

Prise en charge d'un lichen plan buccal chez l'adulte.

Cas d'un patient suivi pendant plus de trois ans.

Treatment of oral lichen planus in an adult.

Case of a patient's medical follow-up over more than three years.

PATRICIA WEBER, SCARLETTE AGBO-GODEAU

Praticiens attachés – Consultation de pathologie de la muqueuse buccale

Service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du Pr P. Goudot, hôpital La Pitié-Salpêtrière (Paris).

1. PRÉSENTATION DU PATIENT

Monsieur T., 67 ans, commerçant retraité, d'origine chinoise, marié, 3 enfants, sans intoxication alcool-tabagique.

2. MOTIF DE LA CONSULTATION

Il est adressé par son médecin généraliste pour une inflammation buccale.

3. ANAMNÈSE MÉDICALE

On note : une allergie aux pollens, une hypertension artérielle traitée par de l'Aprovel®, un adénome prostatique contrôlé avec du Xatral®, de l'arthrose, une stéatose hépatique et des problèmes de lithiases biliaires. Il n'existe pas d'antécédent chirurgical.

4. HISTOIRE DE LA MALADIE

Des lésions buccales sont apparues un mois et demi avant la consultation, elles sont douloureuses et empêchent le patient de manger des aliments acides, épicés et chauds. Devant cette symptomatologie, le médecin généraliste a prescrit successivement : des bains de bouche de bicarbonate de sodium et à base de chlorhexidine (Paroex®), puis du métronidazole par voie orale (Bi-Rodogyl®) et, enfin, un gel buccal antifongique (Daktarin®). Aucune de ces médicaments n'a soulagé le patient, le médecin a

1. PATIENT PRESENTATION

Mr T. is a 67 year-old pensioner, former storekeeper, of chinese origin, married, 3 children, without addiction to alcohol or tobacco.

2. REASON FOR THE CONSULTATION

He is sent by his attending physician for an oral inflammation.

3. MEDICAL ANAMNESIS

We can observe: a pollen allergy, a high blood pressure treated with Aprovel®, a prostate adenoma regulated with Xatral®, degenerative osteoarthritis, a hepatic steatosis and biliary lithiasis. There is no surgery in his medical record.

4. EVOLUTION OF THE DISEASE

Oral lesions appeared one month and a half before the consultation; they are painful and prevent the patient from eating acidic, spicy and warm food.

Considering the symptomatology, the general practitioner already successively prescribed: sodium bicarbonate and chlorhexidine mouthwashes (Paroex®), then metronidazole, administered orally (Bi-Rodogyl®) and finally an antifungal oral gel (Daktarin®). As none of these medications helped the patient, the doctor prescribed a

prescrit un prélèvement mycologique qui s'est révélé négatif. Les analyses biologiques : numération et formule sanguine, plaquettes, vitesse de sédimentation, glycémie, fonction rénale, bilan lipidique, transaminases hépatiques, sont normales.

5. OBSERVATION CLINIQUE

À l'examen de la cavité buccale montre au niveau :

- des lèvres versant cutané : de l'atrophie et de la kératose;
- de la joue droite : un érythème associé à un réseau et une petite érosion de 2 mm de diamètre en regard de la cuspide de 16;
- de la joue et du vestibule inférieur gauche : réseau très discret;
- de la zone rétro-commissurale droite : une plaque blanche épaisse associée en son centre à une érosion de 7 mm de diamètre;
- du vestibule secteur 4 : un réseau associé à de l'érythème avec une érosion de 5 mm de diamètre en regard de 47 couronnée;
- du vestibule antéro-inférieur : un réseau avec un discret érythème;
- du palais secteur 1 : un réseau avec de l'érythème au collet des dents et sur la tubérosité;
- de la langue face ventrale et bords : du réseau et atrophie plus importants à droite qu'à gauche;
- de la langue face dorsale à droite : de l'atrophie et discrètes tâches de bougies;
- des gencives vestibulaires : un réseau et de l'érythème plus marqués en bas.

Il n'existe pas de localisation cutanée, génitale, unguéale.

mycological sampling which came back negative. As for the biological analyses: blood count, blood platelets, erythrocyte sedimentation rate, blood glucose levels, renal function, lipid profile, liver transaminases, they detected no anomalies.

