



HAL
open science

Étude rétrospective de la consultation pluridisciplinaire de pathologies de la muqueuse buccale au CHU de Dijon

Noëlle Vixaysakd-Sudre

► **To cite this version:**

Noëlle Vixaysakd-Sudre. Étude rétrospective de la consultation pluridisciplinaire de pathologies de la muqueuse buccale au CHU de Dijon. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-00979613

HAL Id: dumas-00979613

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00979613>

Submitted on 16 Apr 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014

Thèse n°24

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par Noëlle VIXAYSAKD-SUDRE

Née le 22 décembre 1980 à Villefranche-sur-Saône

le 14 mars 2014

ETUDE RETROSPECTIVE DE LA CONSULTATION
PLURIDISCIPLINAIRE DE PATHOLOGIES DE LA MUQUEUSE
BUCCALE AU CHU DE DIJON

Directeur de thèse

Dr Victorin AHOSSI

Membres du Jury

M. le Professeur Pierre VABRES PU-PH.....Président
M. le Docteur Victorin AHOSSI PH Directeur de thèse
M. le Docteur Arnaud LAFON PH..... Jury
M. le Docteur Yannick BEJOT MCU-PH..... Jury
M. le Professeur Narcisse ZWETYENGA PU-PHRapporteur

Remerciements

A Monsieur le président d'université Manuel Tunon de Lara et Monsieur le doyen Jean-Luc Pellegrin qui m'ont autorisée à réaliser ma thèse hors de l'université de Bordeaux et à Monsieur le doyen Frédéric Huet qui a accepté que je revienne au sein de la faculté de Dijon pour effectuer ce travail.

Aux Docteurs Arnaud Lafon et Victorin Ahossi pour l'intérêt qu'ils ont porté au lancement de ce projet, qui reflète leur engagement dans cette consultation qu'ils mènent aux cotés des Professeurs Vabres et Zwetyenga.

Au Professeur Pierre Vabres et au Docteur Yannick Béjot qui ont accepté de considérer mon travail et siéger à ce jury.

Au Professeur Zwetyenga qui a consacré un temps précieux à l'élaboration de cette thèse en guidant le travail avec rigueur et intérêt.

Merci mes chers amis qui prenaient nouvelles et m'ont encouragée dans cette période interminable où je ramais vers une destination plus qu'incertaine. Toutes les bonnes choses ont une fin, mais aussi toutes les mauvaises !

Christelle nos années fac où tout a débuté, Yann et JC depuis toujours, Fabie et Laurent, Bruno et Maryline, Manou, Gilles, Nico, Anne.

Mention spéciale pour les palois Jérôme et Christophe, Julien et Xavier. Nous avons laissé un petit quelque chose dans le Béarn.

Merci pour ces belles années passées à Pau à planquer des nains chez certains, placarder de nouvelles déco chez d'autres, maudir ce voisin de chambre qui oubliait d'éteindre son réveil en partant les WE...

Merci Jérémy et José pour vos conseils avisés quand il m'a fallu rebondir.

Aux Périgourdins qui ont aussi compté et qui ont été présents lors des coups durs

Benjamin, Julien, Khaled, Dr Lacroix, Dr Noumri, Dr Anceau.

SJR et JnB... 2 essais non transformés...

A Nathalie et Pierre. Merci pour votre écoute et votre soutien alors que je me suis éloignée à quasiment disparaître, vous n'avez pas cessé de me donner un appui.

Encore merci à Victorin qui m'a officiellement fait entrer dans l'internat et qui m'a proposé la clef pour son aboutissement.

Merci aux relecteurs, traducteurs, conseillers et supporters
Mes parents, ma chère Mani, Régine et Jacques, Fred, Alain.

A ma famille pour leur patience et leur soutien tout au long de ces études, leur présence auprès de nous alors qu'on s'était glissé si loin des terres parentales...

Julien

Merci pour ton inégalable patience et ta confiance.

Merci d'avoir tant supporté et tout retenu pour que jamais rien ne s'écroule.

Merci d'être tout pour moi.

Hanaé

Petite merveille.

Merci pour toute la lumière que tu m'apportes.

TABLE DES MATIERES

I- RAPPELS.....	8
1. ANATOMIE DE LA CAVITE BUCCALE.....	8
2. HISTOLOGIE DE LA MUQUEUSE BUCCALE.....	10
II- NOTRE ETUDE	11
1. BUT.....	11
2. MATERIEL ET METHODE	11
3. RESULTATS.....	13
ECHANTILLON	13
EXAMENS COMPLEMENTAIRES	14
DIAGNOSTICS.....	18
PRISE EN CHARGE	24
4. DISCUSSION	25
ECHANTILLON	25
EXAMENS COMPLEMENTAIRES	26
DIAGNOSTICS.....	26
III- CONCLUSION.....	31
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	33

TABLE DES FIGURES

Figure n°1 : Schéma de la cavité buccale.....	8
Figure n°2 : Coupe sagittale de la cavité buccale.....	9
Figure n°3 : Glandes salivaires principales.....	9
Figure n°4 : Graphique de la provenance des patients	13
Figure n°5A : Image en scanner du cancer épidermoïde.....	15
Figure n°5B : Image en IRM du cancer épidermoïde	16
Figure n°5C : Image en IRM du cancer épidermoïde.....	17
Figure n°6 : Graphique des pathologies	18

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Tableau de données des patients atteints de lichen plan.....	19
Tableau II : Tableau de données des patients atteints de lésions réactionnelles	20
Tableau III : Tableau de données des patients atteints d'infection.....	21
Tableau IV : Tableau de données des patients atteints de dermatose bulleuse.....	22
Tableau V : Tableau de données des patients atteints de iatrogénie	22
Tableau VI : Tableau de données des patients atteints de diapneusie.....	23
Tableau VII : Tableau de données des patients atteints d'une pathologie congénitale.....	23
Tableau VIII : Tableau de données du patient atteint de cancer épidermoïde	24
Tableau IX : Tableau de données de la patiente atteinte de glossodynne	24

I-RAPPELS

1. ANATOMIE DE LA CAVITE BUCCALE

La cavité buccale s'étend de l'orifice buccal en avant jusqu'à l'oropharynx en arrière. Elle est limitée par le palais, le plancher buccal, les lèvres, les joues, la luette, les voûtes palatines (*figures n°1 et n°2*).

