

La langue géographique

Synonymes / Synonyms

Erythème migrans
Glossite migrante bénigne
Stomatite migrante
Glossite exfoliée migratrice
Glossite exfoliatrice marginée

Erythema migrans
Benign migratory glossitis
Migratory stomatitis
Migratory exfoliating glossitis
Marginated exfoliating glossitis

S. KOSINSKI, A.-L. EJEIL, F. LEPELLETIER, S.-M. DRIDI

Geographic tongue

SOPHIE KOSINSKI. Attachée, hôpital Albert-Chenevier/Henri-Mondor, Créteil. ANNE-LAURE EJEIL. MCU/PH, hôpital Bretonneau, Paris. FRANÇOIS LEPELLETIER. Praticien attaché Pitié-Salpêtrière, Paris. SOPHIE-MYRIAM DRIDI. MCU/PH, groupes hospitaliers Albert-Chenevier/Henri-Mondor, Créteil.

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

La langue géographique est définie comme une lésion inflammatoire bénigne, localisée le plus souvent sur les faces dorsales ou latérales de la langue et associée à une langue plicaturée dans 20 à 40 % des cas (Yarom et coll., 2004).

Des lésions ectopiques peuvent également être retrouvées sur la face ventrale de la langue ou, plus rarement, sur les autres muqueuses buccales, en particulier labiale, palatine, ou au niveau du plancher buccal ; dans ces cas, elles sont la plupart du temps associées à des lésions typiques localisées sur la face dorsale de la langue.

Le patient ne se plaint en général de rien. Une sensibilité aux épices ou à certains fruits peut être rapportée, en particulier chez les enfants, allant jusqu'à les empêcher de manger certains aliments. Parfois, les patients se plaignent de sécheresse buccale, de picotements, ce qui peut être mis en relation avec l'anxiété face à des lésions qui leur font peur.

POPULATIONS CONCERNÉES

La prévalence de la langue géographique est de 1 à 3 % de la population générale (Schulman et Carpenter, 2006 ; Ray et coll., 2007).

Sur un échantillon de 70 patients présentant une langue géographique, 13 % présentaient des antécédents familiaux (Pindborg, 1995).

Les lésions se développent à n'importe quel âge, mais sont en général diagnostiquées à l'âge adulte. Elles sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

GENERAL FEATURES

Geographic tongue is a benign inflammatory lesion located most of the time on the dorsal or lateral faces of the tongue, associated with a plicated tongue in 20 to 40% of the cases (Yarom et al., 2004).

Ectopic lesions can also be found on the ventral face of the tongue or more rarely on the other oral mucous membranes, particularly labial, palatal or on the buccal floor; in these cases, they are generally associated with typical lesions localized on the dorsal face of the tongue.

In most cases, the patient does not complain. A sensitivity to spices or to certain fruits can be reported, particularly in children, which may dissuade them to eat certain food. Patients sometimes complain about dry mouth, about a tingling sensation, which can be related to anxiety in the presence of lesions that might worry them.

AFFECTED POPULATIONS

The prevalence of geographic tongue stands for 1 to 3% of the general population (Schulman and Carpenter, 2006) (Ray et al., 2007).

On a sample of 70 patients presenting geographic tongue, 13% had a family history (Pindborg, 1995).

The lesions can develop at any age but are generally diagnosed in adults. They are more frequent in women than in men.

Dans une étude longitudinale américaine portant sur 16 833 adultes, il ressort que les populations blanches et noires présentent plus de langue géographique que les populations d'origine hispanique ; à l'inverse, les individus fumeurs ou ceux traités par corticothérapie au long cours en présentent moins (Schulman et Carpenter, 2006).

Cette particularité linguale est également plus fréquemment diagnostiquée chez les patients diabétiques et atteints de psoriasis.

ÉTIOLOGIE

La cause de ces lésions est inconnue. Des facteurs familiaux, génétiques associés au stress ont été évoqués mais non démontrés à ce jour. Une similitude au niveau histologique avec les lésions du psoriasis a pu faire penser que la langue géographique en était une manifestation buccale. Une étude longitudinale réalisée en Iran sur 306 patients présentant un psoriasis montre une corrélation des lésions buccales et cutanées dans 15,4 % des cas ; de plus, la langue géographique est plus fréquemment retrouvée chez les patients présentant un psoriasis débutant. L'auteur de l'étude pense même qu'elle pourrait être un indicateur de la sévérité de la maladie (Zargari, 2006).

