



HAL
open science

Le psoriasis oral, revue de littérature

Nathan Weizman

► **To cite this version:**

| Nathan Weizman. Le psoriasis oral, revue de littérature. Chirurgie. 2019. dumas-02477675

HAL Id: dumas-02477675

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02477675>

Submitted on 13 Feb 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THESE

***POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

Aix Marseille Université
(Administratrice provisoire : Madame le Professeur Simone BONNAFOUS)

Le psoriasis oral, revue de littérature

Présentée par

Weizman Nathan

Né le 03/01/94

A Marseille

Thèse soutenue le Mardi 10 Décembre 2019

Devant le jury composé de

Président : Professeur Raskin Anne

Assesseurs : Docteur Catherine Jean-hugues

Docteur Campana Fabrice

Docteur Castro Romain

Invité : Docteur Elbez Roland

THESE

***POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

Aix Marseille Université
(Administratrice provisoire : Madame le Professeur Simone BONNAFOUS)

Le psoriasis oral, revue de littérature

Présentée par

Weizman Nathan

Né le 03/01/94

A Marseille

Thèse soutenue le Mardi 10 Décembre 2019

Devant le jury composé de

Président : Professeur Raskin Anne

Assesseurs : Docteur Catherine Jean-hugues

Docteur Campana Fabrice

Docteur Castro Romain

Invité : Docteur Elbez Roland

ADMINISTRATION

Mise à jour : novembre 2019

DOYENS HONORAIRES

PROFESSEUR	RAYMOND SANGIUOLO [†]
PROFESSEUR	HENRY ZATTARA
PROFESSEUR	ANDRE SALVADORI
PROFESSEUR	JACQUES DEJOU

DOYEN ASSESEURS

PROFESSEUR	BRUNO FOTI
PROFESSEUR	MICHEL RUQUET
PROFESSEUR	ANNE RASKIN

DIRECTEURS DE DEPARTEMENTS

FORMATION INITIALE
RECHERCHE
FORMATION CONTINUE

PROFESSEUR	MICHEL RUQUET
PROFESSEUR	ANNE RASKIN
PROFESSEUR	FREDERIC BUKIET

CHARGES DE MISSIONS

RELATIONS INTERNATIONALES
INTERNAT ET DIPLOMES D'ETUDES SPECIALISEES
AFFAIRES GENERALES

PROFESSEUR	HERVE TASSERY
PROFESSEUR	VIRGINIE MONNET-CORTI
DOCTEUR	PATRICK TAVITIAN

RESPONSABLE DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET TECHNIQUES

MADAME	KATIA LEONI
--------	-------------

LISTE DES ENSEIGNANTS

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD

BUKIET FREDERIC (58-01)
DEJOU JACQUES (58-01)
FOTI BRUNO (56-02)
MONNET-CORTI VIRGINIE (57-01)
ORTHLIEB JEAN-DANIEL (58-01)
RASKIN ANNE (58-01)
RUQUET MICHEL (58-01)
TARDIEU CORINNE (56-01)
TARDIVO DELPHINE (56-02)
TASSERY HERVE (58-01)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ABOUT Imad (65)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD

ABOUDHARAM GERARD (58-01)	LAURENT MICHEL (58-01)
BANDON DANIEL (56-01)	LAURENT PATRICK (57-01)
BELLONI DIDIER (57-01)	LE GALL MICHEL (56-01)
BOHAR JACQUES (56-01)	MAILLE GERALD (58-01)
CAMOIN ARIANE (56-01)	PHILIP-ALLIEZ CAMILLE (56-01)
CAMPANA FABRICE (57-01)	PIGNOLY CHRISTIAN (58-01)
CATHERINE JEAN-HUGUES (57-01)	POMMEL LUDOVIC (58-01)
ERARD-MAGNO ELISABETH (56-01)	PRECKEL BERNARD-ÉRIC (58-01)
GAUBERT JACQUES (56-01)	RÉ JEAN-PHILIPPE (58-01)
GIRAUD THOMAS (58-01)	ROCHE-POGGI PHILIPPE (57-01)
GIRAudeau ANNE (58-01)	STEPHAN GREGORY (58-01)
GUIVARC'H MAUD (58-01)	TAVITIAN PATRICK (58-01)
JACQUOT BRUNO (58-01)	TERRER ELODIE (58-01)
LABORDE GILLES (58-01)	TOSELLO ALAIN (58-01)
LAN ROMAIN (57-01)	

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BLANCHET ISABELLE (56-01)
MENSE CHLOE (58-01)

ASSISTANTS HOSPITALIERS ET UNIVERSITAIRES

AL AZAWI HALA (56-01)	HAHN-GOLETTI LARISSA (58-01)
ANTEZACK ANGELINE (57-01)	LIOTARD ALICA (58-01)
BACHET-DORISON DAMIENNE (56-01)	MANSUY CHARLOTTE (58-01)
BALLESTER BENOIT (58-01)	MARTIN WILLIAM (56-01)
BARBERO MAGALI (56-01)	MATTERA REMI (56-01)
BOYER ALEXANDRA (57-01)	MELLOUL SEBASTIEN (57-01)
CAMBON ISABELLE (56-01)	PARFU ANNE (58-01)
CASAZZA ESTELLE (56-01)	PASCHEL LAURA (58-01)
CASTRO ROMAIN (57-01)	PILLIOL VIRGINIE (58-01)
DAVID LAURA (56-01)	REPETTO ANDREA (58-01)
DEVICTOR ALIX (58-01)	ROMANET YVAN (57-01)
DODDS MELINA (58-01)	SANTUNIONE CHARLOTTE (58-01)
DRAUSSIN THIERRY (56-02)	SILVESTRI FREDERIC (58-01)
DUMAS CATHY (57-01)	VINAÏ MICHAEL (56-01)
HADJ-SAID MEDHI (57-01)	

ASSISTANT ASSOCIE DES UNIVERSITES

LE FOURNIS CHLOE (57-01)

Intitulés des sections CNU :

- 56^{ème} section : *Développement, croissance et prévention*
 - 56-01 *Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale*
 - 56-02 : *Prévention – Epidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale*
- 57^{ème} section : *Chirurgie orale ; Parodontologie ; Biologie Orale*
 - 57-01 : *Chirurgie orale – Parodontologie – Biologie orale*
- 58^{ème} section : *Réhabilitation orale*
 - 58-01 : *Dentisterie restauratrice – Endodontie – Prothèses – Fonction-Dysfonction – Imagerie – Biomatériaux*

L'auteur s'engage à respecter les droits des tiers, et notamment les droits de propriété intellectuelle. Dans l'hypothèse où la thèse comporterait des éléments protégés par un droit quelconque, l'auteur doit solliciter les autorisations nécessaires à leur utilisation, leur reproduction et leur représentation auprès du ou des titulaires des droits. L'auteur est responsable du contenu de sa thèse. Il garantit l'Université contre tout recours. Elle ne pourra en aucun cas être tenue responsable de l'atteinte aux droits d'un tiers

Président : Professeur Raskin Anne

Chère professeur,

Merci pour cette année passée à vos côtés dans votre service que vous seule pouvez gérer d'une main de maître. La compassion dont vous faites preuve à l'égard de vos patients est exemplaire. Vos nombreux staff de biomatériaux et la confiance que vous accordez aux stagiaires, contribuent grandement à un gain d'autonomie progressif dans la prise de décision thérapeutique chez le patient poly pathologique. Je pense sincèrement que le passage dans votre service est une étape indispensable pour débiter sereinement notre activité professionnelle.

Asseseurs :

Docteur Catherine Jean-hugues

Cher Docteur,

Merci pour la transmission de votre savoir durant mes études et pour le temps que vous m'accordez pour la soutenance. L'humilité dont vous faites part à l'égard des étudiants est agréable et rare.

Docteur Campana Fabrice

Cher Docteur,

Vous m'avez suivi tout au long de mon cursus universitaire. Lorsque qu'il fut temps pour moi de rédiger ma thèse, je ne savais pas quel sujet choisir mais ce dont j'étais sûr, c'était de vouloir travailler avec vous.

Vous êtes passionnés, et votre passion se communique dans votre enseignement.

La formation que vous m'avez dispensé tout au long des années, votre disponibilité ainsi que votre bienveillance ont contribué à enrichir mes connaissances dans le domaine de la dermatologie buccale.

Merci pour le temps que vous m'avez consacré afin de m'aider grandement dans la rédaction de cette thèse.

Votre rigueur et votre méthodologie me serviront tout au long de ma vie professionnelle.

Docteur Castro Romain :

Cher Docteur,

Merci pour vos conseils et vos recommandations durant vos gardes aux urgences.

Invité :

Docteur Elbez Roland :

Cher Maître de stage,

Merci d'avoir complété ma formation universitaire.

J'ai pu appliquer à vos côtés les bases théoriques apprises durant mon cursus mais également certains principes tacites, évidents pour un praticien expérimenté, mais insoupçonnés pour un praticien en devenir. Merci d'avoir pris le temps de partager votre expérience acquise tout au long de votre exercice professionnel. Je ne sais pas si l'élève dépassera le maître mais vous m'avez permis de grandir, et une chose est sûre : « *Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.* » Hippocrate.