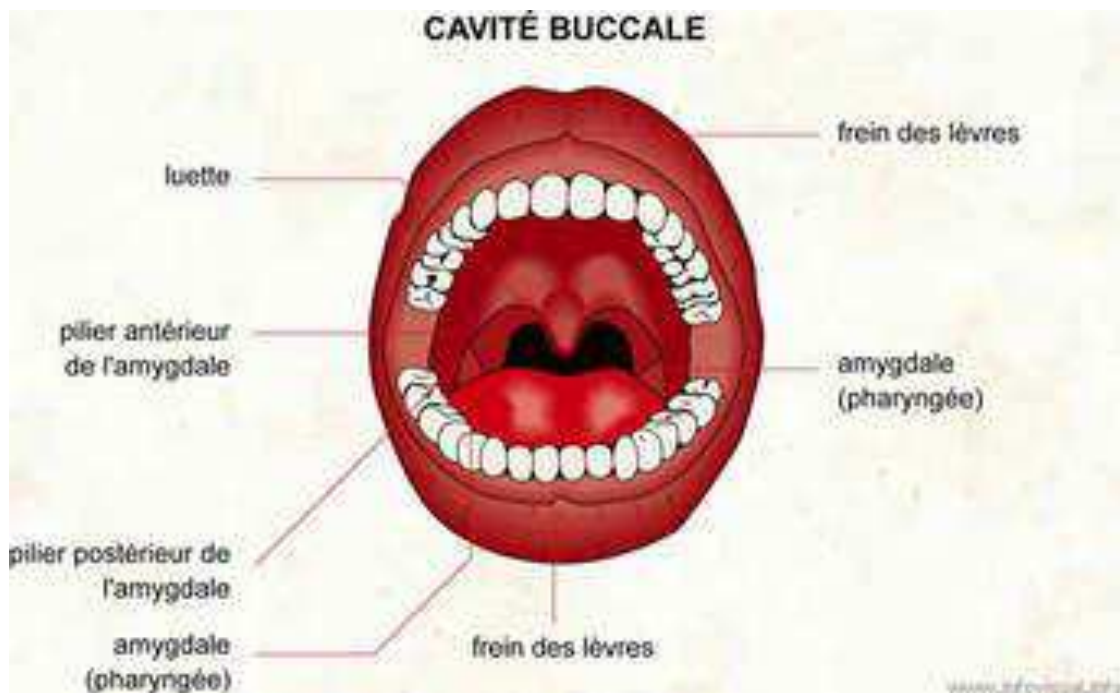


Figure n°1 : Schéma de la cavité buccale (d'après le site infovusial.info).

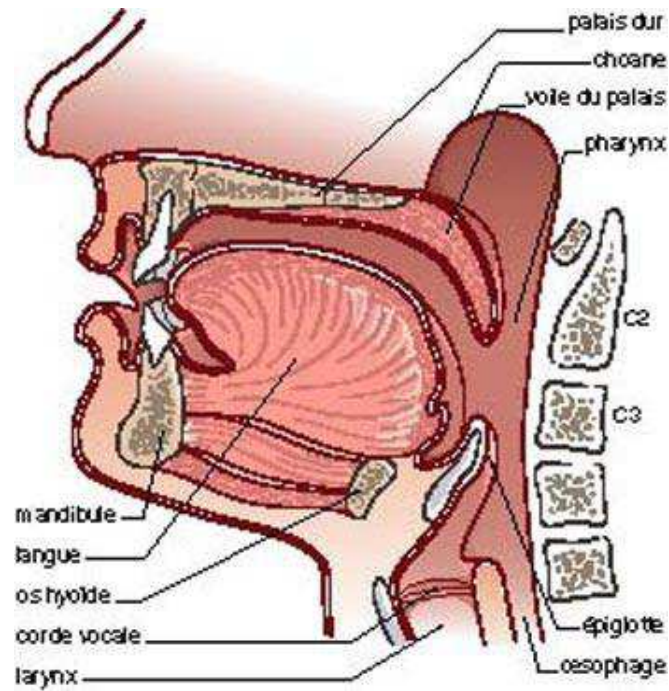


Figure n°2 : Coupe sagittale de la cavité buccale (d'après le site umvf.univ-nantes.fr).

La cavité buccale est tapissée par la muqueuse buccale (mucosa) humectée par la salive produite de façon permanente par les glandes salivaires principales (**figure n°3**) (sous-mandibulaires, sub-linguales, parotides) et les glandes accessoires qui tapissent l'ensemble de la muqueuse buccale.

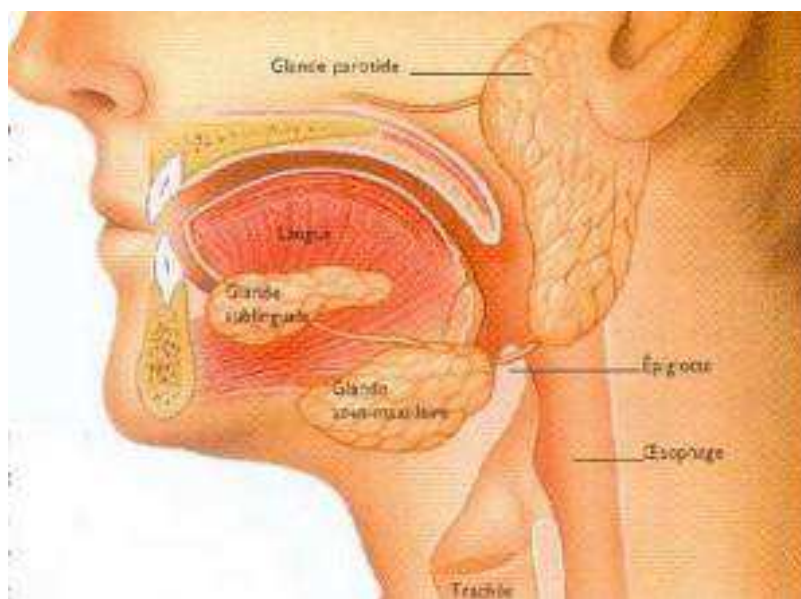


Figure n°3 : Glandes salivaires principales (d'après le site univ-lyon1.fr).

2. HISTOLOGIE DE LA MUQUEUSE BUCCALE

La muqueuse buccale est constituée d'un épithélium malpighien séparé du chorion par une membrane basale.

Il existe des variations histologiques de cette muqueuse en fonction de la topographie, classiquement décrite de 3 types [1].

La muqueuse masticatrice qui tapisse gencives et palais dur participe à la compression mécanique des aliments. Elle est kératinisée en surface avec un tissu conjonctif riche en collagène.

La muqueuse bordante est située sur le versant muqueux des lèvres, les joues, le palais mou, le plancher et la face ventrale de la langue. Elle est non kératinisée avec un chorion très vascularisé.

La muqueuse spécialisée sur la face dorsale de la langue est kératinisée et pourvue de différentes papilles intervenant dans la fonction gustative.

II-NOTRE ETUDE

1. BUT

Il s'agissait d'une étude rétrospective des caractéristiques des patients de la première année de la consultation pluridisciplinaire de dermatologie buccale au CHU de Dijon.