5. CLINICAL OBSERVATION

The examination of the oral cavity showed:

- On the vermilion zone of lips: atrophy and keratosis.
- On the right cheek: an erythema associated with a capillary network and a slight erosion 2 mm in diameter related to cuspid 16.
- On the left cheek and the inferior vestibular area: a very discreet capillary network.
- In the cheeks, right behind the lips corners: a thick white patch associated with an erosion 7 mm in diameter.
- In the vestibular area, sector 4: a network associated with an erythema and an erosion 5 mm in diameter related to crowned 47.
- In the lower anterior vestibular zone : a network with a discreet erythema.
- On the palate, sector 1: a network with an erythema surrounding teeth necks and tuberosities.
- On the underside and edges of the tongue: network and atrophy more developed on the right side than on the left.
- On the right side of the tongue upper surface: atrophy and discreet reddish spots with white borders.
- On vestibular gums: a network and an erythema that are more acute on the inferior gums.

There is no cutaneous, genital or ungual location.



1



2



3



4



5

Première consultation - First consultation

Fig. 1 : Atteinte linguale. Lingual lesion.

Fig. 2 : Atteinte labiale. Lip lesion.

Fig. 3 : Atteinte palatine. Palatal lesion.

Fig. 4 : Atteinte rétrocommissurale. Lesion inside the corner of the mouth.

Fig. 5 : Atteinte labiale et gingivale. Lip and gum lesion.

6. DIAGNOSTIC

6.1. Quelle pathologie muqueuse inflammatoire peut-on évoquer ?

La présentation clinique est sans équivoque : nous retrouvons chez ce patient presque tous les critères de diagnostic pathognomoniques du lichen plan buccal : érythème, réseau, érosion, taches de bougies et atrophie (Laskaris 1997).

6.2. Peut-on émettre un diagnostic différentiel ?

Dans le cas clinique décrit, non.

Le diagnostic différentiel s'imposerait si nous avions une localisation purement gingivale avec de l'érythème et des érosions, auquel cas il serait nécessaire d'évoquer deux autres maladies bulleuses auto-immunes : la pemphigoïde cicatricielle et le pemphigus. Dans cette situation, les examens complémentaires justifiés sont l'analyse histologique qui permet de visualiser le niveau de la zone de clivage au sein de l'épithélium, et l'immunofluorescence directe qui objective les dépôts de précipitation des anticorps (au niveau de la membrane basale pour la pemphigoïde cicatricielle et au niveau des desmosomes interkératinocytaires pour le pemphigus vulgaire). Dans le lichen plan, il n'existe pas de clivage de l'épithélium ni de dépôts d'anticorps.

6.3. De quelle forme de lichen plan s'agit-il ?

Plusieurs expressions cliniques de lichen plan sont évoquées dans la littérature.

6.3.1. Lichen plan primitif idiopathique (Cendras et Bonnetblanc, 2009)

Ce type de lichen plan survient sur des terrains anxieux, la première poussée est souvent déclenchée par un choc psychologique (deuil, séparation, stress intense...) événements stressants qui surviennent ensuite peuvent réactiver les manifestations inflammatoires. L'interrogatoire médical doit rechercher les circonstances de survenues des lésions et le terrain psychologique car la thérapeutique peut associer une prise en charge psychologique à la prise en charge stomatologique.

6.3.2. Lichen plan érosif associé à un syndrome de Good (Blanchard et coll., 2010).

Le syndrome de Good associe un thymome à une hypogammaglobulinémie et une lymphopénie B circulante qui s'accompagne d'infections et de maladies auto-immunes. Notre patient ne présentait aucun problème de ce type associé.

6.3.3. Lichen plan érosif associé à une infection à VHC (Duclos-Vallée 2002 ; Konidena et Pavani, 2011).

Cette association a été rapportée dans 28 à 38% des cas dans des études cliniques italiennes et japonaises. Notre patient est d'origine asiatique et, à la vue de l'importance des manifestations cliniques, nous avons jugé opportun de prescrire une sérologie VHC. Elle s'est révélée négative.

