

Ulcération unique : démarche diagnostique

A.-L. EJEIL, S.-M. DRIDI

Single ulcer: diagnostic approach

ANNE-LAURE EJEIL. UFR d'Odontologie Paris René-Descartes-MCU/PH, groupes hospitaliers. Hôpital Bretonneau, Paris. SOPHIE-MYRIAM DRIDI. UFR d'Odontologie Paris René-Descartes-MCU/PH, groupes hospitaliers. Hôpital Albert-Chenevier, Créteil.

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

L'ulcération est une lésion élémentaire, laquelle correspond à un processus lésionnel aboutissant à une altération tissulaire cliniquement visible. L'ulcération est une perte de substance profonde emportant la totalité ou une partie du conjonctif (fig. 1). Elle se distingue de l'érosion, qui se définit comme une perte de substance superficielle n'intéressant que l'épithélium (fig. 2).

GENERAL CHARACTERISTICS

An ulcer is a simple lesion, which corresponds to a traumatic process that turns into a clinically visible tissue alteration. It is a deep loss of substance involving the entire or a part of the connective tissue (fig. 1). It is differentiated from erosion, which is defined as a defect affecting only the superficial epithelium (fig. 2).



Fig. 1. Aphte jugal. Perte de substance profonde atteignant le conjonctif.
Fig. 1. Buccal aphtha. Loss of deep substance reaching the connective tissue.



Fig. 2. Érosion gingivale. Présence d'un érythème qui témoigne de la perte d'une partie de l'épithélium.
Fig. 2. Gingival erosion. Presence of erythema as a result of thinning the loss of part of the epithelium.

Demande de tirés-à-part : anne-laure.ejeil@wanadoo.fr

Souvent, la lésion est symptomatique, ce qui amène le patient à consulter. Moins fréquentes sont les découvertes fortuites mais, dans ces cas, la crainte d'un carcinome doit être omniprésente.

Devant des ulcérations des muqueuses buccales, il est important d'évoquer les principales hypothèses diagnostiques et d'envisager parfois des examens complémentaires pertinents. L'orientation diagnostique suppose donc de savoir reconnaître la véritable lésion initiale. En effet, il est important de ne pas attribuer à l'ulcération une cause uniquement locale, car celle-ci peut être également le reflet d'une maladie générale. L'anamnèse et l'examen clinique, préalables à des examens complémentaires, restent donc la seule démarche à privilégier.

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

En présence d'une ulcération unique, l'interrogatoire doit préciser :

- les circonstances d'apparition : depuis quand est apparue la lésion, existe-t-il un événement déclencheur, la lésion évolue-t-elle au cours de la journée ;
- les modalités évolutives (ulcération aiguë ou chronique, donc qui persiste et qui n'a pas tendance à cicatriser spontanément dans un délai de six semaines) ;
- les traitements déjà entrepris, qu'ils soient locaux ou généraux (attention à l'automédication) ;
- la douleur est également un élément d'orientation qu'il faudra noter : le type de douleur, spontanée, provoquée, de type brûlure, picotement, exacerbée par un événement ;
- les facteurs de l'environnement : atteinte familiale, antécédents, profession, prises médicamenteuses, en particulier topiques... ;
- l'existence d'une altération de l'état général (fièvre, fatigue, perte de poids...) et des répercussions fonctionnelles, telles que des difficultés à l'alimentation ou à la déglutition, sont autant d'éléments à prendre en compte.

Cet entretien se poursuit par un examen exobuccal. La présence de tuméfaction ou d'asymétrie faciale sera d'emblée notée. La recherche d'adénopathies cervicofaciales est également un critère important ; il faudra noter si elles sont unies ou bilatérales. Leurs caractéristiques cliniques doivent être précisées : nombre, taille, fixité ou mobilité par rapport aux plans sous-jacents, caractéristique de la peau sus-jacente (rougeur, chaleur), douleur à la palpation...

L'examen des téguments est requis et, si nécessaire, le patient sera adressé vers un professionnel spécialisé pour l'examen des autres muqueuses (certaines pathologies associées aux lésions buccales des lésions oculaires, gynécologiques et/ou ORL.). Ce n'est qu'ensuite que débute l'examen endobuccal. Celui-ci doit être minutieux et bien mené.