2. MATERIEL ET METHODE

La période d'étude s'étalait de décembre 2011 à décembre 2012 et concernait tous les patients reçus à la consultation pluridisciplinaire. Cette réunion pluridisciplinaire était composée de 3 référents (odontologiste, dermatologue et chirurgien maxillo-facial) et des étudiants.

La cavité buccale a été examinée : la muqueuse sous tous ses replis, la langue sur ses faces et bords, les glandes salivaires et leur orifice de drainage, les dents (nombre, aspect, traitements prothétiques ou conservateurs). L'examen a été élargi à d'autres muqueuses (yeux) et aux aires ganglionnaires (cervicales notamment).

L'ensemble a été consigné et reproduit sur un schéma daté de la cavité buccale. Des photographies ont été réalisées pour le suivi ultérieur.

La conduite à tenir décidée par l'équipe était fonction des données de cette inspection.

Des biopsies pour analyses anatomopathologique et immunologique ont été réalisées. Des examens biologiques et des radiologies ont été faits en cas de nécessité.

Les données suivantes ont été analysées : l'âge, le sexe, le motif de consultation, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les habitus (alcool, tabac), le traitement en cours, la provenance, le praticien référent, les signes généraux (fièvre, asthénie, anorexie), les signes fonctionnels (douleurs buccales, brûlures, dysphagie, limitation de l'ouverture buccale, modifications gustatives...), l'évolutivité des signes (aigüe, chronique, récurrence, etc.), les caractéristiques lésionnelles (topographie, taille, nombre, forme, limites, agencement en cas de lésions multiples, aspect d'induration, d'inflammation...), éventuellement le diagnostic posé ou le cas échéant, les orientations diagnostiques, le bilan complémentaire, le traitement mis en place et le suivi.

3. RESULTATS

Echantillon

Quarante-quatre patients ont été vus durant la période.

Il s'agissait de 16 hommes (36,4%) et 28 femmes (63,6%), soit un *sex ratio* F : H de 1,75. L'âge moyen était de 61 ans (24 - 88 ans).

Quarante-deux patients ont été adressés pour un avis diagnostique et 2 pour une prise en charge thérapeutique.

Le détail de leur provenance est détaillé dans la *figure n°4*.

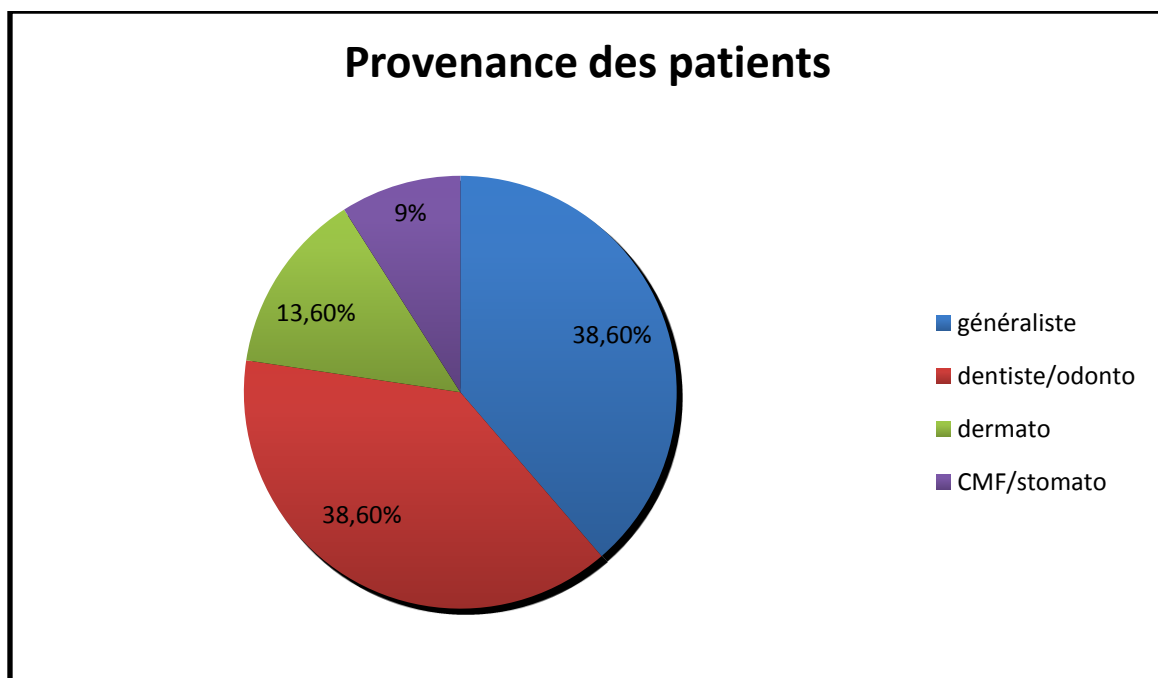


Figure n°4 : Graphique de la provenance des patients.

D'un point de vue addictologique, 36 patients (68,2%) étaient non-fumeurs et 8 (18,2%) fumeurs. Trois déclaraient une consommation d'alcool (6,8%).

Un terrain psychogène était noté chez 10 patients : traitement anxiolytique (n=3) et/ou anti-dépresseur (n=4).

Examens complémentaires

Vingt-deux biopsies ont été effectuées chez 21 patients (42,7%). Une immunofluorescence a été faite dans 7 cas (15,9%).

Les sérologies étaient négatives : 6 pour les hépatites B et C et 1 pour la syphilis.

Tous les bilans immunologiques étaient négatifs (anticorps anti-membrane basale épidermique, anti-substance intercellulaire, anti-desmogléine).

Un patient avait un déficit en folates sans carence en vitamine B12.

Un scanner thoraco-abdomino-pelvien a été effectué dans le cadre du bilan d'extension d'un carcinome épidermoïde infiltrant de la base de la langue classé T3N1M0 (**figures n° 5A, B et C**) (patient n°42).

Un cone beam a été fait pour un bilan de parodontopathie diffuse (gencive érythémateuse et bourgeonnante).

