



HAL
open science

Étude rétrospective des lésions des muqueuses orales au sein d'un service de consultation spécialisé du CHU de Nice

Juliette Rousset

► **To cite this version:**

Juliette Rousset. Étude rétrospective des lésions des muqueuses orales au sein d'un service de consultation spécialisé du CHU de Nice. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03431439

HAL Id: dumas-03431439

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03431439>

Submitted on 16 Nov 2021

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.

ETUDE RETROSPECTIVE DES LESIONS DES
MUQUEUSES ORALES AU SEIN D'UN
SERVICE DE CONSULTATION SPECIALISE DU
CHU DE NICE

Année 2021

Thèse n°42-57-21-25

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant
la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice
Le 09 Septembre 2021 Par

Madame Juliette ROUSSET

Née le 30 Décembre 1996 à Ajaccio

Pour obtenir le grade de :

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE (Diplôme d'État)

Examineurs :

Madame le Professeur
Madame le Professeur
Madame le Docteur
Madame le Docteur

Laurence LUPI
Marie-France BERTRAND
Hélène RAYBAUD
Christine VOHA

Président du jury
Assesseur
Directeur de thèse
Assesseur

LISTE DES ENSEIGNANTS

FACULTÉ
DE CHIRURGIE DENTAIRE
ODONTOLOGIE



Année universitaire 2020/2021

CORPS ENSEIGNANT

56^{ème} section : DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Professeur des Universités : Mme MANIERE-EZVAN Armelle
Professeur des Universités : Mme MULLER-BOLLA Michèle
Maître de Conférences des Universités : Mme JOSEPH Clara
Professeur des Universités Associée : Mme CHARAVET Carole
Maître de Conférences des Universités Associé : Mme OUEISS Arlette
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme AIEM TORT-ALVAREZ Elody
Assistant Hospitalier Universitaire : Mr CAMIA Julien
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme MASUCCI Caterina

Sous-section 02 : PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE

Professeur des Universités : Mme LUPI Laurence
Maître de Conférences des Universités Associé : Mme BORSA Leslie
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme FRENDO Marie
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme MERIGO Elisabetta

57^{ème} section : CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

Sous-section 01 : CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

Professeur des Universités : Mme DRIDI Sophie Myriam
Professeur des Universités : Mme PRÉCHEUR-SABLAYROLLES Isabelle
Maître de Conférences des Universités : Mr BENHAMOU Yordan
Maître de Conférences des Universités : Mr COCHAIS Patrice
Maître de Conférences des Universités : Mme RAYBAUD Hélène
Maître de Conférences des Universités : Mme VINCENT-BUGNAS Séverine
Maître de Conférences des Universités : Mme VOHA Christine
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme NAMAN Eve
Assistant Hospitalier Universitaire : Mr CHARBIT Mathieu
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme FISTES Elene-Maria

58^{ème} section : REHABILITATION ORALE

Sous-section 01 : DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Professeur des Universités : Mme BERTRAND Marie-France
Professeur des Universités : Mr BOLLA Marc
Professeur des Universités : Mme BRULAT-BOUCHARD Nathalie
Professeur des Universités : Mme LASSAUZAY Claire
Professeur des Universités : Mr MEDIONI Etienne
Professeur des Universités Émérite : Mr ROCCA Jean-Paul
Maître de Conférences des Universités : Mr ALLARD Yves
Maître de Conférences des Universités : Mr CEINOS Romain
Maître de Conférences des Universités : Mme EHRMANN Elodie
Maître de Conférences des Universités : Mr LAPLANCHE Olivier
Maître de Conférences des Universités : Mr LEFORESTIER Eric
Maître de Conférences des Universités : Mme POUYSSEGUR-ROUGIER Valérie
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme ABID Sarah
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme BECQUART Mathilde
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme DEMARTY Laure
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme AZAN Cindy
Assistant Hospitalier Universitaire : Mme GROSSI Vanina
Assistant Hospitalier Universitaire : Mr LAMBERT Gary
Assistant Hospitalier Universitaire : Mr LONJON Jean-Baptiste
Assistant Hospitalier Universitaire : Mr PARNOT Maximilien