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

La surface de la langue devient le siège de nombreuses zones de desquamation des papilles filiformes dans des régions bien délimitées de forme irrégulière ; la taille des lésions varie de quelques millimètres à quelques centimètres ; les zones desquamantes sont lisses, rose foncé ou rouges à bords fins légèrement surélevés blancs ou jaunâtres (bordure fistuleuse). Les papilles fongiformes sont très apparentes du fait de l'atteinte des papilles filiformes.

Sur une période de quelques jours à quelques semaines, les taches érythémateuses s'étendent rapidement et peuvent confluer, formant alors de larges plages desquamées. Ces papilles filiformes se reforment cependant assez vite et les zones rouges cicatrisent rapidement ; elles prennent alors une couleur beaucoup plus claire. À côté d'elles, d'autres zones desquament à leur tour, ce qui entraîne un remaniement constant, avec un aspect en carte de géographie, d'où le nom de glossite migrante bénigne.

L'évolution se fait par périodes de poussées de quelques semaines à plusieurs mois, alternant avec des phases de rémission. Le caractère migrateur des lésions est souvent décrit ; des formes fixes peuvent néanmoins exister.

CARACTÉRISTIQUES HISTOLOGIQUES

Les lésions cliniques correspondent histologiquement à un amincissement de l'épithélium au centre de la lésion érythémateuse, associé à une hyperkératose en périphérie (parakératose contenant des micro-abcès non septiques à polynucléaires). Un infiltrat inflammatoire cellulaire non spécifique envahit le tissu conjonctif sous-jacent qui abrite des capillaires dilatés. Ces changements histologiques peuvent évoquer ceux observés dans les lésions du psoriasis (Boisnic et coll., 2006).

An American longitudinal study including 16 833 adults has shown that the white and black populations are more affected with geographic tongue than the Hispanic population; smokers or people treated with long-term corticosteroid therapy are less prone to develop the lesion (Schulman and Carpenter, 2006). This type of lesion is also more frequently diagnosed in diabetic patients affected with psoriasis.

ETIOLOGY

The cause of these lesions remains unknown. Family and genetic factors associated with stress have been evoked but have not been proven until now. A histological similarity with psoriasis lesions might suggest that geographic tongue was an oral manifestation. A longitudinal study conducted in Iran on 306 patients presenting psoriasis has shown a correlation of the oral and cutaneous lesions in 15.4% of the cases; moreover, geographic tongue is more frequently found in patients presenting the first signs of psoriasis. The author of the study even thinks that it might be an indicator of the severity of the disease (Zargari, 2006).

CLINICAL FEATURES

The surface of the tongue shows numerous zones of desquamation of the filiform papillae in well-defined regions with irregular shapes; the size of the lesions varies from a few millimeters to a few centimeters; the desquamating zones are smooth, dark pink or red with thin white or yellowish slightly elevated edges (fistulous border). The fungiform papillae are very visible due to the lesions of the filiform papillae.

Over a period of a few days to a few weeks, the erythematous patches quickly extend until they meet, forming then wide desquamated patches. However, the filiform papillae re-generate rather fast and the red zones quickly heal, taking then a much lighter color. Next to them, other zones start desquamating, generating a permanent reorganization which results in a geographic map aspect, hence the name of benign migratory glossitis.

The evolution happens by flares of a few weeks to several months alternating with remission phases. The migratory feature of the lesions is often described, fixed forms may nevertheless exist.

HISTOLOGICAL FEATURES

The clinical lesions histologically correspond to a flattening of the epithelium in the middle of the erythematous lesion associated with hyperkeratosis on the periphery (parakeratosis containing nonseptic polymorphonuclear micro-abscesses). A non specific cellular inflammatory infiltrate invades the underlying connective tissue containing dilated capillaries. These histological alterations can evoke those observed in the lesions of psoriasis (Boisnic et al., 2006).