6. DIAGNOSIS

6.1. What kind of inflammation of the mucous membranes can we think of ?

The clinical picture is very clear. We can find in this patient almost all the pathognomonic diagnosis criteria of oral lichen planus: erythematous areas, capillary network, erosion, small papules with white borders and atrophy (Laskaris 1997).

6.2. Can we give a differential diagnosis?

It is not possible in this particular clinical case.

The differential diagnosis would be necessary if we had a purely gingival localization with erythematous areas and erosions, in which case we could think of two other autoimmune bullous diseases: the cicatricial pemphigoid and the pemphigus. In these cases, the only necessary additional examination is the histological analysis which allows to detect the epithelial split and above all the direct immunofluorescence which shows the deposits of precipitated antibodies (on the basement membrane for the cicatricial pemphigoid and on the interkeratin desmosomes for pemphigus vulgaris; this examination proves negative concerning lichen planus where there are no antibodies deposits).

6.3. Which type of lichen planus is it?

Several clinical expressions of lichen planus are described in the literature.

6.3.1. Idiopathic primitive lichen planus (Cendras and Bonnetblanc, 2009)?

This type of lichen planus responds to stress or anxiety, the first eruption is often caused by a psychological trauma (loss of a loved one, divorce) and stress. These different types of traumas may reactivate the inflammatory manifestations. The medical interview must try and define the context in which the lesions occurred as well as the psychological background because the therapeutics may associate a stomatologic treatment with psychological care.

6.3.2. Erosive Lichen Planus with Good syndrome (Blanchard et al., 2010).

The Good syndrome associates a thymoma with a hypogammaglobulinemia and a circulating B-cell lymphopenia which comes along with infections and autoimmune diseases. Our patient presented no associated infectious problem.

6.3.3. Erosive Lichen Planus associated with an HCV infection (Duclos-Vallée 2002; Konidena and Pavani, 2011).

This association was reported in 28 to 38% of the cases in Italian and Japanese clinical studies. Our patient being of Asian origin and considering the extent of the clinical reactions, we decided to prescribe HCV serology which came back negative.

6.3.4. Lichen plan induit médicamenteux (Dega et Le Cleach).

Les principaux médicaments connus pour leur propension à induire un lichen plan sont : les anti-hypertenseurs (bêta-bloquants, inhibiteur de l'enzyme de conversion, inhibiteurs calciques, diurétiques), certains anti-infectieux (antituberculeux, cyclines, griséofulvine, kétoconazole, dapsone...), les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les hypoglycémisants, les antipaludéens, les psychotropes/neuroleptiques, les antimétaboliques, les métaux lourds et les sels d'or.

Dans notre cas, le patient prend depuis de nombreuses années de l'Aprovel®, inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine II, or le délai d'apparition du lichen plan après administration de ce médicament est de trois à six mois.

6.3.5. Lichen plan induit de contact (Dega et Le Cleach).

Des lichens plans au contact d'amalgame contenant du mercure et de prothèses dentaires en or sont décrits depuis de nombreuses années. Pour notre patient et après analyse de toutes les hypothèses étiopathogéniques, nous avons classé le lichen plan comme primitif idiopathique.

6.4. Doit-on effectuer une biopsie d'une zone muqueuse atteinte ?

Seulement en cas de doute diagnostique, en sachant que l'histologie ne permet que de confirmer ou d'infirmer un diagnostic essentiellement clinique.

6.5. D'autres examens complémentaires sont-ils utiles ?

En présence d'un lichen plan d'apparition brutale associé à une expression clinique sévère, notamment érosive, comme dans notre cas, nous prescrivons une sérologie de l'hépatite C et B ainsi qu'une exploration de la fonction thyroïdienne TSH, T3, T4 (recherche d'une thyroïdite d'Hashimoto), car il est rapporté une importante incidence d'association de ces pathologies (Boisnic et coll., 2002).

Pour notre patient, les sérologies se sont révélées négatives et la fonction thyroïdienne normale.

7. LA THÉRAPEUTIQUE

7.1. Quelles solutions thérapeutiques peut-on proposer ?

La prise en charge du lichen plan buccal isolé se fait habituellement par une corticothérapie topique en bains de bouche et/ou en tamponnements avec des gels corticoïdes plus concentrés.