REMERCIEMENTS

A la présidente, Madame le Professeur Laurence LUPI,

Docteur en chirurgie dentaire

Professeur des universités – Praticien hospitalier

Directrice de l'UFR d'Odontologie de l'Université Nice Sophia Antipolis

Sous-section 56.02 : Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale

Je vous remercie bien sincèrement de m'avoir fait l'honneur de siéger dans ce jury et d'accepter de le présider. Mes vacances en tant que votre aide-opérateur font partie de mes meilleurs souvenirs d'externat. Je n'oublierai jamais votre gentillesse, votre disponibilité, votre bonne humeur, qui ont rendu à la fois les cours et les vacances d'hôpital dynamiques et joyeux ! J'espère avoir de nouveau l'occasion de travailler à vos côtés au cours de ma carrière.

A Madame le Professeur Marie-France BERTRAND,

Docteur en chirurgie dentaire

Professeur des universités – Praticien hospitalier

Sous-section 58.01 : Dentisterie restauratrice, Endodontie, Prothèses, Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux

Je vous remercie énormément pour le temps que vous avez consacré à me rassurer et me soutenir lorsque j'en avais besoin ; ces mails échangés m'ont été d'un réconfort inestimable. Je suis ainsi honorée que vous ayez accepté de siéger dans ce jury de thèse.

A Madame le Docteur Hélène RAYBAUD,

Docteur en chirurgie dentaire

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section 57.01 : Chirurgie orale, Parodontologie, Biologie orale

Je vous suis infiniment reconnaissante d'avoir accepté de diriger cette thèse longue et ardue. Depuis les premiers cours d'anatomopathologie auxquels j'ai assisté, j'ai développé une passion pour la dermatologie buccale qui n'a fait que s'accroître au fil des années. La participation aux vacances hospitalières à vos côtés a été un vrai plaisir : j'ai ainsi beaucoup appris à travers les nombreux cas rencontrés. J'espère sincèrement avoir l'opportunité de travailler à vos côtés par la suite.

A Madame le Docteur Christine VOHA,

Docteur en chirurgie dentaire

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section 57.01 : Chirurgie orale, Parodontologie, Biologie orale

Je vous remercie de me faire l'honneur de siéger dans ce jury de thèse, et plus généralement, je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté au cours de mon cursus, aussi bien lors des cours magistraux qu'à l'hôpital. Les vacances à vos côtés ont toujours été agréables grâce à votre douceur, votre gentillesse et votre désir de transmission. J'espère avoir l'occasion de travailler à vos côtés.

TABLE DES MATIERES

I)	INTRODUCTION.....	7
II)	MATERIEL ET METHODES.....	8
III)	RESULTATS.....	12
1)	Généralités.....	12
A)	Répartition par sexe.....	12
B)	Âge de l'échantillon.....	12
C)	Type de consultation.....	13
D)	Catégories cliniques.....	14
E)	Répartition des catégories cliniques par tranche d'âge.....	17
F)	Répartition des catégories cliniques par sexe.....	18
G)	Distribution anatomique.....	19
2)	Les nodules.....	21
A)	Type de nodules biopsiés.....	21
B)	Répartition des nodules biopsiés en fonction du sexe.....	23
C)	Répartition des nodules biopsiés en fonction de l'âge.....	24
D)	Les 4 nodules les plus fréquemment biopsiés.....	25
IV)	DISCUSSION.....	32
A)	Généralités.....	32
B)	Les différentes catégories cliniques.....	32
C)	Les nodules.....	36
D)	Localisation.....	37
E)	Limites de l'étude.....	37
	CONCLUSION.....	39
	BIBLIOGRAPHIE.....	40

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : répartition des patients par sexe (page 12)

Figure 2 : répartition des différentes catégories de consultation (page 13)

