

4. Blessures mécaniques

Ulcération traumatique

Les ulcérations traumatiques sont fréquents dans la bouche. Les causes en sont variées : une dent acérée ou cassée, des obturations mal polies, l'usage maladroite d'instruments dentaires coupants, des aliments durs, des corps étrangers coupants, les morsures de la muqueuse et les irritations dentaires. Elles peuvent siéger dans toutes les zones de la cavité buccale mais sont plus fréquentes sur les bords latéraux de la langue (Fig. 63, 64), la muqueuse jugale, les lèvres (Fig. 65), les sillons labio- et jugo-alvéolaires (Fig. 66).

La taille de l'ulcération peut aller de quelques millimètres à plusieurs centimètres de diamètre et dépend de l'importance, de la durée et du type de traumatisme ainsi que de l'infection surajoutée.

L'aspect clinique est variable mais habituellement les ulcérations traumatiques se présentent sous forme d'une lésion unique, douloureuse, aux bords minces et érythémateux, de surface lisse, de couleur rouge ou blanc-jaune. Elles sont en règle souples à la palpation et guérissent sans laisser de cicatrice en 6 à 10 jours, spontanément ou après disparition de la cause.

Toutefois, si la cause persiste et est importante, la surface de l'ulcération peut devenir irrégulière et végétante, les bords peuvent se surélever et la base peut s'indurer. Dans ces cas l'aspect peut ressembler à celui d'un carcinome.

Les plaintes subjectives sont variables, dépendant de la profondeur et de la localisation de l'ulcération dans la bouche. Le diagnostic repose sur l'interrogatoire et les signes cliniques. Une fois le rapport établi entre l'ulcération et un facteur causal mécanique, la suppression de ce dernier est nécessaire avec surveillance du patient pendant 7 à 10 jours pour s'assurer de la guérison complète. Si l'ulcération persiste, il faut mettre en doute le diagnostic et effectuer une biopsie pour éliminer un cancer.

Le diagnostic différentiel doit comprendre le carcinome épidermoïde et d'autres cancers, la syphilis, la tuberculose, les aphtes, un granulome éosinophile et autres.

Examen de laboratoire. L'examen histopathologique est parfois utile à l'établissement du diagnostic.

Traitement. Suppression des facteurs traumatiques.

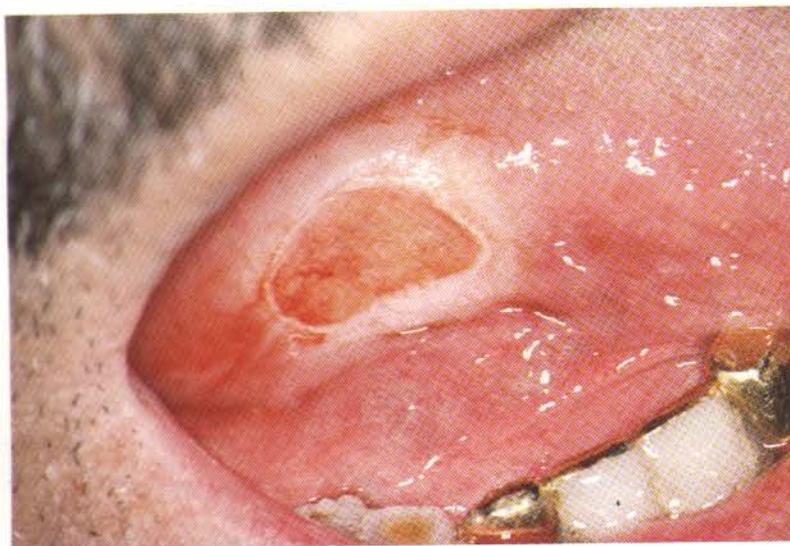


Fig. 63. Ulcération traumatique de la langue.



Fig. 64. Ulcération traumatique de la langue.



Fig. 65. Ulcération traumatique de la lèvre inférieure.



Fig. 66. Ulcération traumatique du vestibule labial supérieur occasionné par une dent.



Fig. 67. Hématome traumatique de la lèvre inférieure.

Hématome traumatique

L'hématome traumatique de la muqueuse buccale est la conséquence d'influences mécaniques plus ou moins importantes entraînant des hémorragies intra-muqueuses. Cliniquement, c'est une lésion irrégulière de teinte rouge sombre (Fig. 67). Les sièges les plus habituels sont la langue et les lèvres et les causes les plus habituelles la morsure de la muqueuse buccale ou l'utilisation maladroite d'instruments dentaires.