Dans un premier temps notre choix s'est porté sur des bains de bouche de Solupred® effervescent 20 mg (3 fois par jour pendant un mois).

Les localisations buccales étant multiples, l'intérêt du bain de bouche est justifié. Le contact avec le principe actif concerne toute la cavité buccale et l'observance du traitement est bonne car peu contraignante.

Les lésions labiales sont traitées par un corticoïde de

6.3.4. Lichen Planus caused by medicines (Dega and Le Cleach).

The main medicines known to induce a lichen planus are: antihypertensive drugs (β blockers, converting enzyme inhibitor, calcium and diuretic inhibitors), some anti-infective medications (antituberculosis drugs, cyclins, griseofulvine, ketoconazole, dapsone), nonsteroidal anti-inflammatory drugs, hypoglycemic drugs, antimalarial drugs, psychotropic drugs/neuroleptics, antimetabolic drugs, heavy metals and gold salts.

In this clinical case, the patient has been taking Aprovel® for several years, an angiotensine II converting enzyme inhibitor, but we know that lichen planus starts to show in a three to six month-span after the administration of this drug.

6.3.5. Lichen-planus-like contact dermatitis (Dega and Le Cleach).

Lichen planus cases caused by dental fillings containing mercury and gold teeth implants have been reported for several years. Concerning our patient, after analysing each and every etiopathogenic hypothesis, we finally diagnosed an idiopathic primitive lichen planus.

6.4. Is it necessary to prescribe a biopsy of the affected mucosa?

Only if the diagnosis is uncertain, knowing that the histology will only confirm or give an alternative diagnosis which is mainly clinical.

6.5. Are additional examinations useful?

When lichen planus occurs suddenly and is associated with severe clinical symptoms, and particularly when it is erosive, as it was the case for our patient, we prescribe hepatitis C and B serologies as well as an exploration of the thyroid TSH, T3, T4 (Hashimoto's thyroiditis) because a significant incidence of the association of these pathologies is reported (Boisnic et al., 2002).

In our patient, serologies came back negative and the thyroid worked properly.

7. THERAPEUTICS

7.1. What kind of therapeutic solutions can we provide?

Treatment of isolated oral lichen planus usually consists in a topical corticosteroids therapy in mouthwashes and/or in dabbing the lesions with more concentrated cortisone gels.

At first, we decided on mouthwashes with effervescent tablets of Solupred® 20 mg (3 times a day during a month).

Since there were several oral lesions, mouthwash was the appropriate treatment. With a mouthwash, the entire oral cavity can be cleaned and the compliance with this kind of treatment is good because it is easy to do.

The labial lesions were treated by a class II corticoid

classe 2 (Diprosone crème®, une application par jour le soir) (Boisnic et coll., 2002). Enfin, une protection par écran total labial est prescrite lors des expositions solaires. Le soleil a un effet délétère sur les lésions lichéniennes labiales pouvant accélérer leur transformation. À ce traitement médicamenteux nous associons toujours des mesures d'hygiène. Un détartrage ou un assainissement parodontal est également préconisé; il permet d'obtenir une réduction naturelle de l'inflammation lichénienne dans les atteintes gingivales. En effet, l'inflammation provoquée par l'infection bactérienne aggrave le processus inflammatoire propre au lichen. Par ailleurs, il est conseillé au patient de supprimer toute alimentation épicée, d'éviter autant que possible tout stress et, enfin, de pratiquer une activité sportive qui va servir d'exutoire à son anxiété.

Après un mois de traitement, le patient ressent une nette amélioration, sauf au niveau du bord droit de la langue où persiste une gêne à l'alimentation. L'évolution clinique est favorable, exceptée au niveau de l'érosion rétro-commissurale droite qui résiste au traitement. Les bains de bouche de Solupred® sont poursuivis, auxquels est ajouté un tamponnement au coton-tige avec un corticoïde de classe 1 sous forme de gel (Derموال gel®), une fois par jour sur les érosions car plus concentré que le bain de bouche.