Sommaire :

I. Liste des abréviations	1
II. Introduction	2
A. État des connaissances	2
B. Inconnues	3
C. Questions de recherche	3
D. Intérêts cliniques	3
E. Objectif	3
III. Méthode	4
A. Stratégie de recherche	4
B. Sélection des articles	5
C. Extraction des données	5
IV. Résultat	5
A. Résultat de la recherche bibliographique	5
B. Caractéristiques clinique et histologique	7
1. Le psoriasis oral.....	7
2. La langue géographique.....	8
3. La langue plicaturée.....	9
C. Association PSO, LG et LP	11
D. Épidémiologie	11
E. Étiopathogénie	13
1. Étiopathogénie du psoriasis oral.....	13
2. Étiopathogénie de la LG	13
3. Étiopathogénie de la LP.....	14
F. Comorbidités	15
G. Traitement	16
V. Discussion	17
VI. Conclusion	19

I. Liste des abréviations

BMS	Burning Mouth Syndrom
CMH	Complexe Majeur d’Histocompatibilité
EGF	Epidermal growth factor
HLA	Human Leukocyte Antigène
IL	Interleukine
Ig	Immunoglobuline
LCE	Late cornified envelope proteins
LG	Langue géographique
LP	Langue plicaturée, fissurée
LT	Lymphocyte T
LB	Lymphocyte B
MRS	Melkerson Rosenthal syndrome
PSO	Psoriasis
PNM	Polynuclear Neutrophil
TNF	Tumor necrosis Factor
VEGF	Vascular Endothelial Growth Factor

II. Introduction

A. État des connaissances

Le psoriasis est une maladie cutanée inflammatoire affectant environ 3% de la population mondiale et entre 2 à 7% de la population européenne, selon l'INSERM.

Elle peut être définie comme une maladie inflammatoire de la peau due à un renouvellement accéléré des cellules de l'épiderme. Il n'existe pas de consensus concernant la pathogénie. Le processus semble initié dans le derme par une réaction immunitaire faisant intervenir les lymphocytes T CD4+ produisant des cytokines pro-inflammatoires et stimulant la prolifération des kératinocytes. Le renouvellement cellulaire passe de trois semaines à trois jours.

Il en résulte une accumulation des kératinocytes immatures à la surface de la peau, augmentant ainsi l'épaisseur de la couche cornée. On parle alors d'hyperkératose. Ce processus semble lié à des prédispositions génétiques et être favorisé par des facteurs environnementaux tels que les traumatismes, les infections ou encore le stress.

La forme la plus commune du psoriasis est le psoriasis en plaques qui associe des plaques rouges avec des pellicules blanches squameuses (correspondant aux kératinocytes morts), bien limitées, de tailles variables, pouvant faire suite à une infection ou non. Lorsque l'inflammation induit un afflux de leucocytes de type polynucléaires neutrophiles et la formation de pustules, on parle alors de psoriasis pustuleux. Toutes les régions du corps, y compris les muqueuses, peuvent en être atteintes. Les lésions prédominent généralement au niveau des zones de frottements, des plis ainsi que sur le cuir chevelu.

L'évolution de la maladie se fait par poussées d'intensité et de période de rémission variables, allant de forme modérée à sévère pour 20% des cas. Les traitements actuels ont pour but de limiter l'inflammation de manière symptomatologique. L'objectif des traitements à long terme serait de réinduire une tolérance immunitaire vis à vis des auto-antigènes.



Figure 1 : Photographie d'un psoriasis vulgaire (collection du Dr. Campana)

B. Inconnues

Le lien entre le psoriasis, la langue géographique (LG) et la langue plicaturée (LP) porte toujours à controverse dans la littérature. Les atteintes orales du psoriasis sont très peu décrites et leur prise en charge est méconnue.

C. Questions de recherche

L'objectif de cette thèse est de mettre en avant les connaissances actuelles du psoriasis oral, son lien avec la LG et la LP ainsi que leurs prises en charge.

D. Intérêts cliniques

La plupart des malades atteints de psoriasis oral ne sont, globalement à ce jour, pas pris en charge. Ce fait découle :

- De la méconnaissance de l'atteinte, y compris chez les spécialistes de la cavité orale,
- De l'absence de pharmacopée adaptée à la cavité orale.

La prise en charge de la LG et de la LP reste donc mal codifiée.

E. Objectif

L'objectif de ce travail fut de faire une revue de littérature sur les manifestations du psoriasis oral, de la langue géographique et la langue plicaturée.

III. Méthode

A. Stratégie de recherche

Une recherche documentaire approfondie a été effectuée en septembre 2018, par l'interrogation de la base de données bibliographiques PubMed. Il s'agissait de répondre à la question de recherche selon les critères PICO (Population, Intervention, Control, Outcome) :

« *Quelles sont les données épidémiologiques, étiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques des patients atteints de psoriasis oral, de la langue géographique et de la langue plicaturée ?* »

Nous avons identifié quatre mots clés, définis comme MESH TERM :

- « glossitis, benign migratory » [MeSH Terms]
- « tongue, fissured » [MeSH Terms]
- « psoriasis » [MeSH Terms]
- « mouth » [MeSH Terms]

A l'aide des opérateurs booléens AND et OR, les équations de recherche ont été ainsi construites :

- (“glossitis, benign migratory” [MeSH Terms]) OR “tongue, fissured” [MeSH Terms])
- “psoriasis” [MeSH Terms] AND “mouth”[MeSH Terms]

Il existe cependant des limites à l'investigation effectuée sur cette base de données automatisée:

1. La période de recherche définie allait du 01/01/1990 au 31/12/2017
2. Seuls les articles rédigés en langues française et anglaise ont été sélectionnés
3. Seuls les essais cliniques, les revues systématiques avec méta-analyses, les séries de cas supérieures à trois cas, les recommandations pour la pratique clinique, les conférences de consensus, les publications institutionnelles et les articles de décision médicale, contenant tous un abstract, ont été analysés.
4. Les lettres à l'auteur ont été exclues
5. Les articles trop généralistes et pas assez spécifiques ont été exclus (Biais : sélection opérateur dépendant)
6. Les articles devaient être accessibles avec les crédits interuniversitaires de l'Université Aix-Marseille (Biais : la sélection dépend de l'abonnement lors de la recherche à « l'instant t »)

B. Sélection des articles

Après exclusion des doublons, les titres et les résumés des articles retrouvés sur les bases de données furent évalués. Si ces derniers étaient jugés pertinents, le texte intégral poursuivait la phase de sélection. Les articles potentiellement éligibles étaient ensuite sujets à l'évaluation du texte intégral.

C. Extraction des données

Une grille d'extraction a été réalisée pour extraire les données permettant de répondre à notre question PICO de départ.

Articles	Méthodologie	Nombre de sujet	Épidémiologie	Caractéristiques clinique et histologique	Association LG, LP et Psoriasis	Éthiopathogénie	Comorbidités	Traitement
Auteurs, Année	Type d'étude		Zone géographique, âge, sexe	Description Type de lésion				

Figure 2 : Critères de la grille d'extraction de données

IV. Résultat

A. Résultat de la recherche bibliographique

La recherche bibliographique a permis de retrouver 67 articles. Le tableau 2 et la figure 3 (flow-chart) résume ce résultat.

Recherche	Nombre de résultats	Application critères 1 et 2	Application critères 3,4,5,6
("glossitis, benign migratory"[MeSH Terms]) OR "tongue, fissured" [MeSH Terms])	538	260	70
"psoriasis"[MeSH Terms] AND "mouth"[MeSH Terms]	135	59	7
Sous total	673	319	77
Total d'articles retenus après élimination des doublons		67	