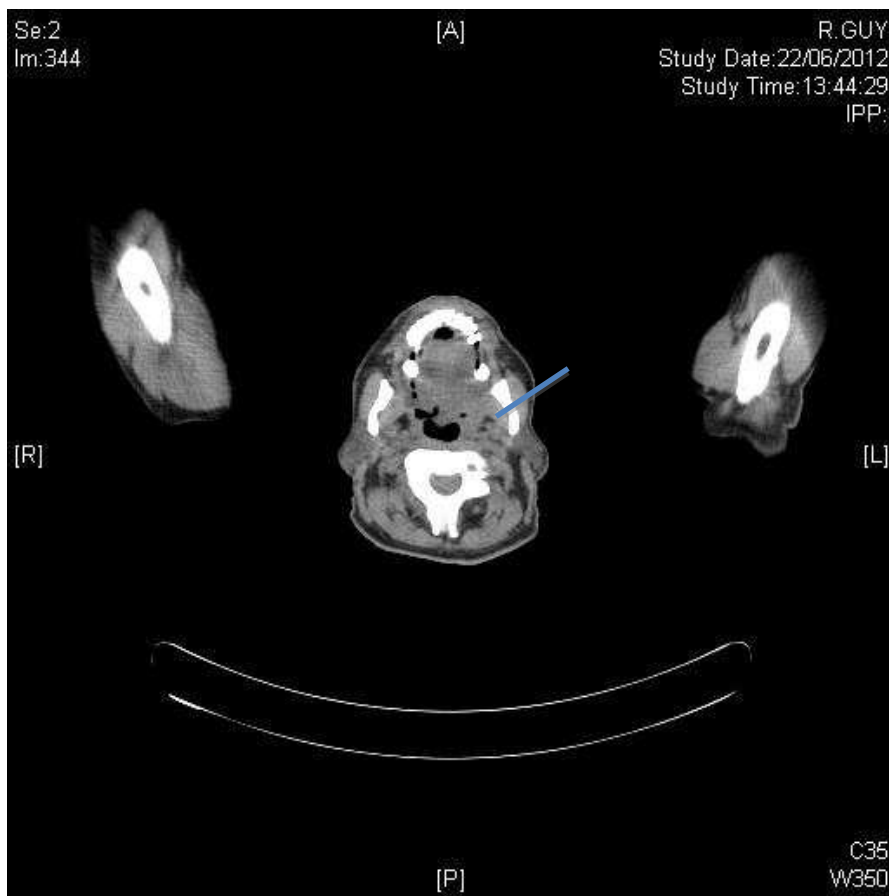


Figure n° 5A : Image en scanner du cancer épidermoïde.

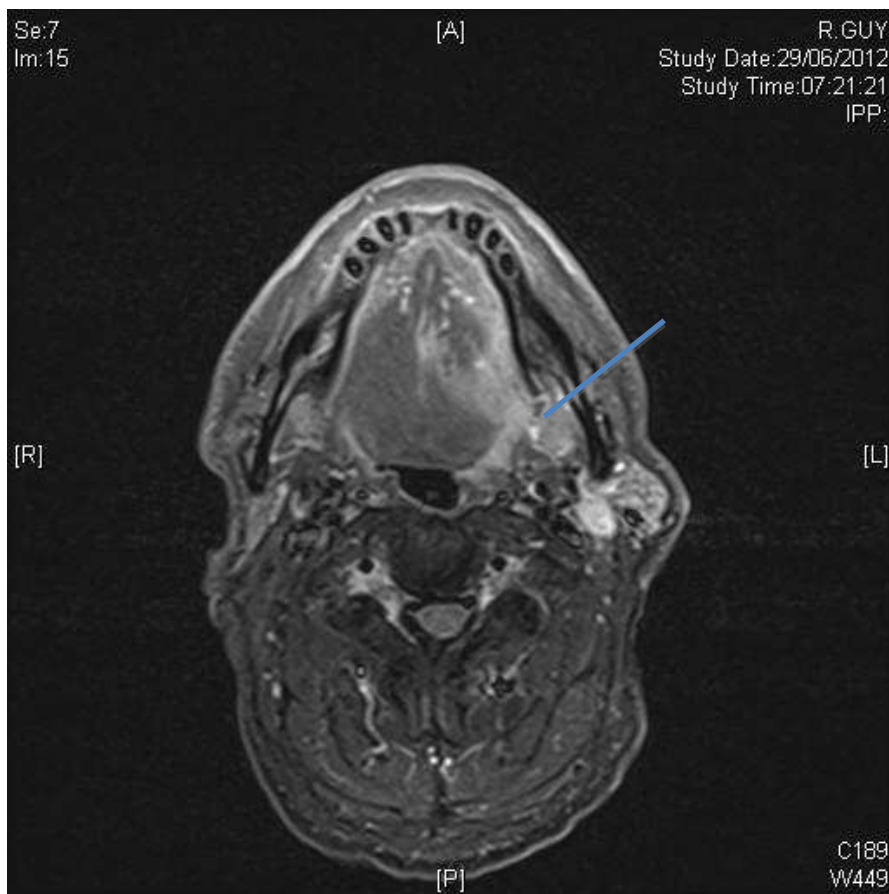


Figure n° 5B : Image en IRM du cancer épidermoïde.

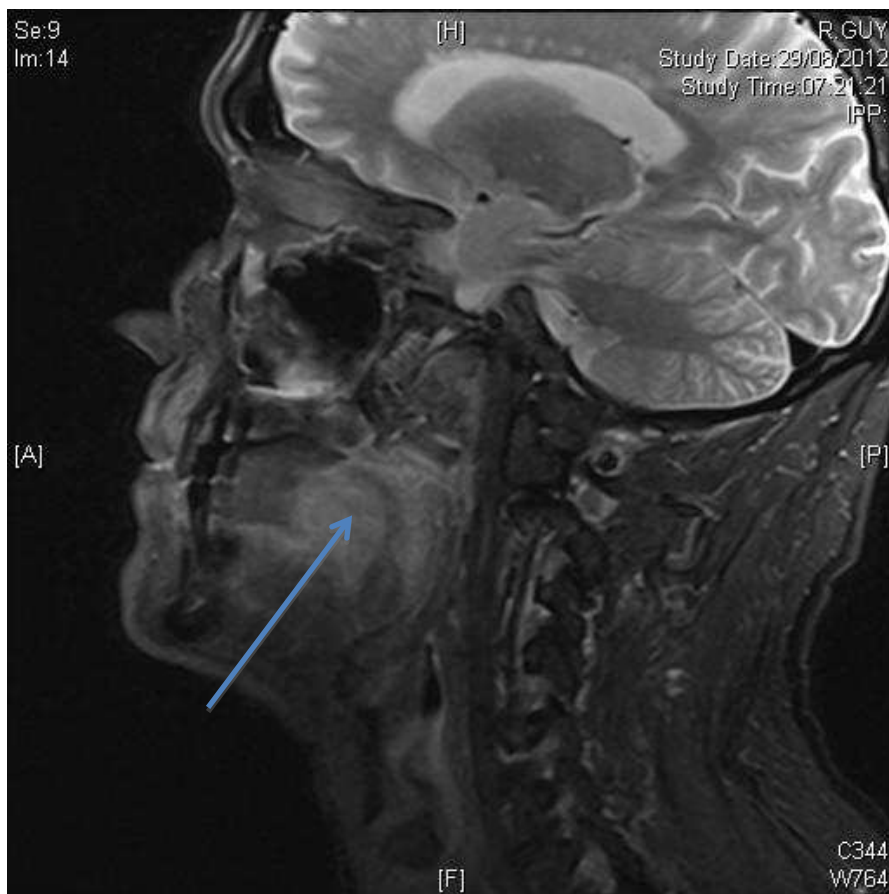


Figure n° 5C : Image en IRM du cancer épidermoïde.

