

Dermatologie buccale

Sophie-Myriam DRIDI - Anne-Laure EJEIL

Sophie-Myriam DRIDI, MCU/PH, groupes hospitaliers Albert Chenevier/Créteil, Bretonneau, Paris.

Jennifer CHALUMEAU, Attachée, hôpital Albert Chenevier/Créteil, Paris.

François LEPELLETIER, Praticien attaché Pitié-Salpêtrière, Paris.

Anne-Laure EJEIL, MCU/PH, groupes hospitaliers Albert Chenevier/Créteil, Bretonneau, Paris.

Condylome acumine buccal.

Tumeur épithéliale bénigne.



Condylome Caucasiens.



Condylome Caucasiens HIV.

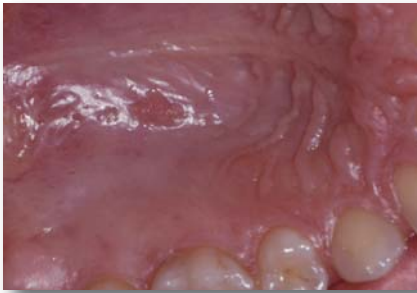
CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

Le condylome acuminé est défini comme une tumeur épithéliale bénigne classée parmi les infections sexuellement transmissibles. Dans la majorité des cas, les papillomavirus humains (HPV = human papillomavirus en dénomination internationale) sont à l'origine de cette lésion.

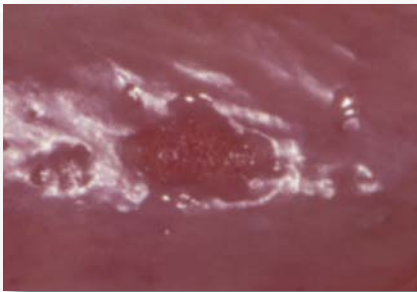
Les HPV sont des virus à ADN non enveloppés, très résistants aux agents chlorés et aux écarts de température. Ils sont répertoriés en fonction de leur tropisme cutané ou muqueux et de leur potentiel oncogène. Les infections qu'ils induisent sont très fréquentes car le risque de contagiosité est important. Ainsi, la majorité des adultes sexuellement actifs risque d'être contaminée à un moment donné de leur vie (Dalstein et coll. 2006). Les virus responsables des condylomes sont à 90% les HPV muqueux de type 6 et 11 dits à bas risque car les lésions n'évoluent pas théoriquement vers un cancer.

La transmission virale se fait habituellement par contact sexuel direct. Le virus pénètre dans l'épithélium au niveau d'une microblessure, se transmet de cellule en cellule dans l'assise basale et des virions sont libérés lors de la desquamation. L'agent infectieux peut aussi se transmettre par l'intermédiaire de l'eau, de linge, de gants ou de matériel souillés. L'auto et l'hétéro inoculation manuportées sont également possibles. En effet la concordance virale entre les prélèvements génitaux et digitaux est souvent élevée (Aubin 2006).

Chez la femme, les condylomes se rencontrent surtout au niveau de la vulve et du périnée, plus rarement au niveau de l'anus, du vagin et du col. Chez l'homme, ils siègent au niveau du pénis, du prépuce, du gland et de la région péri-anales. Quand ils sont localisés en bouche, une transmission oro-génitale est souvent incriminée (Giraldo et coll 2006). Chez la personne atteinte, la lésion orale peut être diagnostiquée avec ou en l'absence d'une affection anogénitale concomitante (Henley et coll 2004).



Condylomes palatin.



Condylomes palatin gros plan.



Papillome.



Papillome.



Papillome développé.

POPULATIONS CONCERNÉES

Dans les populations occidentales, les condylomes acuminés buccaux affectent volontiers les adultes avec une légère prédominance pour les hommes caucasiens, dans les tranches d'âge trente/quarante ans (Anderson et coll. 2003). Les patients immunodéprimés (greffe d'organe, chimiothérapie, HIV) sont particulièrement vulnérables à ce type d'infection virale (Laskaris 1994).

Une contamination verticale de l'enfant par la mère est également possible, la transmission de l'agent infectieux pouvant intervenir in utéro, pendant l'accouchement puis par contact cutané ou par l'intermédiaire de linge de toilette. Une contamination par abus sexuel doit aussi être suspectée notamment chez les enfants pré et pubères (Cason et Mant 2005 ; Kui et coll 2003).

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Chez une personne immunocompétente, le condylome acuminé apparaît classiquement comme une lésion exophytique, bien circonscrite, asymptomatique, souple, plus ou moins kératosique en fonction de sa topographie, de couleur rosée à blanchâtre, avec une surface papillomateuse présentant un aspect en choux fleur ou en crête de coq. Sessile la plupart du temps, mais pouvant être pédiculé, sa taille est variable de 1 à plusieurs mm. Il n'y a pas de retentissement ganglionnaire.