Tableau 1 : Résultats de la recherche bibliographique

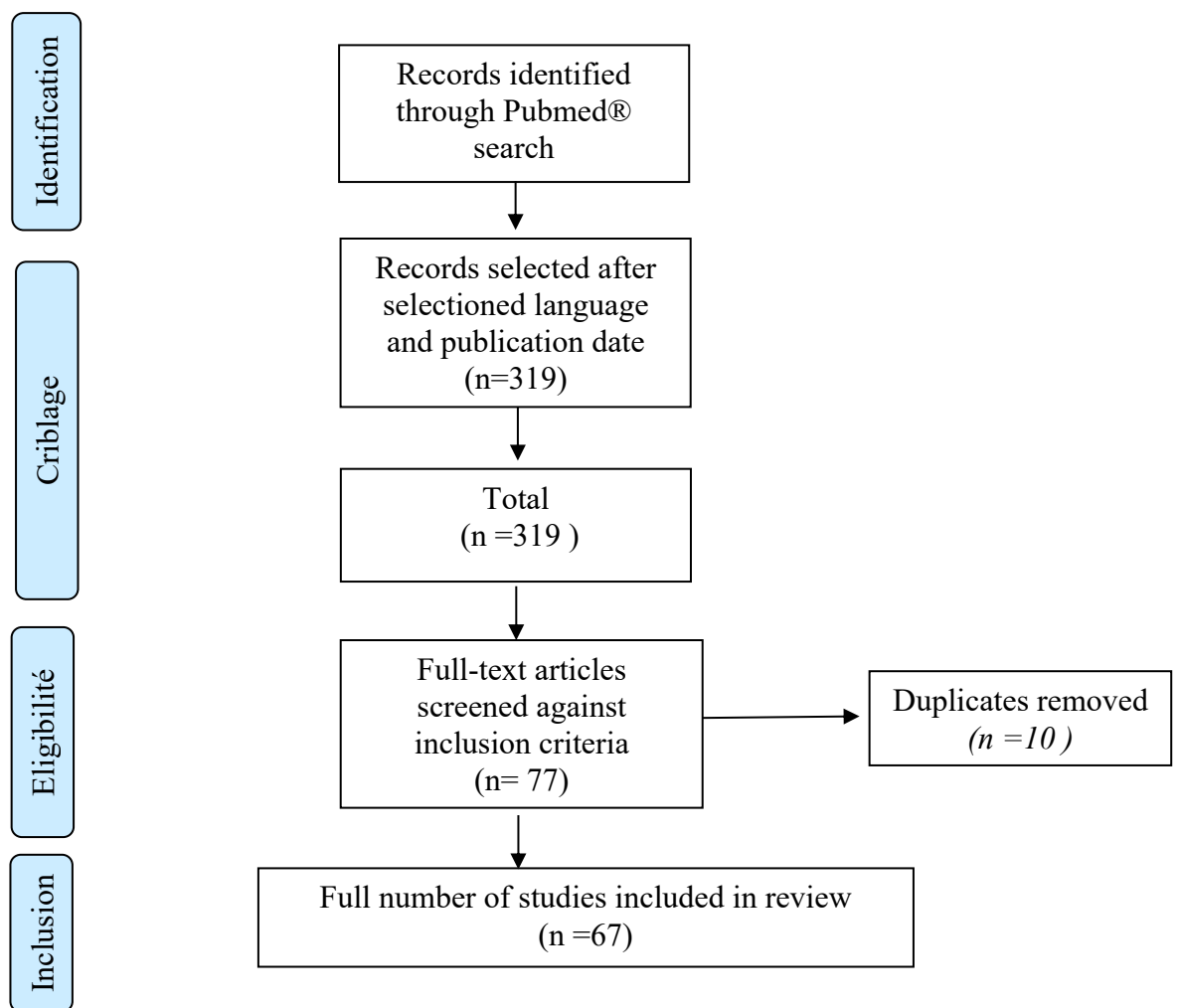


Figure 3 : flow-chart

B. Caractéristiques clinique et histologique

1. Le psoriasis oral

a) Clinique

Le psoriasis oral peut toucher toutes les zones muqueuses de la cavité orale ¹. L'atteinte labiale est habituellement associée avec une atteinte cutanée ¹. La lèvre étant partiellement kératinisée, l'aspect labial est assez similaire à celle de la peau, généralement écaillé et s'étendant rarement sur le bord du vermillon. L'aspect est proche de celui des chéilites angulaires. Au niveau jugal, l'aspect est annulaire, serpiginé, en plaque (blanche ou érythémateuse) ou en papules polycycliques. L'aspect est similaire à celui de la stomatite géographique. La fréquence varie de 0 à 19% chez les patients atteints de psoriasis. Les lésions palatines peuvent être blanches, rouges, serpiginées et/ou concentriques. La localisation gingivale est rare, sans description précise dans les articles sélectionnés. Elle a un aspect érythémateux de la gencive avec une présence de plaques réticulaires blanches étendues ou délimitées.

L'atteinte de la langue peut être divisée en deux catégories :

- Lésion muqueuse avec la même histologie que le psoriasis cutané. Cette dernière serait rare et sous diagnostiquée car asymptomatique. L'aspect est une plaque circonscrite grise ou jaune qui peut être isolée sans atteinte cutanée associée.
- Lésion muqueuse avec une histologie non caractéristique. Cela serait le cas de l'érythème diffus, mais aussi de lésions comme la langue plicaturée et la langue géographique.

b) Histologique

Les caractères histologiques du psoriasis oral sont similaires à ceux du psoriasis cutané ². Les principales modifications concernent l'élongation des crêtes épithéliales avec un épaississement de leurs bases, un œdème des papilles et l'amincissement relatif du corps muqueux de Malpighi. Dans une lésion débutante, on observe des pustules spongiformes dans l'épithélium.

Plus tard, il se produit une dilatation des vaisseaux ainsi que l'infiltration du chorion et des papilles par des cellules inflammatoires, en particulier des polynucléaires neutrophiles formant des micro-abcès intraépithéliaux dits de « Munro-Sabouraud ».

2. La langue géographique

a) Clinique

La LG est une lésion bénigne, d'étiologie inconnue, dont la localisation principale est la face dorsale ainsi que les bords de la langue au niveau de ses 2/3 antérieurs. L'atteinte des autres muqueuses est possible, avec une atteinte de la face ventrale de la langue, des lèvres, des joues, du plancher ou du palais. On parle alors de stomatite géographique³.

La lésion élémentaire est une macule érythémateuse entourée d'un liseré kératosique serpigineux blanc-jaune⁴. La macule présente une perte des papilles filiformes⁵. Les lésions peuvent varier en taille, en forme et en nombre³. Ces lésions évoquent une carte de géographie, d'où son nom de *langue géographique*³.

On rapporte un phénomène de migration des lésions d'une localisation à une autre, parfois en quelques heures⁶, lui valant aussi l'appellation de *glossite bénigne migratoire*.

La LG est généralement asymptomatique, mais elle est parfois douloureuse avec une sensibilité à la cigarette, aux fruits et à la nourriture épicée^{3,7}. Il n'existe cependant pas de perte des goûts amer, acide, sucré et salé⁸.



Figure 4 : Photographie d'une LG (collection du Dr. Campana)

b) Histologique

Au niveau histologique, il existe une irrégularité des cellules épithéliales et une augmentation de l'épaisseur du tissu conjonctif⁹. On observe une infiltration de lymphocytes T, particulièrement CD4+, de macrophages et de monocytes au niveau de la zone atrophique de la lésion qui est également retrouvée dans le psoriasis oral^{10,11}. Il existe une infiltration de polynucléaires neutrophiles dans l'épithélium avec une présence de micro-abcès. Les cellules de Langerhans sont dirigées contre HLA-DR¹². Les Ig E peuvent aussi être activés par ces cellules et provoquer une réaction allergique et inflammatoire. Les cellules présentatrices des

antigènes et les cellules épithéliales peuvent exprimer les CMH II en faveur d'un antigène encore inconnu. Il n'y a apparemment pas d'atteinte nerveuse périphérique ou musculaire permettant d'expliquer la symptomatologie douloureuse^{9,12}. On constate une morphologie normale de la cellule en dehors d'une augmentation du ratio noyau/cytoplasme¹³.

3. La langue plicaturée

a) Clinique

La LP est une lésion bénigne du dos et des bords de la langue au niveau des 2/3 antérieurs en muqueuse kératinisée, zone d'origine ectodermique, contrairement à la zone postérieure et au sulcus terminal de la langue, d'origine endodermique. La face ventrale et les autres zones de la muqueuse sont rarement atteintes.

Il existe d'autres nominations pour la LP comme la langue fissurée, la lingua fissurata ou la langue scrotale⁵. L'aspect est cérébriforme et caractérisé par des rainures et des fissures de profondeurs variables, pouvant atteindre 6mm¹⁴.

Classiquement, le point de départ des rainures se trouve sur le sillon médian de la langue. Plus cette fissure centrale sagittale est profonde, plus on observe des extensions transversales irradiantes à partir de celle-ci. Ces ramifications peuvent être connectées entre elles, donnant un aspect lobulé.

La LP est le plus souvent asymptomatique, mais elle peut être douloureuse¹⁴. Ces douleurs seraient provoquées par la réaction inflammatoire induite par l'emprisonnement de débris alimentaires et de bactéries¹⁵. Les candidoses orales sont plus fréquentes lors de la LP et particulièrement en cas d'hygiène insuffisante¹⁶.

L'association d'une LP avec une paralysie faciale et un œdème oro-facial forme le syndrome de Melkerson-Rosenthal (SMR)^{14,17,18}. Les trois symptômes sont retrouvés synchrones que dans 8 à 18% des cas. La manifestation dominante est l'œdème oro-facial, principalement localisé aux lèvres (macro-chéilite de Miescher). Il a été décrit comme aigu, chronique et récidivant, diffus et indolore. Sa présence, associée à l'un des deux autres critères, est suffisante pour orienter le diagnostic. La confirmation est histologique avec la présence caractéristique d'un granulome épithélioïde géantocellulaire sans nécrose caséeuse. Environ 17% des patients atteints de granulomatose oro-faciale ont une LP¹⁹.