L'ensemble des muqueuses doit être examiné, puis la lésion elle-même est caractérisée :

- par sa topographie (quel type de muqueuse est atteinte kératinisée, non kératinisée ou les deux), sa taille ;

The lesion is often symptomatic, which encourages that patient to consult. Spontaneous detection is less common but in these cases, the fear of a carcinoma has to be ubiquitous.

Facing ulcerations of the oral mucosa, it is important to evoke the main diagnostic hypotheses and consider some relevant additional tests. The working diagnosis hence means to recognize the true lesion. Indeed, it is important not to attribute the cause of the ulceration locally because it can also be a reflection of a systemic disease. Thus, medical history and clinical examination prior to further tests remains the only preferred approach.

DIAGNOSTIC APPROACH

In the presence of a single ulcer, the examination must specify:

- *The circumstances of occurrence: since the appearance of the lesion, is there a triggering event; does the lesion evolve during the day.*
- *The evolutionary terms (acute or chronic ulcer that persists and therefore does not tend to heal spontaneously within 6 weeks).*
- *The treatments already undertaken whether local or general: attention to self-medication.*
- *Pain is also an indication that should be noted: the type of spontaneous, induced pain such as burning, tingling, exacerbated by an event.*
- *Environmental factors (affected family, antecedents, occupation, drug intake: especially topical, etc.).*
- *The existence of an impaired general health condition (fever, fatigue, weight loss, etc.) and functional consequences such as difficulties in feeding or swallowing are factors to consider.*

This interview is followed by an extra-oral examination. The presence of swelling or facial asymmetry will be immediately noted. Searching for head and neck lymph nodes is also an important criterion, it will be noted if they are unilateral or bilateral. Their clinical characteristics must be specified: number, size, mobility or fixed relative to the underlying tissues, characteristics of the underlying tissues (redness, warmth), pain during palpation, etc.

The examination of the skin is required and if necessary, the patient will be referred to a specialist for examination of other mucous membranes (certain pathologies are associated with oral lesions, ocular lesions, gynecologic and/or ENT). After the extra-oral examination, only then can the intra-oral examination begin. It must be thorough and well done.

The totality of the mucous membrane must be examined and the lesion itself must be characterized:

- *By its topography (which type of mucous involved: keratinized, non-keratinized or both); by its size.*

- par son caractère primaire (une lésion macroscopique est dite primaire si elle est directement induite par le processus pathologique causal) ou secondaire (quand elle est due à l'évolution d'une lésion primaire ou à l'action de facteurs externes donc succédant à une autre lésion) ;
- par son caractère souple ou induré (vérifier si l'induration dépasse les limites de la lésion), inflammatoire ou non, hémorragique ou non, nécrotique ou non, infecté (présence d'un suintement ou de pus) ou non ;
- par le caractère des bords de la lésion : plans éversés, surélevés par rapport à l'ulcération, et par la couleur des bords (érythémateux ou kératosiques).

Toutes ces données seront retranscrites sur un schéma de la bouche et conservées dans le dossier du patient. Souvent, des examens complémentaires sont nécessaires voire obligatoires sur le plan médico-légal ; des examens biologiques simples peuvent être prescrits par l'omnipraticien (numération formule sanguine, dosage des vitamines B1, B6, B12, dosage du fer, du folate et de la ferritine...), des prélèvements bactériens et/ou mycosiques à la recherche d'un germe spécifique ou d'une candidose peuvent être réalisés. Enfin, en cas de nécessité, le patient pourra être adressé pour une biopsie.

ATTITUDES THÉRAPEUTIQUES EN OMNIPRATIQUE DENTAIRE

Après avoir regroupé dans le dossier médical l'ensemble des informations concernant le passé médical du patient, ses traitements en cours ainsi que les traitements entrepris sur la lésion, l'omnipraticien doit tout d'abord distinguer la lésion aiguë de la lésion chronique (**tableau 1**).

– By its primary nature (a macroscopic lesion is said to be "primary" if it directly results from the usual disease process) or secondary nature (when it is due to an evolution of the primary lesion or the action of external factors following another lesion).

– By its soft or indurate nature (verify if the induration extends the limits of the lesion), inflammatory, hemorrhagic, necrotic, infected (presence of oozing or pus) or not.