Diagnostics

Plusieurs diagnostics ont été établis (*figure n°6*).

Le détail des caractéristiques des patients pour chaque pathologie est exposé dans les *tableaux I à IX*.

Les pathologies les plus fréquentes étaient le lichen plan, les lésions réactionnelles et les infections.

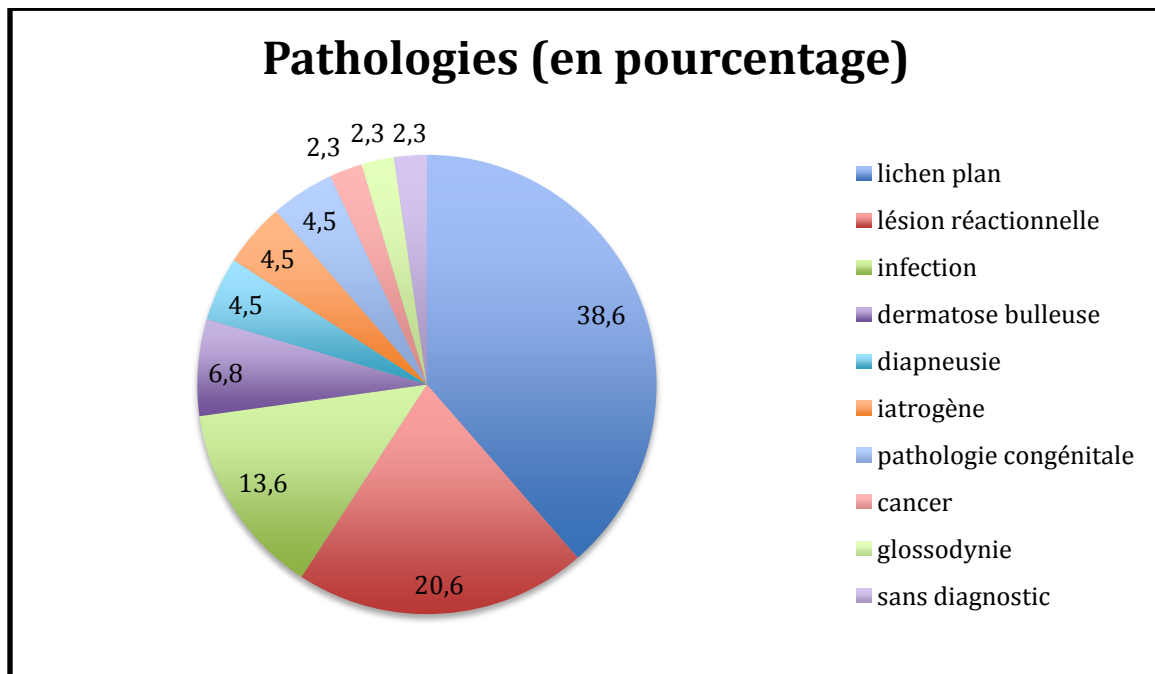


Figure n°6 : Graphique des pathologies.

Les patients atteints de lichen (n=17) avaient un âge moyen de 60 ans.

Le *sex ratio* F : H était de 3,25.

Dans 12 cas, il y avait un caractère polymorphe avec des plages d'érosions associées à un aspect réticulé ou érythémateux. Dans un cas était associé un lichen génital.

Patient N°	Age	Sexe	Tabac	Alcool	Terrain psychogène
1	64	Féminin	Non	Non	Non
2	71	Féminin	Oui	Non	Non
3	74	Féminin	Non	Non	Non
4	63	Féminin	Non	Non	Oui
5	58	Féminin	Non	Non	Non
6	71	Féminin	Non	Non	Oui
7	71	Masculin	Non	Non	Non
8	69	Masculin	Non	Non	Oui
9	53	Féminin	Non	Non	Non
10	63	Féminin	Non	Non	Non
11	61	Féminin	Non	Non	Non
12	24	Masculin	Oui	Oui	Oui
13	66	Féminin	Non	Non	Non
14	42	Féminin	Oui	Non	Oui
15	76	Féminin	Non	Non	Non
16	56	Féminin	Oui	Non	Non
17	38	Masculin	Non	Non	Non
Nombre de patients (%)			4 (23,5)	1(5,9)	5 (29,4)

Tableau I : Tableau de données des patients atteints de lichen plan.

Les patients atteints de lésions réactionnelles (n=9) avaient un âge moyen de 55,6 ans.

Le *sex ratio* F : H était de 0,8.

Dans le terme de lésions réactionnelles ont été incluses les pathologies induites par agression de la muqueuse par un appareillage dentaire, sans qu'un autre agent étiologique n'ait été identifié.

Patient N°	Age	Sexe	Tabac	Alcool	Terrain psychogène
18	33	Féminin	Non	Non	Oui
19	72	Féminin	Non	Non	Non
20	65	Masculin	Non	Non	Non
21	41	Masculin	Non	Non	Non
22	47	Masculin	Oui	Non	Non
23	58	Masculin	Oui	Non	Non
24	72	Féminin	Non	Non	Non
25	63	Féminin	Non	Non	Non
26	49	Masculin	Oui	Non	Oui
Nombre de patients (%)			3(33.3)	0	2(22.2)

Tableau II : Tableau de données des patients atteints d'une lésion réactionnelle.

L'origine était infectieuse pour 6 patients avec un âge moyen de 62,5 ans.

Le *sex ratio* F : H était de 0,5.

On constatait 3 mycoses (une candidose jugale et deux glossites candidosiques), 2 papillomes verruqueux et 1 atteinte « étiquetée » par coxsackie.

Patient N°	Age	Sexe	Tabac	Alcool	Terrain psychogène
27	55	Féminin	Non	Non	Non
28	55	Féminin	Non	Non	Non
29	68	Masculin	Non	Non	Non
30	75	Masculin	Non	Non	Non
31	59	Masculin	Oui	Non	Non
32	63	Masculin	Non	Oui	Non
Nombre de patients (%)			1(16.7)	1(16.7)	0

Tableau III : Tableau de données des patients atteints d'une infection.

Les patients atteints de dermatose bulleuse (n=3) avaient une moyenne d'âge de 78 ans.

Le *sex ratio* F : H était de 0,5.