Figure 5 : Photographie d'une LP (collection du Dr. Campana)

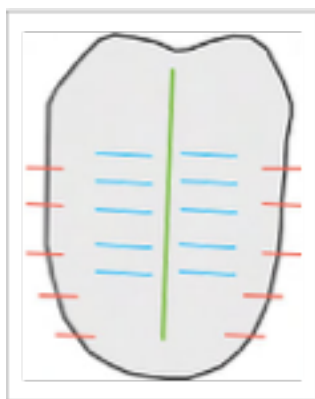


Figure 6 : Représentation schématique de la localisation des fissures : milieu en vert, côté bleu, périphérie rouge. Base de la classification en grade ¹⁴

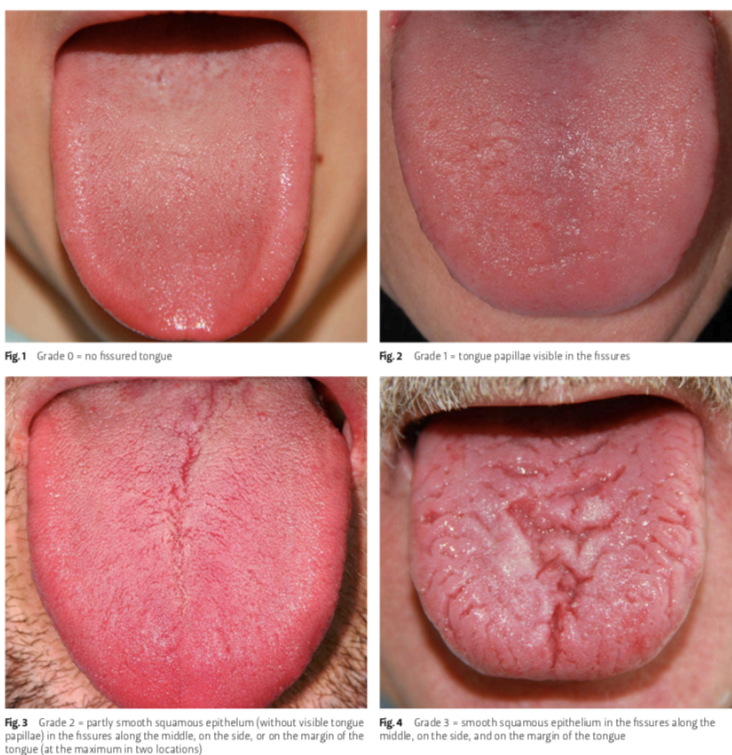


Figure 7 : illustration des différents grades de LP ¹⁴

Grade 0 = pas de LP, Grade 1 = les papilles de la langue sont visibles dans les fissures, Grade 2 = présence des fissures dans deux localisations maximum (milieu, côté ou périphérie) sans papille visible dans les fissures, Grade 3 = présence des fissures dans toutes les localisations (milieu, côté et périphérie) sans papille visible dans les fissures.

b) Histologique

On retrouve au niveau histologique une infiltration intra et sous épithéliale de lymphocytes et de PNN^{20,21}. Dans les plicatures profondes, on observe un épaissement de la lamina-propria et un amincissement musculaire²⁰. Les fissures et les papilles œdématisées peuvent être causées par un œdème sous épithélial²⁰ qui entraîne la destruction des tissus de connexion. La couche musculaire supérieure est détruite et laisse les cellules mésenchymateuses y pénétrer. L'œdème entraîne une augmentation de la pression et de l'inflammation entre les cellules.

C. Association PSO, LG et LP

Il y a une association significative entre la LG et le psoriasis cutané^{5,6,12,22}. La probabilité d'avoir une LG lorsque l'on est atteint de PSO varierait de 7,7 à 10%^{1,2}. L'ancienneté du PSO semble influencer ce lien^{5,22}. Plus le psoriasis serait récent, plus la prévalence de la LG serait importante. La LG peut être considérée comme un indicateur de sévérité du psoriasis⁵. Cependant d'autres auteurs pensent qu'il n'y a pas d'association entre la LG et le psoriasis⁷. Toutefois l'association de la LG et du PSO aux marqueurs génétiques HLA Cw6 met en évidence une base génétique commune^{23,24}.

La prévalence de la LP est supérieure chez les patients atteints de psoriasis²². On note que 33,2% des patients psoriasiques sont atteints de LP, dont 83% de psoriasis pustuleux².

La prévalence de la LG est supérieure chez les patients atteints de LP et inversement^{3,25}. Pour Yesudian et *al.*¹, 50% des patients porteurs d'une LG ont une LP. D'autres auteurs pensent qu'il n'existe pas d'association entre LG et LP⁷.

Pour Feil et *al.*¹⁴, les trois manifestations seraient associées. La LG et la LP sont significativement liées aux psoriasis en plaques²². En effet chez le patient atteint de psoriasis, on observe une augmentation significative de la LP et la LG, avec une prédominance pour la LP²².

D. Épidémiologie

Le tableau en annexe recense les zones de publications des articles publiés sur le sujet d'étude. Les lésions de psoriasis oral sont plus fréquemment constatées chez des individus caucasiens et plus rarement en Afrique, en Amérique et en Asie.

La prévalence de la LG semble dépendre de l'ethnie. Les individus mélanodermes ont plus de LG étendue^{12,26}.

Elle dépend aussi de l'âge ²⁷. Chez l'enfant de 0-12 ans, la LG est la lésion orale la plus fréquente ²⁸. Dans l'intervalle 0-17 ans, la LG a été décrite comme la 4^{ème} lésion la plus fréquente après les morsures, l'aphtose et l'herpès labial ²⁹. La prévalence de cette lésion au collège est plus importante qu'au lycée ⁷. La prévalence semble diminuer avec l'âge ^{10,12,25, 30}. La prévalence de la LP est estimée entre 0,2 à 27,9% dans la population générale ³¹. Elle semble supérieure chez les enfants mélanodermes ²⁶. La LP est exceptionnelle chez l'enfant de moins de 4 ans, d'environ 2% chez les enfants de moins de 10 ans, puis sa prévalence augmente avec l'âge ^{14,22,27,32,33}. Chez la personne âgée, elle varie de 3,15% à 66% ³⁴⁻³⁷. C'est la deuxième lésion la plus fréquente après les varices dans cette population ³¹. Au-delà de 65 ans il y a un risque significatif d'avoir une LP³⁸. Cela s'expliquerait par la diminution de la capacité de réparation de l'ADN, la baisse de la réponse immunitaire et le changement de l'environnement oral du fait de l'atrophie tissulaire et de la senescence des glandes salivaires.

Lorsqu'on classe cette lésion en fonction des différents grades cliniques (fig.8), on observe qu'elle évolue dans le temps ¹⁴. Ainsi, l'étendue des fissures augmente avec l'âge et on constate 40% de grade 3 à 90 ans ¹⁴.

Il existe une grande variabilité dans la littérature concernant la prévalence de ces lésions selon le sexe. Certaines publications ne montrent pas de prédilection de sexe pour le psoriasis oral ³⁸, la LG ^{15,30} ou la LP ³⁸. Pour d'autres ^{22,26,39}, la LG et la LP ne dépendraient pas du sexe uniquement de 0 à 16 ans. D'autres auteurs mettent en évidence une légère prédominance masculine ⁷ pour la LG et la LP ^{5,14,27}. Enfin la LP a été décrite avec une prédominance féminine ²⁵.

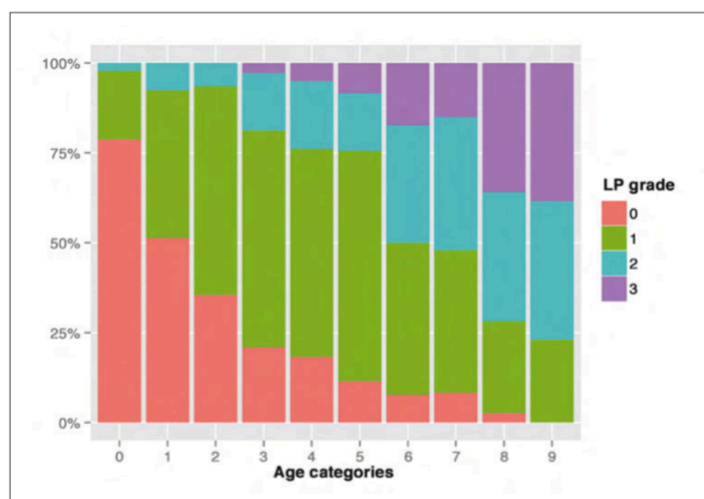


Figure 8 : graphique de représentation des 4 degrés de sévérité de LP en fonction de l'âge ¹⁴.

E. Étiopathogénie

1. Étiopathogénie du psoriasis oral

L'activation des kératinocytes par l'intermédiaire des macrophages et de la sécrétion d'IL-1 déclenche une cascade inflammatoire avec un infiltrat de PNN et de lymphocytes B et T formant des lésions dans la couche épithéliale (Fig. 9) ⁴⁰. Les LT et les kératinocytes s'activent mutuellement. Cette activation bidirectionnelle peut jouer un rôle dans l'aggravation des lésions. L'activation des LT peut indirectement promouvoir l'hyper prolifération des cellules épithéliales par la stimulation de production des facteurs de croissance autocrines comme IL-6 par les kératinocytes (Fig.9).

Environ un tiers des malades atteints de psoriasis ont un membre de la famille atteint ⁴¹. Pour Picciani et *al.* ⁴², l'allèle HLA-B*57 est le seul locus fortement associé au PSO. Toutefois, le psoriasis apparaissant avant l'âge de 30 ans, considéré comme plus sévère, serait associé au HLA Cw6 ⁴³. Une mutation des gènes LCE3B et LCE3C constitue un facteur de risque du psoriasis ⁴⁴.

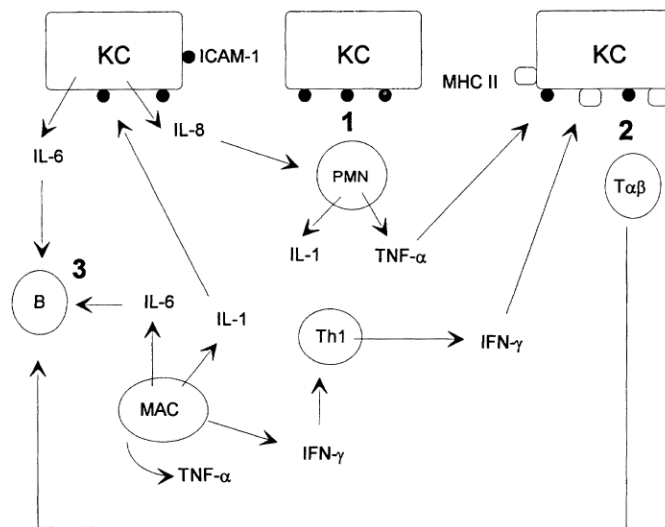


Figure 9 : Cascade inflammatoire déclenchée par les kératinocytes ⁴⁰.