Figure 3 : répartition des catégories ayant fait l'objet de biopsies / cytologies et des catégories non biopsiées (page 15)

Figure 4 : pourcentage des catégories cliniques en fonction de l'échantillon global (page 16)

Figure 5 : répartition des catégories cliniques par tranche d'âge (page 17)

Figure 6 : répartition des catégories cliniques en fonction du sexe (page 18)

Figure 7 : pourcentage des sites représentés (page 19)

Figure 8 : distribution anatomique des différentes catégories cliniques (page 20)

Figure 9 : pourcentage des différents types de nodules biopsiés en fonction de l'échantillon global des nodules biopsiés (page 21)

Figure 10 : répartition des 4 nodules les plus biopsiés en fonction du sexe (page 22)

Figure 11 : moyenne d'âge des 4 nodules les plus biopsiés (page 22)

Tableau 1 : tableau récapitulatif des différents types de nodules biopsiés (page 23)

Figure 12 : répartition des nodules biopsiés en fonction du sexe (page 24)

Figure 13 : répartition des nodules biopsiés en fonction de la moyenne d'âge Femmes / Hommes (page 25)

Figure 14 : répartition des épulis biopsiées par site (page 26)

Figure 15 : Epulis fibro-inflammatoire, Homme 55 ans (page 26)

Figure 16 : Epulis pyogène, Homme 35 ans (page 27)

Figure 17 : Epulis fissurée, Femme 83 ans (page 27)

Figure 18 : Epulis à cellules géantes, Homme 49 ans (page 27)

Figure 19 : Epulis fibro-ossifiante, Femme 56 ans (page 27)

Figure 20 : Epulis gravidique, Femme 34 ans (page 28)

Figure 21 : répartition des diapneusies biopsiées par site (page 28)

Figure 22 : Diapneusie, Femme 54 ans (page 29)

Figure 23 : répartition des papillomes biopsiés par site (page 29)

Figure 24 : Papillome, 54 ans (page 30)

Figure 25 : Mucocèle par extravasation, Femme 21 ans (page 30)

Figure 26 : Mucocèle par rétention, Femme 58 ans (page 30)

Figure 27 : pourcentage des deux types de mucocèles (page 31)

Figure 28 : répartition des mucocèles biopsiés par site (page 31)

I) INTRODUCTION

La cavité buccale peut être le siège de nombreuses lésions bénignes ou malignes. La prévalence des lésions buccales est relativement peu connue, celle-ci variant de 5 à 65% selon les études (1). Un examen systématique des muqueuses orales est indispensable pour le dépistage précoce de lésions pouvant être malignes. Les examens clinique et radiographique peuvent, dans la plupart des cas, uniquement aboutir à une hypothèse diagnostique ; seule une analyse histopathologique (à travers des examens plus aboutis, comme la biopsie ou la cytologie) permet un diagnostic définitif précis.

A travers une étude rétrospective des lésions des muqueuses orales au sein d'une consultation des Maladies de la Bouche*, Unité spécialisée du Service d'odontologie du CHU de Nice, nous aborderons divers objectifs.

Notre objectif principal, de nature épidémiologique, s'oriente vers l'étude de la prévalence et la distribution des lésions des muqueuses orales (biopsiées ou non) ainsi que l'analyse d'autres données essentielles telles que l'âge ou le sexe des patients et ce, sur une période de 20 ans (2001-2020).

Les objectifs secondaires sont les suivants : d'une part, une visée pédagogique, participant à une stratégie de prévention et de dépistage des pathologies de la muqueuse buccale par les professionnels de santé (en fonction des populations touchées, mais aussi de façon générale) ; d'autre part, s'inscrivant dans un axe de santé publique, les données épidémiologiques concernant les pathologies de la muqueuse buccale étant encore rares aujourd'hui en France (2).

Enfin, nous comparerons et discuterons les résultats de notre étude avec ceux obtenus dans d'autres études françaises mais aussi internationales.