Pour les 3 patients, il s'agissait de pemphigoïde cicatricielle.

Patient N°	Age	Sexe	Tabac	Alcool	Terrain psychogène
33	75	Féminin	Non	Non	Non
34	85	Masculin	Non	Non	Non
35	75	Masculin	Non	Non	Non
Nombre de patients (%)			0	0	0

Tableau IV : Tableau de données des patients atteints de dermatose bulleuse.

Les 2 patientes pour lesquelles une étiologie médicamenteuse était diagnostiquée avaient un âge moyen de 64 ans.

Les médicaments incriminés étaient un IMAO et un imipraminique.

Patient N°	Age	Sexe	Tabac	Alcool	Terrain psychogène
38	63	Féminin	Non	Non	Oui
39	65	Féminin	Non	Non	Oui
Nombre de patients (%)			0	0	2 (100)

Tableau V : Tableau de données des patients atteints de iatrogénie.

Les patients atteints de diapneusie (n=2) étaient 2 femmes d'un âge moyen de 61,5 ans.

Patient N°	Age	Homme	Tabac	Alcool	Terrain psychogène
36	62	Féminin	Non	Non	Non
37	61	Féminin	Non	Non	Non
			Non	Non	Non
Nombre de patient (%)			0	0	0

Tableau VI : Tableau de données des patients atteints de diapneusie.

Les pathologies congénitales concernaient 2 patientes d'un âge moyen de 61 ans.

Il s'agissait d'une langue géographique et d'un syndrome de Görlin.

Patient N°	Age	Sexe	Tabac	Alcool	Terrain psychogène
40	88	Féminin	Non	Non	Non
41	34	Féminin	Non	Non	Oui
Nombre de patients (%)			0	0	1 (50)

Tableau VII : Tableau de données des patients atteints d'une pathologie congénitale.

Un patient de sexe masculin âgé de 66 ans était atteint de cancer épidermoïde.

Patient N°	Age	Sexe	Tabac	Alcool	Terrain psychogène
42	66	Masculin	Oui	Oui	Non

Tableau VIII : Tableau de données du patient atteint de cancer épidermoïde.

Une patiente âgée de 65 ans était atteinte de glossodynie.

Patient N°	Age	Sexe	Tabac	Alcool	Terrain psychogène
43	65	Féminin	Non	Non	Non

Tableau IX : Tableau de données de la patiente atteinte de glossodynie.

Chez un patient, aucun diagnostic n'a pu être établi.

Prise en charge

Un traitement a été mis en place pour 22 patients (50%).

Il a été demandé une consultation de contrôle pour 41 patients (93,2%) : RCP de dermatologie buccale (n=31), odontologue (n=4), psychiatre (n=2), dermatologue (n=2), chirurgien maxillo-facial (n=1) et RCP de cancérologie (n=1).

A la fin de l'étude, 12 de ces patients étaient perdus de vue.

4. DISCUSSION

Echantillon

Notre étude a permis l'analyse de données de 44 patients vus durant la première année de la consultation pluridisciplinaire de dermatologie buccale au CHU de Dijon. Elle permet d'avoir une vision des diverses pathologies buccales et générales motivant une consultation de dermatologie buccale.

En ce qui concerne la taille de l'échantillon sur un an, nous n'avons pas pu trouver de données de comparaison.

La plupart des patients sont adressés pour un avis diagnostique et dans la majorité des cas par des praticiens libéraux (souvent omnipraticiens). Cela n'est pas étonnant car d'une part le CHU constitue le seul centre de référence en pathologie buccale et d'autre part il existe manifestement un manque de formation spécifique dans le cursus médical, notamment en troisième cycle.

Dix-huit pour cent des patients sont fumeurs. Dans la littérature, ce pourcentage varie de 9,7% à 42,6% [2-4].

Examens complémentaires

La nature de ces examens est fonction des données cliniques.

L'importance des biopsies (environ un patient sur deux) s'explique par la nécessité de ne pas passer à côté d'une lésion grave, voire maligne. D'ailleurs, il est admis par la très grande majorité de praticiens qu'une biopsie est recommandée, voire obligatoire en cas de doute.

L'immunofluorescence est effectuée lors de la recherche d'une pathologie immunologique (pemphigus, lupus, etc.).

Les sérologies ne sont pas systématiques et sont effectuées en fonction des caractéristiques lésionnelles.

Les examens d'imagerie (exception faite du panoramique dentaire et du cone beam) sont plutôt réalisés en cas de bilan d'extension.

Diagnostics

Lichen plan

La prévalence du lichen plan est estimée entre 0,5% et 2% dans la population générale [5,6].

La prédominance féminine constatée dans l'étude correspond à celle de la littérature où les chiffres varient de 61% à 79,9% [7-10].

L'âge moyen des patients dans la littérature est de 52 à 59,8 ans [7,9-11].

Une association entre lichen et hépatite C est constatée dans certaines études avec des chiffres variant de 9,6% à 28,8% [9,10,12], alors que d'autres ne corroborent pas cette relation [13, 14].

Le taux de fumeurs de notre étude atteint 23,5% des patients. Actuellement, il n'y a pas de lien évident entre le tabagisme et la survenue du lichen [15,16].

Un lien entre le stress et le lichen plan a été établi dans plusieurs études [17,18]. Mais d'autres auteurs ne trouvent pas cette association [19,20].

Lésions réactionnelles

Jainkittivong *et al* constate que 45% des patients porteurs d'appareillage dentaire ont des lésions de la muqueuse buccale liées à cet appareillage [21].

Dans notre étude, le *sex ratio* est en faveur des hommes alors que d'autres résultats de la littérature montrent une prédominance d'atteinte des femmes [22,23]. Il est possible d'attribuer cette différence par la taille limitée de l'échantillon.

Mycose

Les patients de l'étude atteints de mycose présentent un terrain connu comme favorisant : immunodépression, alcoolisation chronique et présence d'appareillages dentaires [24].

Papillome verruqueux

Dans la littérature, les papillomes verruqueux touchent de façon prédominante les femmes [25,26].

Les consultations de contrôle n'ont pas montré de récurrence de lésion, ce qui concorde avec les observations de littérature montrant peu de récurrence après excision de lésions uniques de papillomes [25,26].

Pemphigoïde cicatricielle

La pemphigoïde cicatricielle est une dermatose bulleuse rare [28] qui touche la muqueuse buccale de façon fréquente [29].

Les patients atteints sont préférentiellement des personnes âgées de sexe féminin [30].

Syndrôme de Görlin

Le syndrome de Görlin est une pathologie de prévalence évaluée dans l'étude de Farndon *et al* [31] à 1/57 000, à 1/256 000 dans celle de Lo Muzio *et al* [32].