Deux mois plus tard, l'amélioration est constante et le patient a retrouvé du confort lors de l'alimentation. À l'examen, la plaque blanche rétrocommissurale est toujours présente; elle est triangulaire à base antérieure, sa taille a augmenté (12 mm/5 mm) et son érosion centrale ne régresse pas. Toutes les autres localisations ont très bien répondu au traitement; il reste sur la face ventrale de la langue du côté droit un réseau linéaire associé à une atrophie, un voile blanc sur les lèvres et un réseau discret au niveau des vestibules inférieurs et des joues. Comme l'amélioration clinique est globale, le nombre de bain de bouche au Solupred® est porté à 2 par jour, toujours associé au d'un tamponnement au gel de corticoïde de l'érosion rétro-commissurale.

Deux mois plus tard, le patient déclare se sentir mieux et manger de tout. Les lésions sont globalement asymptomatiques et se présentent sous la forme d'un réseau discret sur une muqueuse atrophiée, sauf au niveau de la zone rétro-commissurale droite qui s'épaissit pour prendre un aspect légèrement verruqueux; cependant, l'érosion a diminué, elle ne fait plus que 2 mm/1 mm.

Le patient est revu tous les trois mois en contrôle sur une période de 18 mois. Le traitement local est diminué progressivement jusqu'à 1 bain de bouche par jour.

(Diprosone cream®, an application per day in the evening) (Boisnic et al., 2002). Finally, a total lip sunblock was prescribed during sun exposure. The sun has indeed a damaging effect on lichen planus lesions and can accelerate their transformation.

It is appropriate to associate hygiene measures to this medicinal treatment. A teeth scaling or a periodontal cleaning is also recommended; it allows to naturally reduce the inflammation due to lichen planus on the gingival lesions. Indeed, the inflammation caused by the bacterial infection aggravates the inflammatory process due to lichen planus.

Besides, the patient is recommended to avoid any spicy food and any source of stress, whenever it's possible, and also to practise a sports activity which would help him to release his anxiety.

After a month of treatment, the patient feels a considerable relief except on the right border of his tongue. The clinical evolution is favorable except for the erosion in the right cheek, just inside the lips corner which resisted treatment. Solupred® mouthwashes are pursued and we also prescribe a dabbing with a Q-tip soaked in a class 1 cortisone gel (derموال gel®), once a day on the erosive lesions), which is more concentrated than the mouthwash.

Two months later, the improvement has been constant and the patient can now eat more easily. During the examination, we can see that the white patch inside the lips corner is still here; it is triangular with an anterior basis, its size has increased (12 mm/5 mm) and its central erosion has not reduced. All the other lesions responded very well to treatment; there is still, on the right underside of the tongue, a network of linear atrophic streaks, a slight white deposit on lips and a discreet network on cheeks and in the lower vestibular areas. Considering the clinical global improvement, the number of mouthwashes with Solupred® is reduced to 2 a day, still associated with a dabbing of the erosive lesion inside the lips corner with a cortisone gel.

Two months later, the patient says he feels better and can now eat everything. The lesions are globally asymptomatic and look like a discreet network on an atrophied mucous membrane. However, the lesion just inside the right lip corner is still here; it is now thicker and has a slightly verrucous aspect. On the other hand, the erosion has decreased and does not measure more than 2 mm /1 mm.

The patient will be examined every three months for a check-up over a period of 18 months. The local treatment is regularly adjusted and gradually decreased to 1 mouthwash a day.

La plaque verruqueuse rétro-commissurale résistant au traitement, il est décidé d'en faire pratiquer l'exérèse sous anesthésie locale, car elle est peu étendue et d'abord chirurgical aisé. (Pindborg 1995).

Son analyse histologique montre une hyperplasie hyper-orthokératosique soulignée par un infiltrat lymphocytaire lichénoïde réalisant des lésions de l'interface chorio-épithéliale, conclusion tout à fait en accord avec la clinique d'un lichen plan (Le Charpentier et Auriol, 1997). Le traitement local d'entretien est maintenu à 1 bain de bouche de Solupred® par jour.

Quatre mois après la mucosectomie, la cicatrisation de la zone rétro-commissurale est satisfaisante.

Une surveillance est ensuite instaurée tous les 3 mois.