* La Consultation des maladies de la bouche a été créée en 1977 par le Pr Roger Monteil au sein du Service d'Odontologie du CHU de Nice. C'est une petite structure qui compte seulement 2 praticiens mais qui a toute son existence car la dermatologie buccale prend de plus en plus d'ampleur dans l'exercice quotidien des chirurgiens-dentistes. Sa mission principale concerne le diagnostic et le traitement des maladies de la bouche non dentaires : pathologies des muqueuses et des glandes salivaires, manifestations buccales des maladies dermatologiques (lichen plan, pemphigus, pemphigoïde...), des maladies systémiques, des déficits immunitaires (VIH+, greffés...), des maladies auto-immunes, de la sénescence... La consultation est particulièrement orientée vers le diagnostic des lésions pré-cancéreuses et le dépistage précoce des cancers buccaux.

II) MATERIEL ET METHODES

Notre étude étant une analyse épidémiologique rétrospective menée sur une période de 20 ans, c'est-à-dire entre Janvier 2001 et Décembre 2020, nous avons procédé à l'analyse des dossiers médicaux recueillis pour chaque patient lors de la première consultation au sein de la Consultation des maladies de la bouche dans le Service d'Odontologie du CHU de Nice. Chaque séance comportait également une anamnèse, un examen clinique complet des muqueuses ainsi que la réalisation éventuelle d'exams complémentaires si l'indication était posée. Les comptes-rendus des biopsies effectuées ont été conservés ainsi que les photographies de chaque lésion.

Pour chaque patient inclus dans l'étude, les données suivantes ont été collectées :

- Sexe
- Âge
- Différenciation des premières consultations et des consultations de suivi
- Différenciation des premières biopsies / cytologies et des biopsies / cytologies dans le cadre d'un suivi
- Motif de consultation
- Diagnostic final
- Localisation de la lésion

L'ensemble des données a ensuite été organisé par année puis enregistré au sein du Tableur Microsoft Excel afin d'y être analysé.

Les données se référant aux habitudes nocives (tabagisme et alcoolisme en tête) ont été recueillies mais du fait du manque de données avant 2010, elles ne constituent pas un objectif principal de cette thèse. De même, les référents (urgences dentaires, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes) et l'origine géographique des patients n'ont pas été inclus dans cette étude.

Les patients dont le diagnostic final n'était pas en lien avec la dermatologie buccale ; dont les données étaient incomplètes ou encore dont le prélèvement était sans valeur (biopsie non concluante) ont été exclus de l'étude.

Notre méthode de diagnostic étant basée sur une analyse à la fois anatomo-clinique et anatomo-pathologique, la première étape de notre étude s'est focalisée sur la répartition des lésions diagnostiquées en catégories cliniques et/ou anatomopathologiques.

Concernant les classifications des différentes pathologies de la muqueuse buccale, les données de la littérature en distinguent plusieurs :

- Certaines études, comme celle de Jones en 2006 (3), évoque 12 catégories de lésions / pathologies : pathologies muqueuses ; kystes odontogènes ; pathologies diverses ; pathologies des glandes salivaires ; tumeurs bénignes ; pathologies parodontales ; tumeurs malignes ; pathologies osseuses ; pathologies nerveuses et vasculaires ; kystes non odontogènes ; tissu normal ; tumeurs odontogènes.

- La ICD-DA (International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology) en distingue trois principales (4) :

Lésions non néoplasiques

Lésions potentiellement malignes

Lésions néoplasiques

- Enfin, selon le WHO (c'est-à-dire l'OMS, Organisation Mondiale de la Santé), 10 catégories majeures peuvent être différenciées (5) :

Tissu normal

Lésions infectieuses / inflammatoires

Lésions kystiques

Lésions réactionnelles

Désordres potentiellement malins

Maladies auto-immunes / métaboliques

Anomalies vasculaires

Hamartomes et altérations congénitales

Néoplasmes bénins

Néoplasmes malins

Néanmoins, dans notre étude, afin de clarifier l'analyse des données, nous avons décidé de répartir les lésions buccales en **17 catégories principales**, elles-mêmes divisées en sous-catégories. Nous distinguons ainsi :