– By the character of the edges of the lesion: outlined, everted, elevated compared to ulceration, and color of the edges (erythematous or keratotic).

All these data will be transcribed on a diagram of the mouth and kept in the patient's record.

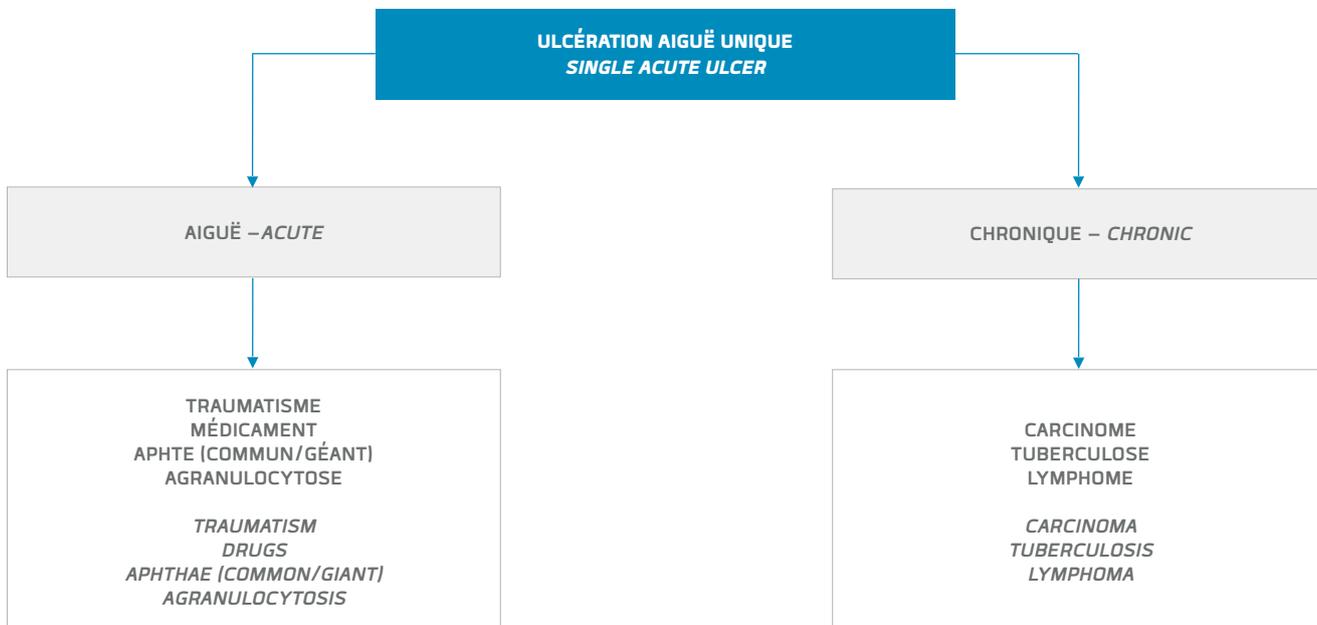
Additional examinations are often necessary if not obligatory for medico-legal purposes: a practitioner can be prescribed simple biological examinations (ex. Complete blood count or CBC, dose response tests to B1, B6, B12, iron, folate and ferritin, etc.); bacterial and/or fungal sampling for a specific germ or candidiasis can also be obtained and finally, if necessary, the patient may be referred for a biopsy.

THERAPEUTIC APPROACH IN GENERAL DENTISTRY

After having gathered in the medical record all the information needed about the patient's past medical history, previous treatments and the treatment undertaken on the lesion, the practitioner must first distinguish the acute from the chronic lesion (table 1).

TABLEAU 1 – TABLE 1

Diagnosics possibles face à une ulcération unique.
Differential diagnoses of single ulcers.