Tic de mordillement

Le tic de mordillement de la muqueuse jugale est chose habituelle chez les personnes anxieuses. Ces patients se mordent la muqueuse buccale, la langue, les lèvres, et arrachent les couches épithéliales superficielles. Cliniquement, la lésion se présente sous l'aspect d'une zone irrégulière diffuse de petits sillons avec desquamation épithéliale (Fig. 68). Rarement existent des érosions superficielles et des pétéchies.

Le diagnostic différentiel comprend le leucœdème, les granulations de Fordyce, les candidoses, les leucoplasies, le white sponge nævus et le lichen plan.

Le traitement comprend des sédatifs légers et l'information du patient des effets de ses habitudes sur la muqueuse buccale.

Traumatisme par brosse à dent

Les traumatismes peuvent être occasionnés par des brossages énergiques avec une brosse dure. Il s'agit de petites érosions superficielles rondes, ovales ou en bandes de la gencive et du vestibule buccal (Fig. 69). Ces lésions provoquent des plaintes subjectives légères et guérissent rapidement.

Le diagnostic différentiel inclut l'herpes simplex, les aphtes et d'autres lésions traumatiques.

Pathomimie

Des patients mentalement handicapés ou ayant de sérieux problèmes psychologiques peuvent s'infliger des traumatismes buccaux : habituellement par morsure, avec les ongles ou des objets contondants.

La cicatrisation est lente en raison de l'aspect répétitif de l'agression. Les localisations les plus fréquentes sont la langue, la lèvre inférieure et la gencive (Fig. 70).

Le diagnostic repose sur l'interrogatoire et une forte suspicion, bien que beaucoup de patients nient leur responsabilité.

Le diagnostic différentiel inclut l'ulcération traumatique, les ulcérations malignes, la tuberculose, la syphilis et l'aphte.

Le traitement comprend des mesures locales et, éventuellement, la prise en charge psychiatrique.

Fig. 6
muqu

Fig. 6
dents

Fig. 7
path



Fig. 68. Morsure chronique de la muqueuse buccale.



Fig. 69. Érosion due au brossage des dents.

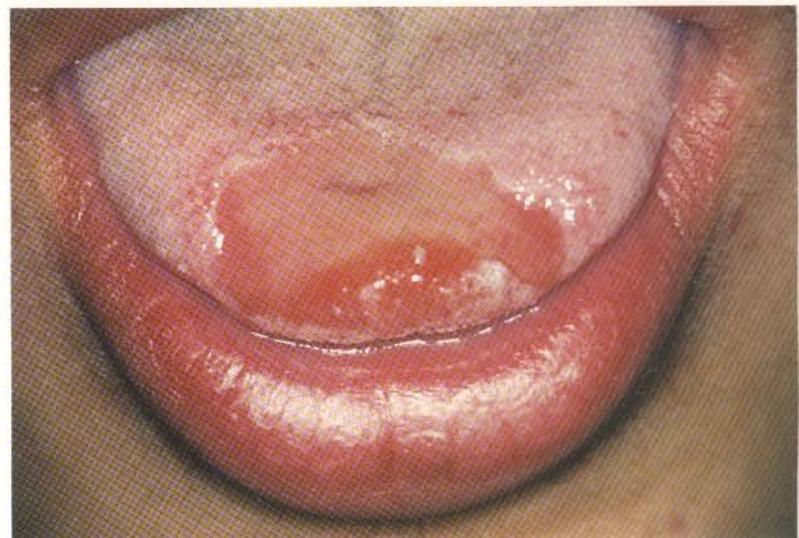


Fig. 70. Ulcération de la langue par pathomimie.

Fellation

En dehors des maladies vénériennes, des lésions de la cavité buccale peuvent être dues à une irritation mécanique ou à une pression négative qui apparaissent lors de la fellation. Les lésions sont situées à la jonction du palais dur et du palais mou et sont faites de pétéchies, érythème et ecchymoses (Fig. 71). Elles disparaissent spontanément en une semaine.

Le diagnostic différentiel comprend les blessures traumatiques, la mononucléose infectieuse, le purpura thrombocytopénique, la leucémie et l'anémie aplasique.