Dans notre étude, la patiente était adressée pour des kystes de la mâchoire qui sont un symptôme très fréquent de la maladie, rapporté dans la littérature chez 62% à 90% des patients [32,33].

Langue géographique

La prévalence de cette pathologie varie de 1,5% à 4,8% de la population générale selon les études [34-36].

La patiente de notre étude présente un psoriasis. Certaines études rapportent une association entre la langue géographique et cette pathologie dermatologique : 18% dans l'étude de Costa *et al*, 9,1% Germi *et al*, 7,7% chez Tomb *et al* [37-39].

Iatrogénie

Les traitements anti-dépresseurs de type IMAO et imipraminique ont pour effet secondaire connu de diminuer la sécrétion salivaire [40].

La sensation de brûlure en bouche relevée chez les 2 patientes de l'étude constitue un symptôme oral fréquemment présenté chez les patients sous anti-dépresseurs [41].

La prédominance féminine de l'étude est appuyée par d'autres travaux [42].

Diapneusie

La prédominance féminine de cette pathologie est corroborée par la littérature [43,44]. Carbone M *et al* décrit un pic à la 4^{ème} décade [45] et les lésions traitées par excérèse sont souvent récidiventes.

Cancer épidermoïde

C'est la forme de cancer la plus fréquente de la sphère oro-pharyngée d'incidence mondiale estimée à 263 000 nouveaux cas annuels [46].

Les facteurs de risques majeurs de ce cancer sont l'intoxication tabagique et alcoolique, comme c'est le cas chez le patient de l'étude [46,47].

Glossodynie

La prévalence de glossodynie est estimée à des chiffres variables selon les études de 0,7% jusqu'à 15% [48,49].

La prédominance féminine [50] de cette pathologie, le terrain hormonal (ménopause) [51] et anxio-dépressif [52,53] sont admis dans la littérature. Le cas de notre étude est cohérent avec ces éléments.

III- CONCLUSION

La taille réduite de l'échantillon constitue une limite à cette étude qui s'est basée sur une courte période d'activité. Un travail rétrospectif similaire pourrait être intéressant sur un plus grand intervalle afin de juger de l'évolution des patients et de la diversification des pathologies rencontrées.

Les résultats pourraient faire l'objet de présentations lors de congrès et de formations dans un objectif de développement professionnel continu.

Le lichen plan représentant un diagnostic fréquent, cette consultation pourrait fournir un échantillon de patients à étudier pour apporter des travaux sur certains de ses attributs cliniques non consensuels (comme l'association à l'hépatite C ou l'intervention du tabac dans sa pathogénèse).

Les photographies réalisées en consultation pourraient permettre l'élaboration d'une base iconographique sur les diverses pathologies rencontrées.

Les diverses pathologies qui sont traitées en consultation relèvent d'une prise en charge véritablement pluridisciplinaire : la participation d'autres praticiens à cette RCP serait intéressante.

L'intégration de spécialités comme ORL ou médecine interne pourrait apporter un complément en termes de compétences et d'expérience, dans le but d'améliorer la prise en charge globale des patients.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Ten Cate AR. Oral histology. Development, structure and fonction (3rd ed). Saint-Louis : CV Mosby 1989:341-81.
- [2] Mathew AL, Pai KM, Sholapurkar AA, Vengal M. The prevalence of oral mucosal lesions in patients visiting a dental school in Southern India. *Indian J Dent Res* 2008;19:99-103.
- [3] Chandra P, Govindraju P. Prevalence of oral mucosal lesions among tobacco users. *Oral Health Prev Dent* 2012;10:149-53.
- [4] Pereira Jdos S, Carvalho Mde V, Henriques AC, de Queiroz Camara TH, Miguel MC, Freitas Rde A. Epidemiology and correlation of the clinicopathological features in oral epithelial dysplasia: analysis of 173 cases. *Ann Diagn Pathol* 2011;15:98-102.
- [5] Ikeda N, Ishii T, Iida S, Kawai T. Epidemiological study of oral leukoplakia based on mass screening for oral mucosal diseases in a selected Japanese population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991;19, 160-3.
- [6] Gorsky M, Epstein JB, Hasson-Kanfi H, Kaufman E. Smoking habits among patients diagnosed with oral lichen planus. *Tobacco Induced Diseases* 2004;2:103-8.
- [7] Carbone M, Arduino PG, Carrozzo M, Gandolfo S, Argiolas MR, Bertolusso G, *et al.* Course of oral lichen planus: a retrospective study of 808 northern Italian patients. *Oral Dis* 2009;15:235-43.
- [8] Oliveira Alves MG, Almeida JD, Balducci I, Guimarães Cabral LA. Oral lichen planus: A retrospective study of 110 Brazilian patients. *BMC Res Notes* 2010;3:157.

- [9] Tovar S, Parlatescu I, Gheorghe C, Tovar M, Costache M, Sardella A. Oral lichen planus: a retrospective study of 633 patients from Bucharest Romania. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013;1:18:201-6.
- [10] Bardellini E, Amadori F, Flocchini P, Bonadeo S, Majorana A. Clinicopathological features and malignant transformation of oral lichen planus: a 12-years retrospective study. *Acta Odontol Scand* 2013;71:834-40.
- [11] Sugerman PB, Savage NW, Walsh LJ, Zaho ZZ, Zhou XJ, Khan A, *et al.* The pathogenesis of oral lichen planus. *Crit Rev Oral Biol Med* 2002;13:350-65.
- [12] Mignogna MD, Lo Muzio L, Favia G, Mignogna RE, Carbone R, Bucci E. Oral lichen planus and HCV infection: a clinical evaluation of 263 cases. *Int J Dermatol* 1998;37:575-8.
- [13] Patil S, Khandelwal S, Rahman F, Kaswan S, Tipu S. Epidemiological relationship of oral lichen planus to hepatitis C virus in an Indian population. *Oral Health Dent Manag* 2012;11:199-205.
- [14] J Maryam R, Fariborz MG, Hosein MR, Hadi G. Oral conditions in hepatitis C virus-infected Iranian patients: a case-control study. *Investig Clin Dent* 2012;3:203-7.
- [15] Payeras MR, Cherubini K, Figueiredo MA, Salum FG. Oral lichen planus: focus on etiopathogenesis. *Arch Oral Biol* 2013;58:1057-69.
- [16] Silverman S, Gorsky M, Lozada-Nur F. A prospective follow-up study of 570 patients with oral lichen planus: Persistence, remission, and malignant association. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 1985;60:30-4.
- [17] Stojanovic L, Lunder T, Rener-Sitar K, Mlakar B, Maticic M. Thorough clinical evaluation of skin, as well as oral, genital and anal mucosa is beneficial in lichen planus patients. Stojanovic L, Lunder T, Rener-Sitar K, Mlakar B, Maticic M. *Coll Antropol.* 2011 Mar;35(1):15-20.