ULCÉRATION AIGUË

Dans le cadre des ulcérations aiguës il faudra distinguer :

- l’ulcération traumatique, qui est douloureuse à son stade aigu. Elle est ferme et est souvent kératinisée sur ses bords. Elle ne présente pas de halo rouge en périphérie et la base de l’ulcération est souple. On n’observe pas d’adénopathie. Elle est habituellement causée par une irritation engendrée par une obturation, une dent fracturée ou une prothèse dentaire défectueuse et s’observe sur la langue, les lèvres ou les muqueuses jugales, mais parfois le patient relate un antécédent de morsure (fig. 1). Elle doit obligatoirement disparaître en 8-10 jours après élimination de la cause (fig. 3 et 4) ;
- des réactions à des médicaments peuvent également prendre la forme d’une ulcération buccale. Le diagnostic est orienté grâce à l’anamnèse. L’arrêt du médicament incriminé permet la guérison (fig. 5) ;
- les aphtes communs, qui sont des ulcérations de petite taille, à fond jaune cerné d’un bord rouge, non indurées, évoluant en 8-10 jours, fréquentes sur la muqueuse buccale (fig. 6 et 7). On n’observe pas d’adénopathie associée et il n’y a pas d’altération de l’état général du patient. Leur forme peut être arrondie ou ovale. Dans certains cas, on observe la possibilité de variantes comme les aphtes nécrotiques ou géants (dont le diamètre est supérieur à 1 cm). Leur forme est plus ou moins régulière mais ils gardent les principales caractéristiques de l’aphte commun (ulcération entourée d’un halo rouge). Ils doivent guérir en 10 à 15 jours selon la taille (les aphtes géants pouvant mettre un mois avant de cicatriser, ils peuvent laisser une bride cicatricielle ; leurs causes sont multiples : aliments, immunodéficiences, carence en vitamine B12...). Un bilan de première intention associant numération formule sanguine, numération plaquettaire, dosage de la vitamine B12, dosage du fer sérique et de la ferritine doit être réalisé ;
- l’agranulocytose, qui peut se manifester au niveau de la cavité buccale par une ulcération profonde à fond nécrotique chez un patient fébrile et présentant une altération de l’état général. Un bilan sanguin (numération formule sanguine) permet le diagnostic.

ULCÉRATION CHRONIQUE

Lorsque la lésion est chronique, l’ulcération témoignant d’un carcinome doit d’emblée être suspectée. La forme ulcérée constitue en effet la présentation classique du carcinome épidermoïde buccal (fig. 8). L’ulcération est d’allure nécrotique, avec des bords surélevés et éversés souvent déchiquetés ; elle est indolore au début. Une induration est palpable au-delà de la lésion, ce qui témoigne de l’infiltration des tissus et peut entraîner leur fixité. Une adénopathie sous mandibulaire est quasi constante. L’anamnèse met parfois en évidence des facteurs de risque comme le tabac et/ou l’alcool.

ACUTE ULCER

Differential diagnoses of acute ulcers:

– Traumatic ulceration is painful in its acute stage. It is firm and often with keratinized edges. It has no peripheral red halo and the base of the ulcer is flexible. No lymphadenopathy is observed. It is often a result of an irritation from a filling, a fracture tooth or a defective prosthesis. It is observed on the tongue, lips or buccal mucosa but sometimes it may be due to accidental biting (fig. 1). The ulcer must disappear within 8 to 10 days after elimination of the cause (fig. 3 and 4).

– Reactions to drugs can equally take the form of an oral ulcer. The diagnosis is oriented by the medical history. Discontinuing the taken drug allows healing (fig. 5).

– The common aphthae, which are small sized ulcers, having a yellow background, surrounded by a red border, non-indurated, evolving between 8 to 10 days and frequently develops on the buccal mucosa (fig. 6 and 7). No lymphadenopathy is observed and there is no alteration on the general health of the patient. They may have a round or oval shape.

In certain cases, we can observe variations such as necrotic ulcers or giant ulcers (with a diameter greater than 1 cm). Their shape is more or less regular but retains the principal characteristics of a common aphtha (ulceration surrounded by a red halo). It must heal within 10 to 15 days depending on the size (giant aphthae may take a month to heal; it may leave a scar. They may be caused by food, immunodeficiency and lack of vitamin B12, etc. An initial examination combined with a CBC, platelet count, dose response test to vitamin B12, serum iron and ferritin test should be performed.

– In a patient with fever and an impaired general condition, an agranulocytosis may be manifested in the oral cavity by a deep and fully necrotic ulceration. A blood test (CBC) can give the diagnosis.