2. Étiopathogénie de la LG

L'hypothèse pathogénique repose sur le rôle de l'augmentation des PNN sur l'initiation d'une réponse immunitaire adaptative grâce à la régulation du HLA-DR par les cellules de Langerhans. Par la suite, l'activation des lymphocyte T et B et l'augmentation de la sécrétion de l'IL-6 ¹³ et d'IL-8, facteurs pro-inflammatoires, provoquent une activation des polynucléaires neutrophiles et des cellules de l'inflammation macrophage, PNM, LB et LT (Fig.9)⁴⁵.

Les facteurs de croissance EGF et VEGF semblent jouer un rôle dans la physiopathologie de la LG. En effet, les traitements anti-cancéreux ciblant le VEGF ont été récemment rapportés inducteurs de LG⁴⁶. Des mutations de IL36RN⁴⁷ et de IL-1b⁴⁸ ont été décrites dans la LG. Ces mutations constituent des arguments en faveur d'une étiologie génétique. L'IL-1b induit l'expression des molécules d'adhésions aux cellules endothéliales facilitant la migration des leucocytes dans le tissu. On constate par ailleurs une expression de HLA-DR au niveau des kératinocytes et dans le conjonctif¹¹. Le HLA-B*58 est associé à la LG⁴².

Pour Jorge et al.⁶, la LG est à 36,6% d'origine génétique et à 63,4% d'origine acquise. La lésion démarre dans l'enfance entre 6 et 12 mois avec un pic de prévalence chez l'enfant de 4 ans et chez l'adulte de 40 ans. L'étiologie est donc multifactorielle et non uniquement génétique²⁵. L'association de la LG et de la cigarette est controversée dans la littérature. La cigarette pourrait être un facteur protecteur^{3,12,15,30}, de risque⁴⁹ ou neutre⁵⁰. Il en est de même pour l'association de la LG et de l'alcool qui est décrit soit comme un facteur de risque⁴⁹, soit comme un facteur neutre⁵⁰.

Selon Darling et al.¹², les allergies ont une influence sur la prévalence de la LG. Toutefois, ils n'ont pas réussi à caractériser les allergènes. La prise de contraceptif oraux⁴⁹ et d'antihypertenseur¹⁵ augmentent la prévalence de LG.

D'autre part, il y a trois fois plus de chance d'avoir une LG lors de la prise de stéroïdes³, du bevacizumab, du sorafenib ou du sunitinib⁴⁶. Les LG, survenant dans ce contexte, apparaissent plus douloureuses que les formes habituelles et sont parfois associées à une dysgueusie. Par ailleurs, cette association non fortuite, suggère un rôle potentiel du VEGF dans les mécanismes physiopathologiques régissant la LG.

Le stress est un facteur déclencheur de la LG⁵¹. Il y a une forte association de LG avec le stress^{5,12,13}. L'utilisation d'un questionnaire auto-évaluation de stress combinée avec la mesure du taux de cortisol salivaire a mis en évidence l'influence de l'anxiété sur l'apparition de LG⁵².

3. Étiopathogénie de la LP

L'association de la LP et de la cigarette est controversée. La cigarette peut être un facteur de risque³ ou neutre⁵⁰. Il n'y a pas d'association entre l'alcool et la LP⁵⁰.

L'augmentation de l'incidence de la LP en fonction de la croissance de l'individu est en faveur d'une étiologie acquise^{14,9}. Mais les patients atteints de maladies congénitales extra orales ou d'allergies ont une prévalence de LP trois fois plus élevée que les patients sains. L'étiologie héréditaire de la LP n'est donc pas à exclure²⁵.

Prothèse amovible dentaire :

On remarque une augmentation de la prévalence de la lésion orale chez les porteurs de prothèse totale comparé aux prothèses partielles³¹. Cela vient du fait que plus on est âgé, plus on a de chance d'avoir une prothèse totale⁵³. L'association serait donc liée à l'âge et non à la prothèse.

Médicaments :

L'association des LP avec les maladies chroniques congénitales en général pour lesquelles l'imputabilité des traitements médicamenteux est évoquée, sans citer de critère^{54,55}.

Le stress est un facteur déclencheur de la LP⁵¹.

L'expression de HLA-DRB1*08, HLA-DRB1*14, HLADRB1*16 et HLA-DRB1*11 constitue un facteur de risque de la LP⁵⁶. A l'inverse la présence de HLA-DRB1*03 et HLADRB1*07 semble être un facteur protecteur.

Il n'y a pas d'association de la LP avec HLA Cw6, contrairement au psoriasis cutané et à la LG^{23,24}.

F. Comorbidités

De nombreuses maladies ont été rapportées de manière isolée associées à la LG ou à la LP.

Pour Cigic et al.⁵⁷, la LG est retrouvée chez 15% des patients atteints de la maladie de cœliaque. L'examen clinique oral pourrait permettre un diagnostic précoce d'une forme atypique et silencieuse de la maladie.

Pour Goregen et al.²¹, la LG a été décrite associée avec la dermatite atopique⁵, la bronchite⁵, une anémie⁵, les traitements au lithium⁵, le syndrome de Reiter⁵, une dyslipidémie²², une HTA²², des changements hormonaux^{5,12} ou des pathologies dentaires¹³.

La prévalence de LG chez les patients atteints du VIH est de 7%. Cependant, là aussi il n'y a pas d'association significative⁵⁸.

Concernant la LP, elle est retrouvée chez 35% des greffés rénaux⁵⁹. Elle a été décrite, au cours d'un traitement oncologique¹⁴, en lien avec l'infection par le virus T-lymphotropique humain de type 1 (HTLV-1)⁶⁰, associée à la sarcoïdose¹⁴.

Enfin, la LG et la LP seraient plus fréquentes chez les diabétiques^{27,33} en particulier insulino dépendant. La LP et la LG ont été associées au BMS et à la douleur idiopathique^{14,16}. La LG peut donc être un facteur prédictif du BMS⁶¹. La prévalence de LG est de 4%²⁸ (association non significative)⁵ et la LP de 28 à 53%^{28,62} chez les patients atteints du syndrome de Down. La LG et la LP seraient associées aux allergies sans précision^{21,26}.

G. Traitement

La prise en charge consiste à informer du caractère bénin et récurrent des lésions ^{10,14,15}. Il est primordial de rassurer le patient, qui a tendance à devenir anxieux et développer une cancérophobie. En l'absence de symptomatologie, aucun traitement n'est requis ⁴.

Pour le psoriasis oral, lorsqu'il existe une symptomatologie, l'utilisation topique d'acétaminophène, des stéroïdes, des antihistaminiques, des anxiolytiques ou des bains de bouche avec des anesthésiques locaux a été rapportée ¹⁰. Le traitement le plus fréquemment utilisé est l'injection directe de corticostéroïde, comme le triamcinolone acetonide dilué à une solution anesthésique ⁶³.

Concernant la LG, l'utilisation topique de bain de bouche avec anesthésiant, de la benzydamine, d'antihistaminiques (diphenhydramine) ou des corticostéroïdes, comme la betaméthasone, est décrite ⁷. Dans les cas persistants, l'usage topique de tacrolimus ou systémique de cyclosporine a été décrit ¹². La modulation de IL1-b pourrait être une cible thérapeutique pour la LG ⁴⁸.

Dans la LP, il faut maintenir une hygiène linguale, afin d'éviter une infection, en particulier candidosique, dans les plis ¹⁴. En cas d'infection, l'utilisation d'antibiotiques ou de substances fongicides ^{25,64} a été rapportée.

V. Discussion

L'objectif de ce travail fut de faire une revue de la littérature sur le psoriasis oral et les liens potentiels avec la langue géographique et la langue plicaturée. Notre recherche bibliographique a retrouvé 67 articles qui permettent d'apporter certains éléments.

Malgré l'aspect clinique différent des lésions de psoriasis oral, de langue géographique et de langue plicaturée, on retrouve une certaine évidence d'un lien potentiel entre ces trois lésions.

Tout d'abord sur le plan clinique, plusieurs publications ^{1,3,5,6,12,14,22-25} retrouvent une association entre PSO et LG, entre PSO et LP, entre LG et LP ou entre les trois. Seule une publication ne retrouve pas de lien ⁷. Certains auteurs affirment ainsi qu'un examen oral de routine devrait être réalisé chez les patients atteints de psoriasis ^{43,67} et inversement, chez les patients atteints de lésions orales un psoriasis cutané devrait être recherché ⁴². La LG a été décrite comme un marqueur de sévérité du psoriasis et la LP comme une conséquence de la LG ⁶⁵.

Ensuite, le lien est histologique. On retrouve dans les trois situations un infiltrat inflammatoire comprenant des PNN ^{2,10,11,20,21}, formant dans le psoriasis et la LG des micro-abcès similaires. Sur ce point, le fait qu'il ne soit pas habituel de réaliser des biopsies sur les LP et LG, dont le diagnostic clinique est aisé, est probablement un biais entraînant une sous-estimation du lien entre les trois lésions. De même sur le plan immunologique, si un lien avec le HLA Cw6 a été retrouvé dans deux publications pour le psoriasis comme pour la LG ^{23,24}, renforçant la preuve du lien entre ces trois maladies, il est inhabituel en routine clinique de rechercher des marqueurs HLA. L'utilité d'études complémentaires semble claire ^{65,66}.