7.2. Pourquoi l'exérèse de la kératose rétro-commissurale est-elle indiquée (Boisnic et coll., 2002) ?

Le passage du lichen plan au carcinome verruqueux a été décrit dans de nombreuses études cliniques. Les modalités de passage d'une forme à l'autre ne sont pas clairement définies. Le carcinome verruqueux connaît dans son histoire naturelle une transformation maligne inéluctable. Le critère essentiel qui est retenu pour expliquer la transformation maligne du lichen plan buccal semble être l'inflammation chronique. Les cellules inflammatoires et leurs cytokines entraîneraient des altérations cellulaires et stimuleraient la synthèse de l'EGF (Epidermal Growth Factor). Dans le lichen plan buccal, la réponse à l'inflammation chronique et le processus de cicatrisation pourraient augmenter le nombre de mutations géniques (Boisnic et coll., 2004; Tomb et coll., 2003; Lysita et coll., 2007).

En présence d'une lésion kératosique qui s'épaissit dans le temps malgré un traitement local à base de corticoïde, le principe de précaution est la règle.

Cela signe une activité inflammatoire accrue. Aussi, seule la biopsie ou, comme dans le cas clinique présenté, l'exérèse de la plaque, rend possible la mise en évidence d'une éventuelle dysplasie ou d'un carcinome verruqueux. La biopsie ou l'exérèse des lésions peu étendues font donc partie intégrante de l'arsenal de surveillance clinique actuellement disponible.

8. QUELLE EST LA CONDUITE À TENIR SUR DU LONG TERME ?

La règle largement adoptée par les cliniciens est la suivante :

- surveillance des lésions;
- adaptation du traitement corticoïde local jusqu'à définir la plus petite dose efficace, voire arrêt du traitement continu lorsque le lichen devient quiescent et asymptomatique avec un recours à un traitement ponctuel en cas de nouvelle poussée inflammatoire. il ne faut jamais oublier que l'application locale de corticoïde présente à long terme un effet délétère sur l'épithélium : atrophie et effet immunosuppresseur;

Concerning the verrucous patch situated just behind the lips corner, it is still small and surgery can easily be performed. Consequently, it is decided to remove it under local anesthesia (Pindborg 1995).

The anatomopathology shows a hyper-orthokeratotic hyperplasia underlined by a lichenoid lymphocytic infiltrate creating lesions of the chorio-epithelial interface. This analysis is completely consistent with the lichen planus clinical picture (Le Charpentier and Auriol, 1997). The maintenance local treatment consists in 1 mouthwash of Solupred® a day.

Four months after the mucosectomy, the healing process of the affected zone is satisfactory.

A medical surveillance will take place every 3 months.

7.2. Why is the exeresis of the keratosis in the cheek indicated? (Boisnic et al., 2002).

The transformation of lichen planus into a verrucous carcinoma has been described in many clinical studies. The transformation stages are not clearly defined. Verrucous carcinoma inevitably and naturally becomes malignant.

The main factor which can explain the oral lichen planus malignant transformation seems to be chronic inflammation. The inflammatory cells and their cytokines would cause cellular changes and would stimulate the synthesis of the EGF (Epidermal Growth Factor). In oral lichen planus, the reaction to chronic inflammation and the healing process could increase the number of gene mutations (Boisnic et al., 2004; Tomb et al., 2003; Lysita et al., 2007).

In the presence of a keratotic lesion which thickens over time in spite of a local cortisone treatment, the precautionary principle must rule.

It shows a greater inflammatory activity. Thus, only a biopsy or as in the described clinical case, the exeresis of the patch can reveal the existence of a possible dysplasia or a verrucous carcinoma.

The biopsy or the exeresis of the small affected lesion are thus part of the medical surveillance program currently available.

8. WHAT IS THE APPROPRIATE MANAGEMENT IN THE LONG TERM?

Here what most clinicians do in a similar case:

- Surveillance of the lesions.
- Adjusting the local cortisone treatment until they can prescribe the smallest effective dose or at best decide to stop the treatment when the lichen gets quiescent and asymptomatic; we should never forget that local applications of cortisone has a deleterious effect on the epithelium in the long term: atrophy and immunosuppressive effect.