Ulcération du frein lingual après cunnilingus

Des érosions traumatiques de la cavité buccale ou des ulcérations peuvent résulter de pratiques sexuelles orogénitales. L'ulcération du frein lingual due au cunnilingus est observée plus particulièrement chez les hommes. Les lésions sont constituées par le frottement du frein de la langue sur le bord rugueux des incisives inférieures au cours des mouvements de la langue. Cliniquement, il s'agit d'une petite érosion non spécifique ou d'une ulcération couverte d'un exsudat blanchâtre et entourée d'un halo rouge (Fig. 72).

Le diagnostic différentiel comprend les autres ulcérations et érosions traumatiques, la syphilis primaire et secondaire, les aphtes et les lésions herpétiques.

Lésions dues aux rouleaux de coton

Les rouleaux de coton sont appliqués pendant les soins dentaires pour préserver de la salive. Un assèchement excessif de la muqueuse peut être la conséquence d'érosions lors du retrait brutal des rouleaux de coton sur lesquels la muqueuse a adhéré. Cliniquement, il s'agit d'érosions douloureuses, couvertes d'un enduit pseudo-membraneux blanchâtre, qui évoluent sur 4 à 6 jours (Fig. 73).

Le diagnostic différentiel comprend les autres lésions d'origine traumatique ou chimique et les aphtes.

Traitement. Aucun traitement n'est nécessaire.

Fig. 7

Fig. 7
aprèsFig. 7
coton.



Fig. 71. Fellation, érythème palatin.



Fig. 72. Ulcération du frein lingual après cunnilingus.



Fig. 73. Érosion due à un rouleau de coton.

Stomatite prothétique

La stomatite prothétique est fréquente chez les patients qui portent des prothèses dentaires depuis longtemps. Habituellement, les lésions se situent sur la muqueuse maxillaire supérieure, et plus rarement au niveau mandibulaire. Cliniquement, la muqueuse située sous la prothèse est œdématiée et rouge, ou parsemée de taches blanches d'origine candidosique ou de débris alimentaires (Fig. 74). La surface muqueuse est lisse ou granuleuse.

Le plus souvent ces lésions sont asymptomatiques mais certains patients se plaignent de sensations de brûlures, d'irritation et de douleur.

Ces lésions sont bénignes et peuvent être soit localisées soit généralisées. Les facteurs favorisant le plus souvent responsables de cette stomatite sont : un traumatisme prothétique, l'accumulation de débris alimentaires sur la prothèse et l'infection par le *Candida albicans*.

Le diagnostic différentiel comprend l'allergie de contact due aux résines acryliques.

Traitement. Retouches de la zone prothétique irritante. Bonne hygiène buccale. Nystatine ou clotrimazole s'il existe une candidose.

Épulis fissuratum

L'épulis fissuratum ou hyperplasie fibreuse prothétique est une lésion réactionnelle à des prothèses adjointes mal adaptées qui apparaissent chez des patients appareillés depuis très longtemps. L'irritation chronique est due à des prothèses dont les bords sont trop tranchants ou trop importants. Les lésions se présentent comme des proliférations hyperplasiques simples ou multiples, allongées dans le sillon gingivo-labial ou gingivo-jugal (Fig. 75).

Les replis hyperplasiques sont flottants, quelque peu fermes et leur prolifération peut gêner la rétention prothétique. Des ulcérations douloureuses sont fréquentes à la base des replis.

Le diagnostic différentiel comprend les fibromes multiples, la neurofibromatose et le carcinome épidermoïde.

Traitement. Il comprend l'ablation chirurgicale des replis hyperplasiques et la réalisation d'une nouvelle prothèse.

Hyperplasie papillomateuse palatine

L'hyperplasie papillomateuse palatine est une variété de stomatite prothétique qui apparaît chez des sujets porteurs depuis de nombreuses années de prothèses adjointes mal adaptées.

Toutefois, des lésions similaires peuvent survenir chez des patients dentés présentant un palais ogival ; elles sont dues à des irritations mécaniques pendant la mastication. Cliniquement, les lésions sont faites de multiples petites formations surélevées, coalescentes, œdématiées, rougeâtres, qui mesurent de 1 à 2 mm de diamètre ou plus (Fig. 76). Les lésions sont confluentes et occupent une partie ou la totalité de la surface du palais dur, réalisant un aspect en « choux-fleurs ». Elles sont en règle asymptomatiques et sont découvertes accidentellement par le patient qui craint alors un cancer. Elles sont bénignes et ne doivent pas inquiéter.