Puis, sur le plan épidémiologique, la LG diminue avec l'âge et celle de la LP augmente. Ce fait laisse à penser que la LP succède à la LG. Nous n'avons pas retrouvé de donnée permettant de confirmer cette hypothèse.

Nous avons retrouvé par ce travail de nombreuses comorbidités associées au psoriasis, à la LG et à la LP. Toutefois, ces associations sont difficiles à interpréter du fait de la forte prévalence de la LP et de la LG dans la population générale d'une part, et sur le faible niveau de preuve scientifique des publications les rapportant.

Enfin, sur le plan thérapeutique, nous avons aussi trouvé de faibles preuves scientifiques dans la littérature. Si la plupart des auteurs semblent être d'accord sur le fait de ne pas traiter les lésions asymptomatiques ^{10,14,15}, la question du traitement à utiliser dans les cas symptomatologiques reste difficile à trancher à l'issu de ce travail.

VI. Conclusion

Le psoriasis est une maladie cutanéomuqueuse inflammatoire, relativement fréquente, pouvant se manifester selon plusieurs formes et atteindre différentes régions du corps.

L'atteinte cutanée fait l'objet de nombreuses publications contrairement à l'atteinte buccale.

Le lien entre le psoriasis, la langue géographique ou la langue plicaturée, porte à controverse dans la littérature.

L'objectif de ce travail fut de faire une revue de littérature sur les manifestations orales du psoriasis, de la langue géographique et de la langue plicaturée.

Beaucoup de similitudes cliniques et histologiques ont été décrites entre le psoriasis, la langue géographique et la langue plicaturée, dans les articles sélectionnés. Il semble ainsi que la langue géographique est un marqueur de la sévérité du psoriasis et la langue plicaturée peut être une conséquence de la langue géographique. Mais la langue géographique et la langue plicaturée peuvent être des pathologies indépendantes du psoriasis.

Toutefois, notre travail de thèse ne permet pas de conclure de manière franche sur le lien entre ces pathologies.

Le traitement de ces lésions orales reste uniquement symptomatique et est mal codifié.

Chez les patients atteints de psoriasis, un examen clinique de routine devrait inclure les muqueuses orales et inversement. La prise en charge de ces pathologies gagnerait à être multidisciplinaire avec une collaboration étroite entre spécialistes de la sphère orale et dermatologues.

Compte tenu du faible nombre de publication sur le sujet, il apparaît indispensable que d'autres études voient le jour afin de mieux préciser les liens qui peuvent unir les pathologies buccales et cutanées. De même des essais thérapeutiques permettraient de donner plus d'évidence à la prise en charge.

Annexe :

Tableau 3 : recensement des zones de publications des articles publiés sur le sujet d'étude.

Les études multicentriques ont été ajoutées dans tous les continents de l'étude. La turquie étant à cheval entre l'Europe et l'Asie les villes ont déterminées le continent				
Continent / nombre de publication Pays ayant le plus publié /nombre de publication		Pays	autor ordre alphabétique	Nombres de sujet
Afrique / 10				
Iran/7	1	Jerusalem	(Ulmansky et al., 1995)	6
	2	Jordanie	(Bedair et al., 2012)	100
	3	Iran	(Daneshpazhooh et al., 2007)	100
	4	Iran	(Zargari, 2006)	306
	5	Iran	(Alikhani et al., 2014)	170
	6	Iran	(Mozafari et al., 2012)	237
	7	Iran	(Rabiei et al., 2010)	216
	8	Iran	(Rezaei et al., 2015)	3600
	9	Iran	(Sarvtin et al., 2014)	150
	10	Liban	(Tomb et al., 2010)	1400
Amérique / 22				
Brésil / 14	1	Brésil et Amazonie	(Benevides dos Santos et al., 2004)	587
	2	Brésil	(Gonzaga et al., 1996)	54
	3	Brésil	(Gonzaga et al., 2013)	1292
	4	Brésil	(Gonzaga et al., 2015)	6000
	5	Brésil	(Guimarães et al., 2007)	64
	6	Brésil	(Jorge et al., 2017)	6000
	7	Brésil	(Vieira et al., 2011)	40
	8	Brésil	(Scariot et al., 2017)	175
	9	Brésil	(Picciani et al., 2015)	212
	10	Brésil	(Picciani et al., 2015)	696
	11	Brésil	(Picciani et al., 2016)	63 ARTICLES
	12	Brésil	(Picciani et al., 2017)	96
	13	Brésil	(Martins et al., 2010)	139
	14	Brésil	(Bessa et al., 2004)	10128
	15	Canada	(Ching et al., 2012)	248
	16	Canada + Londres (multicentrique)	(Darling et al., 2017)	18
	17	Pays bas, USA, UK	(Niehues et al., 2016)	NC
	18	USA	(Shulman and Carpenter, 2006)	16833
	19	USA	(Shulman, 2005)	10030
	20	USA	(Guggenheimer et al., 2000)	673
	21	USA	(Fatahzadeh and Schwartz, 2016)	NC
	22	USA	(Dreyer and Brown, 2012)	NC
Europe / 24				
UK / 4	1	Croatie	(Cigic et al., 2016)	120
	2	UK	(Furlanetto et al., 2006)	29
	3	UK	(Yesudian et al., 2012)	NC
	4	Pays bas, USA, UK	(Niehues et al., 2016)	NC
	5	Canada + Londres (multicentrique)	(Darling et al., 2017)	18
	6	Irlande	(McCartan et al., 2011)	119
	7	Norvège	(Espelid et al., 1991)	6
	8	Finlande	(Järvinen et al., 1991)	37
	9	Finlande	(Järvinen et al., 2014)	NC
	10	Suède	(Dafar et al., 2016)	1221
	11	Suède	(Dafar et al., 2017)	72
	12	Pologne	(Dudko et al., 2013)	104
	13	Suisse	(Feil and Filippi, 2016)	1000
	14	Suisse	(Morger et al., 2010)	615
	15	Italie	(Germi et al., 2012)	971
	16	Italie	(Majorana et al., 2010)	10128
	17	Espagne	(Marcoval et al., 2012)	20
	18	Espagne	(Rioboo-Crespo et al., 2005)	NC
	19	Grèce	(Kalifatidis et al., 2010)	194
	20	Grèce	(Triantos, 2005)	316
	21	Allemagne	(Reichart, 2000)	1367
	22	France	(Suchett-Kaye et al., 1998)	NC
	23	France	(Sibaud et al., 2014)	NC
	24	Turquie (istanbul)*	(Mumcu et al., 2005)	765
Asie/13				
Turquie/6	1	Chine	(Feng et al., 2015)	11054
	2	Chine	(Liang et al., 2017)	216
	3	Turquie (Yakutiye/Erzurum)	(Goregen et al., 2010)	80
	4	Turquie (Ankara)	(Güleç and Haberal, 2010)	100
	5	Turquie (Ankara)	(Ozgursoy et al., 2009)	3
	6	Turquie (Yakutiye/Erzurum)	(Miloğlu et al., 2009)	7619
	7	Turquie (istanbul)*	(Mumcu et al., 2005)	765
	8	Turquie (Bolu)	(Parlak et al., 2006)	993
	9	Thaïlande	(Jainkittivong et al., 2002)	500
	10	Thaïlande	(Jainkittivong et al., 2010)	380
	11	Thaïlande	(Khongkunthlan et al., 2001)	45
	12	Malaisie	(Koay et al., 2011)	600
	13	Inde	(Sureshbabu et al., 2011)	95

Tableau 4 : prévalence de la LG et de la LP selon le sexe, l'âge et la comorbidité :

Légende : nc = non communiqué pds= pas de différence significative *selon le stade du psoriasis jeune ou avancé des différences significatives

référence	LG+LP	LG= langue géographique %									LP=Langue plicaturé %												
		pop générale	enfant	adulte	agé	homme	femme	psoriatic	coeliaque	T21	pop générale	enfant	adulte	agé	homme	femme	psoriatic	T21	transplant rénal	VIH	granulomateuse orofaciale	LG	
(Benevides dos Santos et al., 2004)		4,9	7,6	1,6							27,3	13	45,7		+++								
(Bessa et al., 2004)		2,8																					
(Bessa et al., 2004)	LG>LP																						
(Feil and Filippi, 2016)											(10-20)	(0-2)			+++								
(Furlanetto et al., 2006)		(0,2-14,3)																					
(Germi et al., 2012)		5,2						9,1			10,3						22,6						
(Koay et al., 2011)		2,2									13,8												
(Majorana et al., 2010)			9,9									0,38											
(Mumcu et al., 2005)		1									5,2				pds	pds							
(Rabiei et al., 2010)											25,9												
(Reichart, 2000)												3,8	19										
(Rioboo-Crespo et al., 2005)		(0,6-9,8)	++								(0-27,3)					++							
(Shulman, 2005)		1,05																					
(Zargari, 2006)	1,6	5,6						(1,3-7,2)*			8,2												
(Cigic et al., 2016)								15															
(Daneshpazhooh et al., 2007)									4		(1-5)						28						
(Güleç and Haberal, 2010)																		35					
(Jainkittivong et al., 2002)													28										
(Khongkuntlan et al., 2001)									7														
(Marcoval et al., 2012)																			9				
(McCartan et al., 2011)																						17 ds	
(Sureshbabu et al., 2011)																	53						
(Triantos, 2005)													10										
(Assimakopoulos et al., 2002)		(0,28-14,4)	+++																				
(Dafar et al., 2016)								+++							pds	pds							
(Tomb et al., 2010)		1						7,7			9,9						33,2 (30-83)*						
(Yesudian et al., 2012)		(1-5)						10			(2-5)						*						50

