

IMAGES CLINIQUES

Lichen plan buccal

Eric T. Stoopler DMD, Thomas P. Sollecito DMD

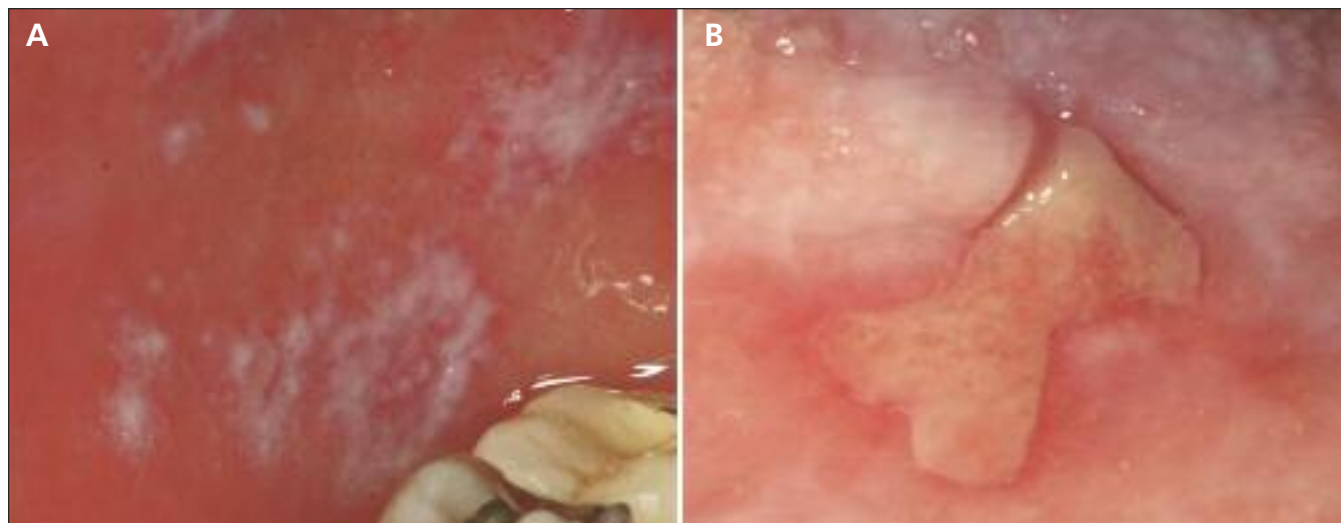


Figure 1 : (A) Stries annulaires et réticulaires accompagnées d'érythème affectant la muqueuse buccale d'une femme de 72 ans qui présente une douloureuse sensation de brûlure à l'intérieur de la bouche. (B) Ulcère asymétrique entouré d'érythème à la face latérale de la langue de la patiente.

Intérêts concurrents :
Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Département de médecine buccale, Faculté de médecine dentaire de l'Université de la Pennsylvanie, Philadelphie (Pennsylvanie).

Correspondance :
Eric T. Stoopler,
ets@dental.upenn.edu

CMAJ 2012.
DOI:10.1503/cmaj.111825

Une femme de 72 ans consulte pour une douloureuse sensation de brûlure dans la bouche qui dure depuis six mois. L'examen révèle la présence de lésions sur la muqueuse buccale et la surface latérale de la langue (Figure 1). Une biopsie de la muqueuse buccale révèle les caractéristiques histopathologiques d'un lichen plan buccal (Annexe 1, disponible ici : www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.111825/-/DC1). L'administration d'une corticothérapie et d'une prophylaxie antifongique topiques a donné lieu à une amélioration substantielle de son état en l'espace d'un mois.

Le lichen plan est une maladie auto-immune chronique qui affecte diverses surfaces, dont la peau, le cuir chevelu, les ongles et les muqueuses^{1,2}. Sa prévalence globale est d'environ 1 à 2 %². La maladie affecte les personnes de toutes origines ethniques. Elle s'observe plus souvent chez les patients de 30 à 60 ans et les femmes sont plus touchées que les hommes².

Le lichen plan buccal affecte surtout la muqueuse buccale, les gencives et la surface dorsale de la langue et n'est pas toujours associé à des lésions affectant d'autres muqueuses ou tissus cutanés². Parmi les variantes cliniques du lichen plan buccal, mentionnons des formes asymptomatiques telles que des lésions réticulaires, papulaires ou en plaques. Les formes érythémateuses et érosives de

la maladie sont souvent accompagnées de douleur et de saignements¹. Selon les preuves actuelles, il s'agirait d'un processus pathologique complexe modulé par des lymphocytes T CD8+ cytotoxiques dirigés contre les kératinocytes basiliaires, qui donne lieu à une dégénérescence vacuolaire et à une lyse de ces cellules^{1,2}. Le diagnostic se fonde sur des critères histopathologiques définis, alliés au tableau clinique des lésions. Bien qu'il n'existe aucun remède, les résultats d'une revue systématique montrent qu'un traitement initial des lésions symptomatiques au moyen de corticostéroïdes topiques ou systémiques entraîne souvent une résolution partielle de la maladie selon la distribution et la gravité des lésions³. La transformation maligne du lichen plan buccal survient chez environ 1 % des patients, mais est plus prévalente chez ceux dont les lésions sont atrophiques et érosives, ce qui rappelle la nécessité d'exercer un suivi à long terme chez les patients atteints de cette maladie¹⁻³.

Références

1. Crincoli V, Di Bisceglie MB, Scivetti M, et al. Oral lichen planus: update on etiopathogenesis, diagnosis and treatment. *Immunopharmacol Immunotoxicol* 2011;33:11-20.
2. Parashar P. Oral lichen planus. *Otolaryngol Clin North Am* 2011;44:89-107.
3. Al-Hashimi I, Schifter M, Lockhart PB, et al. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: diagnostic and therapeutic considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;Suppl:S25.e1-12.