: a review and critique. *Obstet Gynecol*. sept 1992;80(3 Pt 1):455-8.
 19. Shi L, Wan K, Tan M, Yin G, Ge M, Rao X, et al. Risk factors of recurrent aphthous ulceration among university students. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(4):6218.

20. (DCD IM, DSO), (DCD) NB, (DM) R-MC. Les ulcérations orales d'origine médicamenteuse. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/0003410X01510004248> [Internet]. 16 févr 2008 [cité 1 sept 2015]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/74403/resultatrecherche/23>
21. Pétavy-Catala C, Fontès V, Gironet N, Hüttenberger B, Lorette G, Vaillant L. Signes buccaux révélateurs d'une carence en vitamine B12 avant l'apparition d'une anémie. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/0151963801300002191> [Internet]. 29 avr 2008 [cité 1 sept 2015]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/154173/resultatrecherche/21>
22. D. Muster. Vitamines et oligoéléments en odontostomatologie. In: EMC Médecine buccale.
23. Altenburg A, El-Haj N, Micheli C, Puttkammer M, Abdel-Naser MB, Zouboulis CC. The treatment of chronic recurrent oral aphthous ulcers. *Dtsch Arztebl Int.* 3 oct 2014;111(40):665-73.
24. Saadoun D, Wechsler B. Maladie de Behçet. EMC - Traité Médecine AKOS. janv 2012;7(1):1-6.
25. Marteau P, Allez M, Jian R. Maladie de Crohn. EMC - Traité Médecine AKOS. avr 2013;8(2):1-8.
26. Malamut G, Cellier C. Maladie cœliaque. *Rev Médecine Interne.* juin 2010;31(6):428-33.
27. BELIZNA C, PISTORIUS MA, PLANCHON B, BRIGNON P, FALLER B. SYNDROME MAGIC ET ANTICORPS ANTICARDIOLIPINES. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/03980499002800015512> [Internet]. 20 mars 2008 [cité 1 sept 2015]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/124969/resultatrecherche/1>
28. Nascimento ACM do, Gaspardo DBC, Cortez TM, Miot HA. Syndrome in question. MAGIC syndrome. *An Bras Dermatol.* févr 2014;89(1):177-9.
29. Hofer M. Syndrome PFAPA : ce que nous a appris la cohorte Européenne. *Rev Rhum Monogr.* févr 2012;79(1):38-41.
30. Caumes E, Janier M. Manifestations dermatologiques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/traitemgmtm-29835> [Internet]. [cité 1 sept 2015]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/11472/resultatrecherche/9>
31. Rachdi I, Lamoum M, Ben Ghorbel I, Hamzaoui A, Ben Salem T, Khanfir M, et al. Étiologie rare d'aphtose buccale : la neutropénie cyclique. *Rev Médecine Interne.* déc 2012;33:A121-2.
32. Vignon-Pennamen M-D, Wallach D. Dermatoses neutrophiliques. EMC - Dermatol. janv 2007;2(2):1-16.
33. E. Piette. Stomatites bactériennes « spécifiques ». In: EMC Médecine buccale.
34. Billet J, Malard O, Tessier M-H, Montreuil CB de. Pathologie de la muqueuse buccale. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/traitesor20-35785> [Internet]. [cité 4 sept 2015]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/17892/resultatrecherche/14>
35. Vaillant L, Jan V, Hüttenberger B. Ulcérations de la muqueuse buccale. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/0151963801260011853> [Internet]. 28 avr 2008 [cité 1 sept 2015]; Disponible sur: <https://www-em-->

- premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/152832/resultatrecherche/3
36. Saint-Jean M, Tessier M-H, Barbarot S, Billet J, Stalder J-F. Pathologie buccale de l'enfant. *Ann Dermatol Vénéréologie*. déc 2010;137(12):823-37.
 37. E.Piette. Stomatites bactériennes « non spécifiques ». In: EMC Médecine buccale.
 38. Marie J, Fricain J-C, Boralevi F. Maladie de Riga-Fede. *Ann Dermatol Vénéréologie*. août 2012;139(8-9):546-9.
 39. Slama LB. Aphtes et aphtoses. [Httpswww-Em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatarevues0035176801040005295](https://www-em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatarevues0035176801040005295) [Internet]. 22 févr 2008 [cité 14 août 2015]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/94710/resultatrecherche/22>
 40. Darshan DD, Kumar CNV, Kumar ADM, Manikantan NS, Balakrishnan D, Uthkal MP. Clinical study to know the efficacy of Amlexanox 5% with other topical Antiseptic, Analgesic and Anesthetic agents in treating minor RAS. *J Int Oral Health JIOH*. févr 2014;6(1):5.
 41. Motamedi MRK, Golestannejad Z. Use of pure nicotine for the treatment of aphthous ulcers. *Dent Res J*. avr 2015;12(2):197.
 42. Haghpanah P, Moghadamnia AA, Zarghami A, Motalebnejad M. Muco-bioadhesive containing ginger officinal e extract in the management of recurrent aphthous stomatitis: A randomized clinical study. *Casp J Intern Med*. 2015;6(1):3-8.
 43. El Khouli AM, El-Gendy EA. Efficacy of omega-3 in treatment of recurrent aphthous stomatitis and improvement of quality of life: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. févr 2014;117(2):191-6.
 44. Liu H-L, Chiu S-C. The Effectiveness of Vitamin B12 for Relieving Pain in Aphthous Ulcers: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses*. juin 2015;16(3):182-7.
 45. Fontes V, Machet L, Huttenberger B, Lorette G, Vaillant L. Aphtose buccale récidivante : traitement par colchicine Étude ouverte de 54 cas. [Httpswww-Em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatarevues0035176801050004239](https://www-em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatarevues0035176801050004239) [Internet]. 22 févr 2008 [cité 24 juin 2015]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/94767/resultatrecherche/3>
 46. Clinical assessment of the therapeutic effect of low-level laser therapy on chronic recurrent aphthous stomatitis. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 17 août 2015]. Disponible sur: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.docadis.ups-tlse.fr/pubmed/26019580>
 47. Genius Nd:YAG Laser (1064 nm) - B&Co - High Tech Laser [Internet]. [cité 12 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.hightechlaser.nl/bco/view/fr/509034-+Genius+Nd%3AYAG+Laser+\(1064+nm\)+.html](http://www.hightechlaser.nl/bco/view/fr/509034-+Genius+Nd%3AYAG+Laser+(1064+nm)+.html)

PRISE EN CHARGE DE L'APHTOSE RÉCIDIVANTE : ETUDE CLINIQUE DANS LA RÉGION
MIDI-PYRENEES

RESUME EN FRANÇAIS :

L'aphte est une lésion réversible de la muqueuse buccale pour laquelle un traitement symptomatique suffit le plus fréquemment. Toutefois, lorsque les récurrences deviennent très fréquentes, un diagnostic et une prise en charge étiologique sont nécessaires afin d'améliorer la qualité de vie des patients. L'étude réalisée auprès des chirurgiens dentistes de Midi-Pyrénées montre que parfois, la démarche diagnostique est un peu brève et sans examens complémentaires ; la prise en charge se voyant confiée à nos confrères chirurgiens oraux, stomatologues et médecins généralistes en cas d'échec. Malheureusement si l'étiologie n'est pas décelée les traitements dont nous disposons sont soit peu efficaces sur la récurrence, soit présentent trop d'effets indésirables pour être prescrits au long cours. Le but de ce travail est d'exposer la prise en charge globale qui est mise en œuvre face à ce motif de consultation.

TITRE EN ANGLAIS : Medical management of recurrent aphthous stomatitis : clinical trial in Midi-Pyrénées.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire.

MOTS-CLES : Aphte, Apthose, Récurrence, Démarche diagnostique, examens complémentaires, Traitement, Etude clinique.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex.

DIRECTEUR DE THESE: Dr Marion PESUDO.