Le diagnostic différentiel comprend l'acanthosis nigricans, les condylomes acuminés multiples, la dyskératose folliculaire et la tuberculose.

Le traitement consiste à rassurer le patient quant à la nature des lésions. Celles-ci peuvent être supprimées avant la réalisation d'une prothèse.

Fig. 7

Fig. 7

Fig. 7
palati

ne

une va-
chez des
années de

survenir
s ogival ;
pendant
ont faites
coales-
nt de l à
ions sont
otalité de
spect en
ptomati-
nt par le
ont béni-

canthosis
multiples, la

t quant à
e suppri-



Fig. 74. Stomatite prothétique.



Fig. 75. Épulis fissuratum.



Fig. 76. Hyperplasie papillomateuse palatine.

Hyperplasie par pression négative

Chez les porteurs de prothèse maxillaire supérieure, il peut apparaître sur le palais dur une zone arrondie d'hyperplasie de la muqueuse. Elle peut être légèrement surélevée, de couleur rouge et de surface lisse ou papillomateuse (Fig. 77). Cette lésion se produit quand les prothèses maxillaires supérieures portent en leur centre une chambre de vide. L'hyperplasie muqueuse est la conséquence de la pression négative qui se développe.

Traitement. Il n'y a pas de traitement nécessaire.

Atrophie du rempart alvéolaire maxillaire

L'atrophie du rempart alvéolaire maxillaire est la conséquence d'un traumatisme occlusal engendré par une prothèse mal adaptée. On l'observe plus souvent chez la femme à la partie antérieure du maxillaire.

Le rempart alvéolaire devient mou et rouge (Fig. 78).

Des épulis fissuratum peuvent coexister.

Traitement. Correction chirurgicale.

Réaction à un corps étranger

Des lésions réactionnelles peuvent se produire vis-à-vis de corps étrangers inclus dans les tissus mous.

Les corps étrangers les plus fréquemment en cause sont les sutures, la paraffine, la silicone, des fragments osseux, des amalgames, des éclats métalliques par éclat d'obus ou suite à un accident de voiture, etc. Les lésions se présentent sous forme de zones décolorées, ou d'hyperplasie pseudo-tumorale, d'abcès, etc. En temps de paix les lésions par éclat d'obus sont rares. La figure 79 montre un nodule noir, bien circonscrit, asymptomatique, causé par un corps étranger après explosion de mine lors de la seconde guerre mondiale.

Le diagnostic différentiel comprend les mélanomes malins, les nævi pigmentaires et les hémangiomes.

Examens de laboratoire. L'examen histopathologique permet le diagnostic montrant un tissu de granulation réactionnel et les fragments de corps étrangers. L'examen radiographique peut également être utile.

Traitement. Excision chirurgicale.

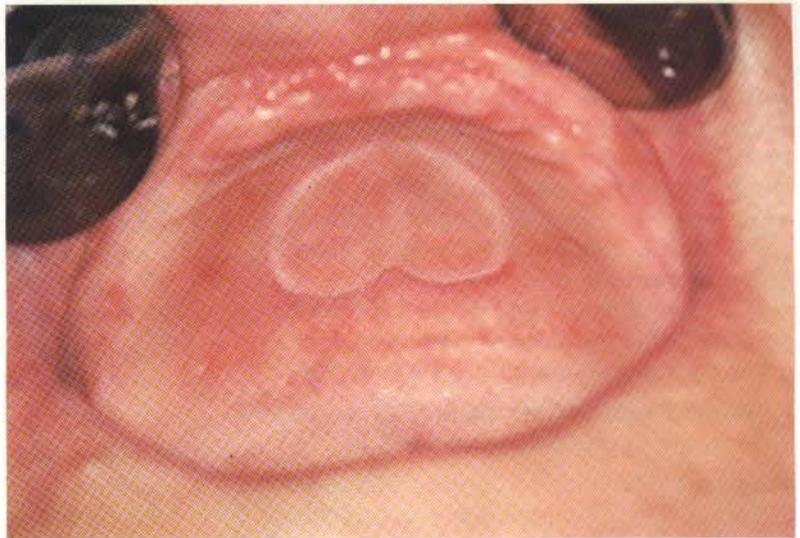


Fig. 77. Hyperplasie palatine provoquée par une pression négative.