Chez les patients immunodéprimés, les lésions sont souvent multiples en « cluster ». Elles peuvent confluer pour former des excroissances assez volumineuses.

En bouche, le condylome acuminé affecte préférentiellement la muqueuse des lèvres, le dos, et le frein de la langue, le plancher buccal, le palais dur et parfois la gencive (Manganaro 2000 ; Henley et coll 2004).

CARACTÉRISTIQUES HISTOLOGIQUES

Les caractéristiques histologiques sont nombreuses (Anderson et coll. 2003) :

- papillomatose : allongement et hypersinosité de la couche basale de l'épithélium entraînant un allongement des crêtes épithéliales et des papilles conjonctives
- acanthose marquée : épaissement de l'épithélium causé par une prolifération de la couche épineuse
- quantité variable de parakératine
- présence dans la couche épineuse de cellules ballonisées, vacuolisées présentant un noyau pycnotique et un halo périnucléaire non uniforme (= aspect histologique de koilocytes).

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Un diagnostic différentiel est indispensable car le condylome acuminé présente des caractéristiques cliniques comparables à celles du papillome, de la verrue vulgaire et dans une moindre mesure de l'hyperplasie épithéliale focale. Il se distingue facilement des tumeurs bénignes conjonctives. Le diagnostic différentiel se fait grâce à l'examen clinique et à l'examen anatomopathologique (Anderson et coll. 2003 ; Sciubba et coll 2002 ; Szpirglas et Ben Slama 1999 ; Pindborg 1995, Laskaris 1994 ; Piette 1991).

Lésions muqueuses	Condylome acuminé	Papillome	Verrue vulgaire	Hyperplasie épithéliale focale	Lésions conjonctives type épulis, diapneusie
Caractéristiques cliniques	Localisation variable. Moins kératinisé que le papillome. Souvent sessile. Surface papillomateuse. Unique ou multiple.	Localisation variable. Plus kératinisé que le condylome. Souvent pédiculé. Surface papillomateuse +++. Souvent unique.	Lèvre, palais. Aspect très comparable à un papillome mais coexistence de verrues péri-orales ou sur les mains ou les doigts. Surtout enfants.	Lèvre et joue. Macule ou papule peu saillante, toujours multiples, s'effaçant +/- lorsque la muqueuse est étirée. Surface lisse. Surtout enfants, noirs, antillais, nord africains.	Pas de surface papillomateuse. Lésion ferme en cas de fibrose ou molle si très inflammatoire et dans ce cas hémorragique. Relation avec une cause locale (dent, plaque) confirmée.
Caractéristiques histologiques	Papillomatose Crêtes épithéliales larges. Koilocytes présents.	Papillomatose Koilocytes absents habituellement.	Papillomatose Crêtes épithéliales centripètes. Koilocytes présents. Grains de kératohyaline.	Acanthose plus que papillomatose. Crêtes épithéliales confluentes. Koilocytes présents.	Fibrose avec ou sans inflammation. Koilocytes absents.
Typages viraux (les plus rencontrés)	HPV à bas risque type 6, type 11 HPV à haut risque type 16 surtout, type 18 et 31.	Aucun (quand absence d'origine virale) sinon type 6 et 11.	HPV à bas risque type 2, type 4.	HPV type 13, type 32.	Aucun

ATTITUDES THÉRAPEUTIQUES EN OMNIPRATIQUE DENTAIRE

Quelque soit la situation clinique, l'abstention thérapeutique est déconseillée à cause du caractère hautement contagieux qui caractérise les infections à HPV. Le traitement est purement local.

- En cas de condylome unique, l'exérèse chirurgicale et la demande d'une analyse anatomopathologique sont justifiées. L'anesthésie est locale. Le trait d'incision, effectué à la lame n°15, doit englober 2 à 3 mm de muqueuse périlésionnelle qui est également infectée par le virus. Des sutures à l'aide d'un fil résorbable peuvent être utiles pour assurer l'hémostase et pour rapprocher les berges muqueuses. Au niveau de la genive attachée, un pansement parodontal type Coe Pack permet d'assurer une compression prolongée. Les suites opératoires étant quasi-inexistantes, la prescription d'un bain de bouche contenant de la chlorhexidine et d'un antalgique à base de paracétamol est suffisante. Un traitement par électrocoagulation ou au laser (Nd-Yag, CO2) est également possible en prenant soin d'aspirer les vapeurs qui contiennent de l'ADN viral. L'analyse anatomopathologique est par contre rendue difficile.
- Quand les lésions buccales sont multiples et profuses, il est préférable d'adresser le patient à un spécialiste exerçant en ville ou en milieu hospitalier (dermatologue buccal, stomatologiste, odontologiste) car l'éventualité d'une anesthésie générale n'est pas à exclure.