CHRONIC ULCER

When the lesion is chronic, the ulceration may be a sign that suspects a carcinoma. The ulcerated form is indeed the typical appearance of an oral squamous cell carcinoma (fig. 8). The ulcer is asymptomatic at the start, has a necrotic aspect, with elevated and everted often-shredded edges. The induration is palpable beyond the lesion reflecting the infiltration of tissues and can cause their fixity. A lymphadenopathy under the mandible is almost constant. The medical history sometimes identifies risk factors such as tobacco and/or alcohol.



Fig. 3. Morsure de la lèvre après une anesthésie.
Fig. 3. Bitten lip after anesthesia.



Fig. 4. Cicatrisation 15 jours après.
Fig. 4. Healing after 15 days.



Fig. 5. Ulcération linguale chez un patient sous Nicorandil®.
Fig. 5. Lingual ulcer in a patient under Nicorandil®.



Fig. 6. Aphthe de la muqueuse labiale inférieure.
Fig. 6. Aphtha of the inferior labial mucosa.



Fig. 7. Aphthe de la face interne de la lèvre inférieur.
Fig. 7. Aphtha of the inner surface of the lower lip.



Fig. 8. Carcinome épidermoïde du palais chez une patiente tabagique.
Fig. 8. Squamous cell carcinoma on the palate of a smoker.

Quand l'hypothèse d'un carcinome est écartée, d'autres diagnostics peuvent alors être évoqués. La plupart du temps, l'omnipraticien sera amené à adresser le patient vers des spécialistes. Des ulcérations buccales chroniques peuvent être la manifestation :

- d'une maladie de Crohn (diagnostiquée par un gastro-entérologue sur une fibroscopie). Les ulcérations sont souvent allongées. Le patient peut rapporter des douleurs digestives ;
- d'une tuberculose, où l'ulcération est douloureuse et le patient crache car souvent des lésions pulmonaires sont associées. Une adénopathie satellite est constante (diagnostiquée par un infectiologue par un test d'intradermoréaction-IDR) ;
- d'un lymphome (diagnostiqué par un hématologue sur un bilan sanguin)...

CONCLUSION

Toute ulcération doit, jusqu'à preuve du contraire, être considérée comme maligne. Une ulcération chronique non douloureuse et indurée est toujours suspecte et impose toujours une biopsie. En pratique, devant une ulcération muqueuse, ce sont l'anamnèse et l'analyse précise de la lésion élémentaire et de sa topographie qui donneront des orientations diagnostiques.

When the assumption of a carcinoma is ruled out other diagnoses can then be discussed, in most cases, the practitioner will have to examine the patient. Chronic mouth ulcers can be the manifestation of:

- The Crohn's disease. Diagnosed by a gastroenterologist using an endoscope. The ulcers are often elongated. The patient may complain of digestive pain.*
- Tuberculosis with painful ulcerations. The patient spits because it is often associated with pulmonary lesions. A lymphadenopathy and satellite nodules is constant. Diagnosed by an infectious disease specialist by an intra-dermo reaction (IDR) test.*
- A lymphoma. Diagnosed by a hematologist on a CBC.*

CONCLUSION

Any ulcer should, until proven otherwise, be regarded as malignant. A chronic ulcer that is asymptomatic and indurated is suspect and requires biopsy. In practice, faced with a mucous ulceration, it is the medical history and precise analysis of the initial lesion and its topography that will give guidelines for the diagnosis.

Traduction : Marie-Grace Poblete-Michel

BIBLIOGRAPHIE

SZPIRGLAS H., BEN SLAMA L. – Pathologie de la muqueuse buccale. Encyclopédie médico-chirurgicale. 1999. 308 p.

EJEIL A.L., DRIDI S.M. – L'examen clinique des muqueuses buccales. Examen systématique de la muqueuse buccale : comment faire ? ROS; 2008; 37 (3): 238-240.

GUILLET G., BONNETBLANC J.-M., VAILLANT L., SAIAG P., GROSSHANS E. – Ulcération ou érosion des muqueuses orales et/ou génitales. Ann Dermatol Venereol 2002; 129: 25224-25227.

PÉRUSSE R. – Ulcérations chroniques de la cavité buccale. Le Médecin du Québec. 2004; 39 (7): 59-67.

WEBER P., AGBO-GODEAU S. – L'aphte géant. ROS 2009 (3): 221-226.