- [18] Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:207-14.
- [19] Hirota SK, Moreno RA, Dos Santos CH, Seo J, Migliari DA. Psychological profile (anxiety and depression) in patients with oral lichen planus: a controlled study. *Minerva Stomatol* 2013;62:51-6.
- [20] Girardi C, Luz C, Cherubini K, de Figueiredo MA, Nunes ML, Salum FG. Salivary cortisol and dehydroepiandrosterone (DHEA) levels, psychological factors in patients with oral lichen planus. *Arch Oral Biol* 2011;56:864-8.
- [21] Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal lesions in denture wearers. *Gerodontology* 2010;27:26-32.
- [22] Martínez Díaz-Canel AI, García-Pola Vallejo MJ. Epidemiological study of oral mucosa pathology in patients of the Oviedo School of Stomatology. *Med Oral* 2002;7:4-9,10-6.
- [23] Canger EM, Celenk P, Kayipmaz S. Denture-related hyperplasia: a clinical study of a Turkish population group. *Braz Dent J* 2009;20:243-8.
- [24] Hay RJ, Ashbee HR. Superficial mycoses. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's Textbook of Dermatology*. 8 th. Singapore: Wiley Blackwell; 2010. p. 36.5–36.68.
- [25] Neuville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed. Guanabara Koogan ed. Rio de Janeiro;2004. p. 304-5.
- [26] Zhu LK, Ding YW, Liu W, Zhou YM, Shi LJ, Zhou ZT. A clinicopathological study on verrucous hyperplasia and verrucous carcinoma of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2012 ;41:131-5.
- [27] Carneiro T, Marinho SA, Verli FD, Mesquita ATM, Lima NL, Miranda JL. Oral squamous papilloma: clinical, histologic and immunohistochemical analyses. *J Oral Sci* 2009;51: 367–72.
- [28] Bernard P, Vaillant L, Labeille B, Bedane C, Arbeille B, Denoeux JP, *et al.*

Incidence and distribution of subepidermal autoimmune bullous skin diseases in three French regions. Bullous Diseases French Study Group. Arch Dermatol 1995;131:48-52.

[29] Thorne JE, Anhalt GJ, Jabs DA. Mucous membrane pemphigoid and pseudopemphigoid. Ophthalmology 2004;111:45-52.

[30] C S Foster. Cicatricial pemphigoid. Trans Am Ophthalmol Soc 1986;84: 527-663.

[31] Farndon PA, Del Mastro RG, Evans DG, Kilpatrick MW. Location of gene for Gorlin syndrome. Lancet 1992;339:581-2.

[32] Lo Muzio L, Nocini PF, Savoia A, Consolo U, Procaccini M, Zelante L, *et al.* Nevoid basal cell carcinoma syndrome. Clinical findings in 37 Italian affected individuals. Clin Genet 1999;55:34-40.

[33] Pruvost-Balland C , Gorry P , N Boutet , Magnaldo T , Mamelle G , A Margulis , *et al.* Clinical and genetic study in 22 patients with basal cell nevus syndrome. Ann Dermatol Venereol 2006;133:117-23.

[34] Miloğlu O, Göregen M, Akgül HM, Acemoğlu H. The prevalence and risk factors associated with benign migratory glossitis lesions in 7619 Turkish dental outpatients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009;107:29-33.

[35] Darwazeh AM, Almelaih AA. Tongue lesions in a Jordanian population. Prevalence, symptoms, subject's knowledge and treatment provided. Med Oral Patol Cir Bucal 2011;16:745-9.

[36] Koay CL, Lim JA, Siar CH. The prevalence of tongue lesions in Malaysian dental outpatients from the Klang Valley area. Oral Dis 2011;17:210-6.

[37] Costa SC, Hirota SK, Takahashi MD, Andrade H Jr, Migliari DA. Oral lesions in 166 patients with cutaneous psoriasis: a controlled study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2009;14:371-5.

[38] Germi L, De Giorgi V, Bergamo F, Niccoli MC, Kokelj F, Simonacci M, *et*

al. Psoriasis and oral lesions: multicentric study of Oral Mucosa Diseases Italian Group (GIPMO). *Dermatol Online J* 2012;15;18:11.

[39] Tomb R, Hajj H, Nehme E. Oral lesions in psoriasis. *Ann Dermatol Venereol* 2010;137:695-702.

[40] de Almeida Pdel V, Grégio AM, Brancher JA, Ignácio SA, Machado MA, de Lima AA, *et al.* Effects of antidepressants and benzodiazepines on stimulated salivary flow rate and biochemistry composition of the saliva. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;106:58-65.

[41] Cho MA, Ko JY, Kim YK, Kho HS. Salivary flow rate and clinical characteristics of patients with xerostomia according to its aetiology. *J Oral Rehabil* 2010;37:185-93.

[42] Keene JJ Jr, Galasko GT, Land MF. Antidepressant use in psychiatry and medicine: importance for dental practice. *J Am Dent Assoc* 2003;134:71-9.

[43] Zhang W, Chen Y, An Z, Geng N, Bao D. Reactive gingival lesions: a retrospective study of 2,439 cases. *Quintessence Int* 2007;38:103-10.

[44] Kfir Y, Buchner A, Hansen LS. Reactive lesions of the gingiva. A clinicopathological study of 741 cases. *J Periodontol* 1980;51:655-61.

[45] Carbone M, Broccoletti R, Gambino A, Carrozzo M, Tanteri C, Calogiuri PL, *et al.* Clinical and histological features of gingival lesions: a 17-year retrospective analysis in a northern Italian population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2012;17:555-61.

[46] Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010;127:2893-2917.

[47] International Agency for Research on Cancer: IARC Monographs on Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. Volume 83. Lyon: IARC Press; 2004.

[48] International Agency for Research on Cancer: IARC Monographs on the

Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Alcohol consumption and ethyl carbamate. Volume 96. Lyon: IARC Press; 2005.

[49] Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc* 1993;124:115-21.

[50] Tammiala-Salonen T, Hiidenkari T, Parvinen T. Burning mouth in a Finnish adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21:67-71.

[51] López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Andujar-Mateos P, Sánchez-Siles M, Gómez-García F. Burning mouth syndrome: An update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010;15:562-8.

[52] Woda A, Dao T, Gremeau-Richard C. Steroid dysregulation and stomatodynia (burning mouth syndrome). *J Orofac Pain* 2009;23:202-10.

[53] Rohit Malik, Sumit Goel, Deepankar Misra, Sapna Panjwani, Akansha Misra. Assessment of anxiety and depression in patients with burning mouth syndrome: A clinical trial. *J Midlife Health* 2012;3:36-9.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.