Diapneusie langue.



Fistule.

Une fois l'acte chirurgical effectué, l'examen anatomopathologique est nécessaire au diagnostic. La pièce d'exérèse sera placée dans le flacon prérempli de formol à 4 % fourni par le laboratoire. Une alternative possible à cette fixation habituelle est l'alcool à 70 % ou à 90 %. Sur la prescription destinée au médecin anatomopathologiste, on précisera l'âge du patient, les antécédents médicaux éventuels, les caractéristiques cliniques de la lésion (localisation, taille, morphologie, unique ou multiples), voire le diagnostic évoqué.

L'examen anatomopathologique permettra de confirmer la bénignité et de préciser le diagnostic.

Il est donc recommandé d'évoquer la transmission sexuelle uniquement après avoir pris connaissance des résultats du laboratoire sauf si le patient est conscient du problème. Dans ce cas, le patient et son, ou sa, partenaire doivent être orientés vers un médecin généraliste ou un dermatologue ou un gynécologue. En effet, un bilan d'extension est nécessaire car les infections à HPV sont souvent multifocales. De plus chez la femme, une lésion orale doit faire craindre l'existence d'une lésion précancéreuse interne (col utérin, anus). Par ailleurs certains médecins recommandent chez les patients atteints de condylome, la prescription d'une virologie HIV et un dépistage des autres infections sexuellement transmissibles qui peuvent être asymptomatiques (chlamydia, syphilis, hépatite B) (Riethmuller 2006). Pour les patients mineurs, la présence d'un condylome acuminé n'est pas toujours synonyme d'abus sexuel. Mais devant cette éventualité, il est prudent de demander une consultation pédiatrique pour un bilan lésionnel. La transmission sexuelle ne doit surtout pas être évoquée aux parents. Une concertation multidisciplinaire (pédiatre, protection maternelle et infantile, assistance sociale) est en effet indispensable pour confirmer un tel contexte. De plus, elle est légalement requise avant d'envisager une déclaration au procureur de la république.

Enfin, des séances de contrôle sont recommandées car les condylomes ne sont pas toujours facilement détectables. Plusieurs mois séparent généralement le moment où les virus pénètrent la muqueuse cible et le moment où les manifestations cliniques sont nettement visibles (Henley et coll 2004). ●

BIBLIOGRAPHIE

- Anderson K.M, Perez-Monteil D, Miles L, Allen C, Nuovo G.J. The histologic differentiation of oral condyloma acuminatum from its mimics. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003 ; 96 : 420 - 428.
- Aubin F. Infections à papillomavirus. Dépister. Traiter. Vacciner. *La revue du praticien* 2006 ; 56 : 1875 - 1876.
- Cason J, Mant C.A. High-risk mucosal human papillomavirus infecting during infancy and childhood. *J Clinical Virology* 2005; 32 : 52 - 58.
- Dalstein V, Briolat J, Birembaut P, Clavel C. Epidémiologie des infections génitales à papillomavirus. *La revue du praticien* 2006 ; 56 : 1877 - 1881.
- Giraldo P, Gonçalves A.K.S, Pereira S.A.S, Mazon S.B, Gondo M.L, Witkin S.S. Human papillomavirus in the oral mucosa of women with genital human papillomavirus lesions. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2006 ; 126 : 104 -106.
- Henley J.D, Summerlin D.J, Tomich C.E. Condyloma acuminatum and condyloma-like lesions of the cavity : a study of 11 cases with an intraductal component. *Histopathology* 2004 ; 44 : 216 - 221.
- Kui L.L, Xiu H.Z, Ning L.Y. Condyloma Acuminatum and human papilloma virus infection in the oral mucosa of children. *Pediatr Dent* 2003 ; 25 : 149 - 153.
- Laskaris G. Atlas des maladies buccales. 1994. Ed Médecine-Sciences. Flammarion. Paris.
- Manganaro A.M. Oral condyloma acuminatum. *Gen Dent* 2000 ; 48 : 62 - 64.
- Mouglin C, Nicolier M, Mo L. Mécanismes de carcinogénèse associée aux PHV. *La revue du praticien* 2006; 56 : 1889 - 1892.
- Pindborg J.J. Atlas des maladies de la muqueuse buccale. 1995. Ed Masson. Paris.
- Riethmuller D. Lésions ano-génitales à papillomavirus chez la femme. *La revue du praticien* 2006 ; 56 : 1893 - 1899.
- Sciubba J.J, regezi J.A, Rogers R. PDQ. Oral Disease. Diagnosis and treatment. 2002. Ed BC Decker Inc. Londres.
- Szpirglas H, Ben Slama L. Pathologie de la muqueuse buccale. 1999. Ed scientifiques et médicales Elsevier. Paris.