- recours à un traitement ponctuel en cas de poussée inflammatoire ;
- renforcement continu des mesures d'hygiène orale si une baisse de motivation est observée (elles contribuent à l'épargne du traitement) ;
- remise en état de la cavité buccale, meulage et polissage des dents naturelles et prothétiques agressives, contrôle parodontal soigneux, suppression des épices, du tabac et de l'alcool.

En parallèle, la pratique d'une activité sportive est recommandée tout comme un soutien psychologique si nécessaire.

- Prescription of a on-demand treatment in case of inflammatory rash.
- The patient must be advised to carefully continue with oral hygiene measures when he/she seems less motivated (these measures contribute to cut the treatment).
- Restoration of the oral cavity, natural teeth and aggressive implants grinding and polishing, careful periodontal check-up; no spicy food, tobacco and alcohol.

Besides, practicing sports is strongly recommended as well as psychological support when necessary.



CE QU'IL FAUT RETENIR - KEY POINTS

- Le lichen plan buccal est une pathologie muqueuse inflammatoire chronique d'origine auto-immune dont le traitement habituel est la corticothérapie locale.
 - La biopsie est indispensable pour les formes cliniques inhabituelles. Elle permet de faire le diagnostic différentiel et le contrôle des zones suspectes.
 - Le chirurgien dentiste a un rôle majeur dans la surveillance de ces lésions.
- Oral lichen planus is a chronic and autoimmune inflammatory pathology of mucous membranes for which the usual treatment is a local corticosteroid therapy.
 - A biopsy is absolutely necessary in the unusual clinical forms. It allows to make the differential diagnosis and to check the suspicious zones.
 - The dental surgeon plays a major role in the surveillance of these lesions.

Traduction : Marie Chabin

- BLANCHARD M., MENERET A., MOGUELET P.,
BRIAN E., BARON M., KHOSROTEHRANI K.,
BAZELLY B., BACHMEYER C.
Lichen plan buccal érosif associé à un syndrome de Good.
Rev Med interne 2010;**31**:498-501. Cat 3
- BOISNIC S., BEN SLAMA L., SAMSON J.,
VAILLANT L., FONTES V., FRANCÈS C.
Lichen Plan Buccal. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*
2002;**103**(5)297-303. Cat 4
- BOISNIC S., THOMAS A., AGBO-GODEAU S.,
BEN SLAMA L.
Carcinome verruqueux et lichen plan buccal. Association ou
coïncidence? *Actual Odontostomatol* 2004;225:52. Cat 4
- CENDRAS J, BONNETBLANC J.M.
Lichen plan érosif.
Ann Dermatol Vénéreol 2009;**136**:458-468. Cat 3
- DEGA H., LE CLEACH
Lichen plan et dermatoses lichénoïdes.
EMC dermatol 98-525-A-1. Cat .
- DUCLOS-VALLÉE J.C.
Traitement des manifestations extra-hépatiques associées à
l'injection par le virus de l'hépatite.
Gastroentérol clin biol 2002;**26**:76-81. Cat 3
- KONIDENA A., PAVANI B.V.
Hepatitis C virus infection in patients with oral lichen planus.
Niger J Clin Pract 2011;**14**(2):228-231. Cat 1
- LASKARIS G.
Atlas des maladies buccales.
Médecine-sciences Flammarion 2° éd 1997;214-218. Cat 3
- LE CHARPENTIER Y., AURIOL M.
Histopathologie bucco-dentaire et maxillo-faciale.
Ed: Masson 1997; 63-65. Cat 3
- LYSITSA S., ABI NAJM S., LOMBARDI T., SAMSON J.
Lichen plan buccal : histoire naturelle et transformation
maligne. *Méd Buc Chir Buc* 2007;**13**:19-29. Cat 4
- PINDBORG J.J.
Atlas des maladies de la muqueuse buccale.
Ed: MASSON 1995. Cat 3
- TOMB R., EL-HAJJ H., NEHME E., HADDAD A.
Carcinome verruqueux de la langue survenu sur des lésions
de lichen plan. *Ann Dermatol vénéréol* 2003;130:55-57. Cat 4

Demande de tirés-à-part :

Dr Patricia Weber - 5, rue du général de Castelnau, 75015 Paris