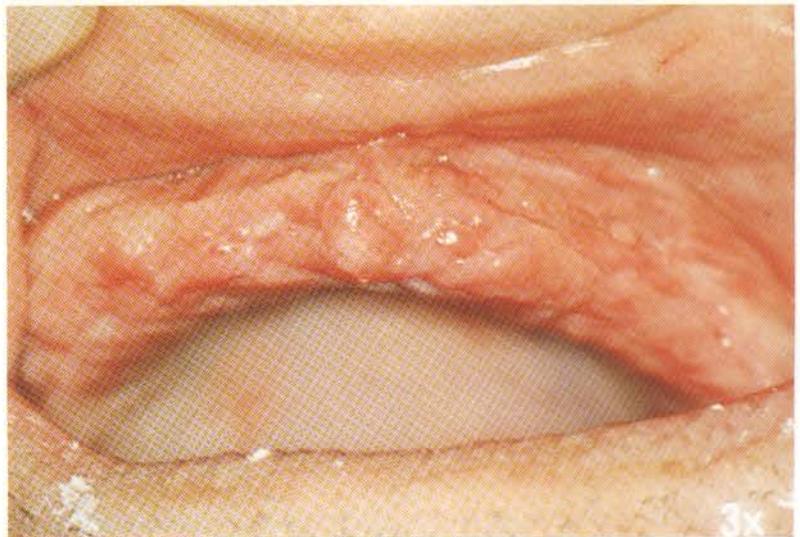


Fig. 78. Atrophie du rempart alvéolo-dentaire.



Fig. 79. Nodule de la muqueuse buccale lié à un éclat de mine.

Nécrose palatine due à une injection

La nécrose de la muqueuse du palais dur peut survenir après une injection d'anesthésique. Une injection rapide entraîne une ischémie locale qui peut être suivie d'une nécrose. Le palais dur est particulièrement sensible à ces lésions dues à une hyperpression locale, en raison de l'adhérence importante de la muqueuse à l'os et de l'absence de tissu conjonctif lâche.

Une ulcération arrondie de quelques millimètres de diamètre qui guérit spontanément en deux semaines est la manifestation principale (Fig. 80).

Le diagnostic différentiel comprend la sialométaplasie nécrosante et les lésions traumatiques.

Traitement. Habituellement aucun traitement n'est nécessaire. On peut prescrire, éventuellement, des bains de bouche avec des produits libérateurs d'oxygène.

Ulcération à éosinophiles

L'ulcération éosinophile de la muqueuse buccale ou granulome éosinophile des tissus mous buccaux est considérée comme une lésion non extensive, bénigne, sans rapport avec les granulomes faciaux ou le

granulome éosinophile de l'histiocytose X. L'étiologie de cette ulcération éosinophile reste obscure, une origine traumatique a été envisagée. Dans une série de 25 cas récemment publiée, cette maladie est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, avec un âge moyen de 39 ans. La langue était atteinte dans 74 % des cas et avec une moins grande fréquence les lèvres, le palais et la gencive. Cliniquement, les lésions se présentent comme des ulcérations douloureuses, à la surface irrégulière, couverte d'une membrane blanc-jaunâtre et reposant sur une base indurée (Fig. 81, 82).

La survenue brutale et la douleur inquiètent le malade. L'ulcération est simple ou multiple.

Le diagnostic différentiel comprend le carcinome épidermoïde, les aphtes, la syphilis, la tuberculose, les ulcérations traumatiques, la sialométaplasie nécrosante, la granulomatose de Wegener, le granulome malin centro-facial, le lymphome et la leucémie.

Examen de laboratoire. L'examen histologique est une aide importante au diagnostic.

Traitement. De petites doses de corticoïdes ou une exérèse chirurgicale sont utiles. Une guérison spontanée après biopsie a été décrite.

Fig.
injec

Fig.
la lar

Fig. 8
la lè
comm



Fig. 80. Nécrose palatine due à une injection.



Fig. 81. Ulcération à éosinophiles de la langue.



Fig. 82. Ulcération à éosinophiles de la lèvre inférieure et de la commissure.