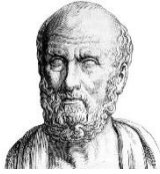
Bibliographie :

1. Yesudian PD, Chalmers RJG, Warren RB, Griffiths CEM. In search of oral psoriasis. *Archives of Dermatological Research*. 2012;304(1):1-5. doi:10.1007/s00403-011-1175-3
2. Tomb R, Hajj H, Nehme E. Manifestations buccales du psoriasis. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2010;137(11):695-702. doi:10.1016/j.annder.2010.08.006
3. Shulman JD, Carpenter WM. Prevalence and risk factors associated with geographic tongue among US adults. *Oral Diseases*. 2006;12(4):381-386. doi:10.1111/j.1601-0825.2005.01208.x
4. Furlanetto DLC, Crighton A, Topping GVA. Differences in methodologies of measuring the prevalence of oral mucosal lesions in children and adolescents. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2006;16(1):31-39. doi:10.1111/j.1365-263X.2006.00674.x
5. Zargari O. The prevalence and significance of fissured tongue and geographical tongue in psoriatic patients. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2006;31(2):192-195. doi:10.1111/j.1365-2230.2005.02028.x
6. Jorge MA, Gonzaga HF de S, Tomimori J, Picciani BLS, Barbosa CA. Prevalence and heritability of psoriasis and benign migratory glossitis in one Brazilian population. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2017;92(6):816-819. doi:10.1590/abd1806-4841.20176389
7. Rezaei F, Safarzadeh M, Mozafari H, Tavakoli P. Prevalence of Geographic tongue and Related Predisposing Factors in 7-18 Year-Old Students in Kermanshah, Iran 2014. *Global Journal of Health Science*. 2015;7(5). doi:10.5539/gjhs.v7n5p91
8. Vieira I, Fernandes Â, Céspedes JMA, Machado MÂN, Brancher JA, Lima AAS de. Taste evaluation in adolescents and pediatric patients with benign migratory glossitis. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2011;75(10):1230-1233. doi:10.1016/j.ijporl.2011.06.020
9. Järvinen J, Kullaa-Mikkonen A, Pesonen E. Histoquantitative study of inflamed tongue mucosa. *Scandinavian Journal of Dental Research*. 1991;99(5):424-430.
10. Assimakopoulos D, Patrikakos G, Fotika C, Elisaf M. Benign migratory glossitis or geographic tongue: an enigmatic oral lesion. *The American Journal of Medicine*. 2002;113(9):751-755. doi:10.1016/S0002-9343(02)01379-7
11. Espelid M, Bang G, Johannessen AC, Leira JI, Christensen O. Geographic stomatitis: report of 6 cases. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 1991;20(9):425-428. doi:10.1111/1600-0714.ep11615869
12. Darling MR, Su N, Masen S, et al. Geographic tongue: assessment of peripheral nerve status, Langerhans cell, and HLA-DR expression. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2017;124(4):371-377.e1. doi:10.1016/j.oooo.2017.05.516
13. Scariot R, Batista TBD, Olandoski M, et al. Host and clinical aspects in patients with benign migratory glossitis. *Archives of Oral Biology*. 2017;73:259-268. doi:10.1016/j.archoralbio.2016.10.027
14. Feil ND, Filippi A. Frequency of fissured tongue (lingua plicata) as a function of age. *Swiss Dent J*. 2016;126(10):886-897.
15. Dafar A, Çevik-Aras H, Robledo-Sierra J, Mattsson U, Jontell M, Çevik-Aras H. Factors associated with geographic tongue and fissured tongue. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2016;74(3):210-216. doi:10.3109/00016357.2015.1087046
16. Dudko A, Kurnatowska AJ, Kurnatowski P. Prevalence of fungi in cases of geographical and fissured tongue. *Ann Parasitol*. 2013;59(3):113-117.
17. Marcoval J, Viñas M, Bordas X, Jucglà A, Servitje O. Orofacial granulomatosis: clinical study of 20 patients. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2012;113(4):e12-e17. doi:10.1016/j.oooo.2011.10.011
18. Ozgursoy OB, Karatayli Ozgursoy S, Tulunay O, Kemal O, Akyol A, Dursun G. Melkersson-Rosenthal syndrome revisited as a misdiagnosed disease. *American Journal of Otolaryngology*. 2009;30(1):33-37. doi:10.1016/j.amjoto.2008.02.004
19. McCartan B, Healy C, McCreary C, Flint S, Rogers S, Toner M. Characteristics of patients with

- orofacial granulomatosis. *Oral Diseases*. 2011;17(7):696-704. doi:10.1111/j.1601-0825.2011.01826.x
20. Järvinen J, Mikkonen JJW, Kullaa AM. Fissured tongue: A sign of tongue edema? *Medical Hypotheses*. 2014;82(6):709-712. doi:10.1016/j.mehy.2014.03.010
21. Goregen M, Melikoglu M, Miloglu O, Erdem T. Predisposition of allergy in patients with benign migratory glossitis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2010;110(4):470-474. doi:10.1016/j.tripleo.2010.04.036
22. Germi L, Giorgi VD, Bergamo F, et al. Psoriasis and oral lesions: Multicentric study of oral mucosa diseases Italian group (GIPMO). *Dermatology Online Journal*. 2012;18(1). <https://escholarship.org/uc/item/4610f41r>. Accessed October 7, 2018.
23. Gonzaga HFS, Torres EA, Alchorne MMA, Gerbase-Delima M. Both psoriasis and benign migratory glossitis are associated with HLA-Cw6. *British Journal of Dermatology*. 1996;135(3):368-370. doi:10.1046/j.1365-2133.1996.d01-1006.x
24. Gonzaga HFS, Marcos EVC, Santana FCS, Jorge MA, Tomimori J. HLA alleles in Brazilian patients with fissured tongue. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2013;27(2):e166-e170. doi:10.1111/j.1468-3083.2012.04537.x
25. Rioboo-Crespo M del R, Planells-del Pozo P, Rioboo-García R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005;10(5):376-387.
26. Bessa C f. n., Santos P j. b., Aguiar M c. f., do Carmo MA v. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2004;33(1):17-22. doi:10.1111/j.1600-0714.2004.00200.x
27. Koay CL, Lim JA, Siar CH. The prevalence of tongue lesions in Malaysian dental outpatients from the Klang Valley area. *Oral Diseases*. 2011;17(2):210-216. doi:10.1111/j.1601-0825.2010.01724.x
28. Daneshpazhooh M, Nazemi TM-J, Bigdeloo L, Yoosefi M. Mucocutaneous Findings in 100 Children with Down Syndrome. *Pediatric Dermatology*. 2007;24(3):317-320. doi:10.1111/j.1525-1470.2007.00412.x
29. Shulman JD. Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2005;15(2):89-97. doi:10.1111/j.1365-263X.2005.00632.x
30. Miloğlu Ö, Göregen M, Akgül HM, Acemoğlu H. The prevalence and risk factors associated with benign migratory glossitis lesions in 7619 Turkish dental outpatients. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2009;107(2):e29-e33. doi:10.1016/j.tripleo.2008.10.015
31. Jankittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Diseases*. 2002;8(4):218-223. doi:10.1034/j.1601-0825.2002.01789.x
32. Reichart PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*. 2000;28(5):390.
33. Guggenheimer J, Moore PA, Rossie K, et al. Insulin-dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies: I. Prevalence and characteristics of non-candidal lesions. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2000;89(5):563-569. doi:10.1067/moe.2000.104476
34. Triantos D. Intra-oral findings and general health conditions among institutionalized and non-institutionalized elderly in Greece. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2005;34(10):577-582. doi:10.1111/j.1600-0714.2005.00356.x
35. Feng J, Zhou Z, Shen X, et al. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions: a cross-sectional study in Shanghai, China. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2015;44(7):490-494. doi:10.1111/jop.12264
36. Mozafari PM, Dalirsani Z, Delavarian Z, et al. Prevalence of oral mucosal lesions in institutionalized elderly people in Mashhad, Northeast Iran. *Gerodontology*. 2012;29(2):e930-e934. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00588.x
37. Rabiei M, Kasemnezhad E, Masoudi rad H, Shakiba M, Pourkay H. Prevalence of oral and dental disorders in institutionalised elderly people in Rasht, Iran. *Gerodontology*. 2010;27(3):174-177. doi:10.1111/j.1741-2358.2009.00313.x
38. Mumcu G, Cimilli H, Sur H, Hayran O, Atalay T. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. *Oral Diseases*. 2005;11(2):81-87. doi:10.1111/j.1601-0825.2004.01062.x
39. Parlak AH, Koybasi S, Yavuz T, et al. Prevalence of oral lesions in 13- to 16-year-old students in Duzce, Turkey. *Oral Diseases*. 2006;12(6):553-558. doi:10.1111/j.1601-0825.2006.01235.x