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Le diagnostic différentiel, essentiellement clinique, doit se faire avec :

- une candidose (lefflorescence blanche pouvant être détachée de la muqueuse érythémateuse ou plaque érythémateuse dépapillée, pas de caractère migrateur, signes fonctionnels, souvent plusieurs foyers) ;
- une leucoplasie tabagique (patient fumeur, pas de caractère migrateur, plaque blanche non détachable, pouvant être associée à une zone érythémateuse, asymptomatique) ;
- un lichen plan lingual (pas de caractère migrateur, réseau blanc ou plaque blanche, atrophie muqueuse possible avec perte des papilles, érythème ou érosion en période d'activité avec des signes fonctionnels) ;
- plus rarement, une atteinte syphilitique secondaire (macules érythémateuses, fatigue, céphalée, mal de gorge, adénopathie +++).

CONDUITE À TENIR

En premier lieu, le patient doit absolument être rassuré sur la bénignité de ses lésions et l'absence totale de risque de transmission.

Aucun traitement n'est nécessaire si le patient n'émet pas de signe fonctionnel.

Dans les rares cas de sensibilités, les aliments épicés doivent être évités, tout comme les dentifrices et les bains de bouche qui occasionnent des picotements ou des brûlures de la langue.

Un traitement symptomatique peut être préconisé à base de pâte gingivale ou de gel contenant un antalgique ou un anesthésiant ; l'application locale de corticoïdes est parfois utile.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Essentially clinical, the differential diagnosis needs to be made with:

- *candidiasis (white rash that can be removed from the erythematous mucous membrane or depapillated erythematous area, no migratory feature, functional signs, frequently observed on several sites),*
- *tobacco-induced leucoplakia (in smokers, no migratory feature, white patch that cannot be rubbed off, may be associated with an erythematous, asymptomatic zone),*
- *oral lichen planus (no migratory feature, white network or patch, possible mucous atrophy with loss of papillae, erythema or erosion in period of activity with functional signs),*
- *more rarely secondary syphilitic lesion (erythematous macules, fatigue, headache, sore throat, adenopathy +++).*

PROCEDURE

First of all, the patient must be absolutely reassured on the benignity of his/her lesions and the total absence of any risk of transmission.

No treatment is necessary if the patient does not show functional signs.

In the rare cases of sensitivities, spicy food must be avoided, as well as toothpastes and mouthwash causing itching or burning sensations on the tongue.

A symptomatic treatment can be prescribed with a gingival paste or gel containing analgesics or anesthetics, the local application of corticoids is sometimes useful.

Traduction : Marie Chabin



LANGUE GÉOGRAPHIQUE – GEOGRAPHIC TONGUE

Plaque érythémateuse (zone de desquamation synchrone d'un groupe de papilles filiformes), unique (ou multiple), entourée d'une bordure blanche discrètement surélevée, de contour irrégulier. L'aspect de la langue change continuellement.

Erythematous patch (area of synchronous desquamation of a group of filiform papillae), single (or multiple), surrounded with a slightly elevated white border with an irregular contour. The aspect of the tongue constantly changes.

CAS CLINIQUE 1 – CLINICAL CASE 1
DESCRIPTION DE LA LÉSION ÉLÉMENTAIRE.
DESCRIPTION OF THE PRIMARY LESION.



Fig. 1, 2. Patient diabétique non insulino-dépendant présentant une langue géographique avec des lésions sur les bords linguaux et la face ventrale.

Fig. 1, 2. Non insulin-dependent diabetic patient presenting a geographic tongue with lesions on the tongue edges and the ventral face.



Fig. 3. Langue plicaturée et géographique.
Fig. 3. Plicated and geographic tongue.



Fig. 4. Langue géographique chez un patient atteint de psoriasis cutané.

Fig. 4. Geographic tongue in a patient affected with cutaneous psoriasis.

CAS CLINIQUE 2 – CLINICAL CASE 2
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET CONDUITE À TENIR.
DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND PROCEDURE.

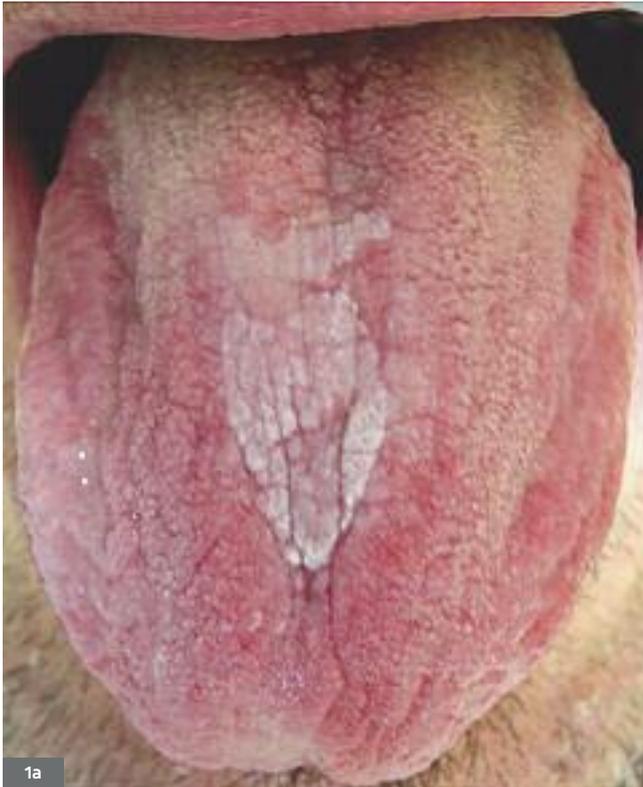


Fig. 1. Lichen lingual. a. Plaque blanche. b. Zone érythémateuse.
Fig. 1. Oral lichen. a. White patch. b. Erythematous zone.



Fig. 2. Leucoplasie tabagique.
Fig. 2. Tobacco-induced leucoplakia.



Fig. 3. Leucoplasie tabagique associée à une lésion losangique mycosique (kératinisation +++).
Fig. 3. Tobacco-induced leucoplakia and villous tongue (keratinization +++).



Fig. 4. Mycose : lésion losangique, érythémateuse, dépapillée (atteinte palatine en miroir).

Fig. 4. Mycosis: losangic, erythematous, depapillated lesion (mirrored palatal lesion).

Fig. 5. Syphilis : atteinte linguale.

Fig. 5. Syphilis : affected tongue.

CONDUITE À TENIR

- **Rassurer** le patient.
- **Insister** sur l'arrêt de l'auto-examen.
- **Déconseiller** la consommation d'aliments épicés et l'utilisation de substances irritantes.
- **Préconiser** un traitement symptomatique si nécessaire (Dynexan® pâte gingivale 2 %, gel de Xylocaïne 2 % en dehors des repas).
- **Ne jamais biopsier** une langue géographique.

PROCEDURE

- **Comfort the patient.**
- **Insist on the necessity to stop self-examination.**
- **Tell the patient to avoid spicy food and irritating substances.**
- **Recommend a symptomatic treatment if necessary (Dynexan® gingival paste 2%, Xylocaïne gel 2% between meals).**
- **Never biopsy a geographic tongue.**

BIBLIOGRAPHIE

BOISNIC S, SZPIRGLAS M., HADDAD-ROCHE S. – Lésions blanches de la cavité buccale: diagnostics anatomo-cliniques et controverses. Bulletin de la Division Française de l'AIP. Déc. 2006 ; n° 44 :36.

LASKARIS G. – Atlas des maladies buccales. 1994. Ed. Médecine- Sciences. Flammarion, Paris.

PINDBORG J.J. – Atlas des maladies de la muqueuse buccale. 1995. Ed. Masson, Paris.

RAY R., PYLE M.A., SAWYER D.R., CANION S.B., GORDON E.L. – Prevalence and etiology of erythema migrans among children in northeast Ohio. Quintessence Int. 2007; 38(5): 409-416.

SHULMAN J.D., CARPENTER W. M. – Prevalence and risk factors associated with geographic tongue among US adults. Oral Dis. 2006; 12(4):381-386.

YAROM N., CANTONY U., GORSKY M. – Prevalence of fissured tongue, geographic tongue and median rhomboid glossitis among Israeli adults of different ethnic origins. Dermatology. 2004; 209(2): 88-94.

ZARGARI O. – The prevalence and significance of fissured tongue and geographical tongue in psoriatic patients. Clin. Exp. Dermatol. 2006; 31(2): 192-195.