40. Suchett-Kaye G, Morrier J-J, Barsotti O. Interactions Between Non-Immune Host Cells and the Immune System During Periodontal Disease: Role of the Gingival Keratinocyte. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*. 1998;9(3):292-305.
41. Dreyer LN, Brown GC. Oral Manifestations of Psoriasis. *New York State Dental Journal*. 2012;78(3):14-18.
42. Picciani BLS, Carneiro S, Sampaio ALB, et al. A possible relationship of human leucocyte antigens with psoriasis vulgaris and geographic tongue. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2015;29(5):865-874. doi:10.1111/jdv.12691
43. Picciani BLS, Souza TT, Santos V de CB, et al. Geographic Tongue and Fissured Tongue in 348 Patients with Psoriasis: Correlation with Disease Severity. *The Scientific World Journal*. doi:10.1155/2015/564326
44. Niehues H, Vlijmen-Willems IMJJ van, Bergboer JGM, et al. Late cornified envelope (LCE) proteins: distinct expression patterns of LCE2 and LCE3 members suggest nonredundant roles in human epidermis and other epithelia. *British Journal of Dermatology*. 2016;174(4):795-802. doi:10.1111/bjd.14284
45. Dafar A, Bankvall M, Garsjö V, Jontell M, Çevik - Aras H. Salivary levels of interleukin-8 and growth factors are modulated in patients with geographic tongue. *Oral Diseases*. 2017;23(6):757-762. doi:10.1111/odi.12654
46. Sibaud V, Boralevi F, Vigarios E, Fricain J-C. Toxicité endobuccale des thérapies ciblées anticancéreuses. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2014;141(5):354-363. doi:10.1016/j.annder.2014.03.009
47. Liang J, Huang P, Li H, et al. Mutations in IL36RN are associated with geographic tongue. *Human Genetics*. 2017;136(2):241-252. doi:10.1007/s00439-016-1750-y
48. Guimarães ALS, Correia-Silva J de F, Diniz MG, Xavier GM, Horta MCR, Gomez RS. Investigation of functional gene polymorphisms: IL-1B, IL-6 and TNFA in benign migratory glossitis in Brazilian individuals. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2007;36(9):533-537. doi:10.1111/j.1600-0714.2007.00559.x
49. Benevides dos Santos PJ, Bessa CFN, Ferreira de Aguiar MC, Vieira do Carmo MA. Cross-sectional study of oral mucosal conditions among a central Amazonian Indian community, Brazil. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2004;33(1):7-12. doi:10.1111/j.1600-0714.2004.00003.x
50. Morger R, Ramseier CA, Rees TD, Bürgin WB, Bornstein MM. Oral Mucosal Findings Related to Tobacco Use and Alcohol Consumption: A Study on Swiss Army Recruits Involving Self-Reported and Clinical Data. *Oral Health & Preventive Dentistry*. 2010;8(2):143-151.
51. Gonzaga HFS, Chaves MD, Gonzaga LHS, et al. Environmental factors in benign migratory glossitis and psoriasis: Retrospective study of the association of emotional stress and alcohol and tobacco consumption with benign migratory glossitis and cutaneous psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2015;29(3):533-536. doi:10.1111/jdv.12616
52. Alikhani M, Khalighinejad N, Ghalaiani P, Khaleghi MA, Askari E, Gorsky M. Immunologic and psychologic parameters associated with geographic tongue. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2014;118(1):68-71. doi:10.1016/j.oooo.2014.03.007
53. Jankittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal lesions in denture wearers. *Gerodontology*. 2010;27(1):26-32. doi:10.1111/j.1741-2358.2009.00289.x
54. Majorana A, Bardellini E, Flocchini P, Amadori F, Conti G, Campus G. Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: ten years' experience. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2010;110(1):e13-e18. doi:10.1016/j.tripleo.2010.02.025
55. Bedair AA, Darwazeh AMG, Al-Aboosi MM. Oral Candida colonization and candidiasis in patients with psoriasis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2012;114(5):610-615. doi:10.1016/j.oooo.2012.05.011
56. Kalifatidis A, Albanidou-Farmaki E, Daniilidis M, Markopoulos AK, Karyotis N, Antoniadis DZ. HLA alleles and fissured tongue. *International Journal of Immunogenetics*. 2010;37(6):509-511. doi:10.1111/j.1744-313X.2010.00944.x
57. Cigic L, Galic T, Kero D, et al. The prevalence of celiac disease in patients with geographic tongue. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2016;45(10):791-796. doi:10.1111/jop.12450

58. Khongkunthlan P, Grote M, Isaratanan W, Plyaworawong S, Relchart PA. Oral manifestations in 45 HIV-positive children from Northern Thailand. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2001;30(9):549-552.
59. Güleç AT, Haberal M. Lip and oral mucosal lesions in 100 renal transplant recipients. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2010;62(1):96-101. doi:10.1016/j.jaad.2009.06.022
60. Martins FM, Casseb J, Penalva-de-Oliveira AC, de Paiva MFRM, Watanuki F, Ortega KL. Oral manifestations of human T-cell lymphotropic virus infection in adult patients from Brazil. *Oral Diseases*. 2010;16(2):167-171. doi:10.1111/j.1601-0825.2009.01638.x
61. Ching V, Grushka M, Darling M, Su N. Increased prevalence of geographic tongue in burning mouth complaints: a retrospective study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2012;114(4):444-448. doi:10.1016/j.oooo.2012.04.006
62. Sureshbabu R, Kumari R, Ranugha S, Sathyamoorthy R, Udayashankar C, Oudeacoumar P. Phenotypic and dermatological manifestations in Down Syndrome. *Dermatology Online Journal*. 2011;17(2). <https://escholarship.org/uc/item/8jx5f2v2>. Accessed October 7, 2018.
63. Ulmansky M, Michelle R, Azaz B. *Oral Psoriasis: Report of Six New Cases*. Wiley-Blackwell; 1995:42-45. doi:10.1111/1600-0714.ep11614415
64. Sarvtin MT, Shokohi T, Hajheydari Z, Yazdani J, Hedayati MT. Evaluation of candidal colonization and specific humoral responses against *Candida albicans* in patients with psoriasis. *International Journal of Dermatology*. 2014;53(12):e555-e560. doi:10.1111/ijd.12562
65. Picciani BLS, Domingos TA, Teixeira-Souza T, et al. Geographic tongue and psoriasis: clinical, histopathological, immunohistochemical and genetic correlation - a literature review. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2016;91(4):410-421. doi:10.1590/abd1806-4841.20164288
66. Picciani B, Santos V de C, Teixeira-Souza T, et al. Investigation of the clinical features of geographic tongue: unveiling its relationship with oral psoriasis. *International Journal of Dermatology*. 2017;56(4):421-427. doi:10.1111/ijd.13460
67. Fatahzadeh M, Schwartz RA. Oral Psoriasis: An Overlooked Enigma. *Dermatology*. 2016;232(3):319-325. doi:10.1159/000444850



SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes 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 connaissances pour forcer les consciences.

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.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Weizman Nathan – Le psoriasis oral, revue de littérature

Th. : Chir. dent. : Marseille : Aix –Marseille Université : 2019

Rubrique de classement : Pathologies de la muqueuse buccale

Résumé :

Le psoriasis est une maladie cutanéomuqueuse inflammatoire relativement fréquente pouvant se manifester selon plusieurs formes et atteindre différentes régions du corps. L'atteinte cutanée fait l'objet de nombreuses publications contrairement à l'atteinte buccale. Le lien entre le psoriasis, la langue géographique ou la langue plicaturée, porte à controverse dans la littérature. L'objectif de ce travail est de faire une revue de littérature sur les manifestations orales du psoriasis, de la langue géographique et de la langue plicaturée.

Beaucoup de similitudes cliniques et histologique ont été décrites entre le psoriasis, la langue géographique et la langue plicaturée dans les 67 articles sélectionnés.

Il semble ainsi que la langue géographique soit un marqueur de sévérité du psoriasis et que la langue plicaturée soit une conséquence de la langue géographique. Mais la langue géographique et langue plicaturée peuvent être des pathologies indépendantes du psoriasis.

Si notre travail de thèse apporte des éclairages, elle ne permet pas de conclure sur le lien entre ces pathologies.

Mots clés : glossite bénigne migratoire, langue fissurée, langue plicaturée, langue scrotale, langue géographique, psoriasis oral.

Weizman Nathan – Oral psoriasis, - a literature review

Abstract:

Psoriasis is a relatively common inflammatory skin disease that can manifest in several forms and reach different parts of the body. Cutaneous involvement is well documented in the literature as opposed to the oral involvement. The link between psoriasis, geographic or fissured tongue, is controversial in literature. The objective of this work is to conduct a literature review on oral manifestations of psoriasis, geographic and fissured tongue. Many clinical and histological similarities were described between psoriasis, geographic and fissured tongue in the 67 selected articles.

It seems that the geographic tongue is a marker of the severity of psoriasis and fissured tongue may be a consequence of the geographic tongue. But the geographic tongue and fissured tongue can be pathologies independent of psoriasis.

If our thesis work provides insights, it does not allow to conclude on the link between these pathologies.

MeSH: « glossitis, benign migratory », « tongue, fissured », « psoriasis », « mouth »

Adresse de l'auteur : Bâtiment 3 Le Berry, 3 avenue ile de France 13008
Marseille