- ✚ **La catégorie « NODULES / LÉSIONS SURELEVÉES »** : comprenant toutes les lésions surélevées par rapport à la muqueuse voisine, de consistance liquide ou solide, de petite ou grande taille, visible et palpable (*épulis, fibrome, diapneusie, mucocèle, lésions vasculaires (varices, angiomes), lithiase, hyperplasie gingivale, hypertrophie/hyperplasie des papilles linguales et palatines...*).
- ✚ **La catégorie « LICHEN PLAN »** : maladie inflammatoire chronique, cutanéomuqueuse, pouvant avoir différentes formes cliniques (*lichen plan, lésions lichénoïdes...*).
- ✚ **La catégorie « LÉSIONS BLANCHES »** : c'est-à-dire toutes les lésions plus blanches que la muqueuse normale, pouvant être bénignes ou potentiellement malignes, uniques ou multiples (*kératoses (mécanique, tabagique, idiopathique), nécrose épithéliale superficielle, morsicatio buccarum, leucoedème, ligne d'occlusion...*).

- ✚ **La catégorie « LANGUE »** : regroupant de façon concise toutes les lésions spécifiques de la langue (*langue géographique, langue fissurée, langue villeuse...*).

- ✚ **La catégorie « LESIONS PIGMENTEES / LESIONS ROUGES »** : c'est-à-dire toutes les lésions présentant une coloration différente de celle de la muqueuse normale, d'origine mélanique ou non mélanique, vasculaire ou inflammatoire (*macule mélanique, naevus, tatouage à l'amalgame, tatouage ethnique, pigmentation physiologique, malformations vasculaires, hématome...*).

- ✚ **La catégorie « TUMEURS MALIGNES »** regroupant toutes les lésions dont les cellules sont anormales, irrégulières et prolifèrent de manière anarchique (6) : *carcinome épidermoïde, tumeur des glandes salivaires accessoires, mélanome, lymphome, ostéosarcome...*

- ✚ **La catégorie « DOULEURS »** : assez atypique, car le terme « douleurs » n'est pas un diagnostic clinique au sens strict du terme, mais un motif de consultation très répandu (7), associé à des pathologies émergentes de la muqueuse buccale (*glossodynie / stomatodynie ; brûlures*). Le diagnostic de glossodynie / stomatodynie a été posé seulement après recueil des signes et symptômes cliniques (douleurs s'amplifiant au fil de la journée avec un pic en fin de journée), prise de sang pour éliminer de potentielles carences, élimination d'une autre cause buccale.

- ✚ **La catégorie « GOÛT »** : mettant en évidence l'ensemble des troubles du goût, décrits par le patient et/ou mis en évidence par le praticien (*halitose, dysgueusie, agueusie (perte de goût)*).

- ✚ **La catégorie « SECHERESSE BUCCALE / HYPERSALIVATION »** : se focalisant sur la qualité et la quantité de salive.

- ✚ **La catégorie « APHTOSE »** : l'aphte étant une petite ulcération inflammatoire douloureuse de la muqueuse buccale, à distinguer des autres ulcérations, par son tableau clinique et sa fréquence.

- ✚ **La catégorie « ULCERATION »** : comprenant toutes les pertes de substance plus ou moins profondes de l'épithélium à l'exception des aphtes, ayant de multiples origines possibles et ne représentant bien souvent que l'évolution d'une autre lésion (*ulcérations spécifiques, ulcérations non spécifiques*).

- ✚ **La catégorie « MALADIES BULLEUSES DERMATOLOGIQUES AUTO-IMMUNES (DBAI) »**, se caractérisant par la production d'auto-anticorps par l'organisme (cette thèse se limite à l'étude des deux formes les plus fréquentes des DBAI : *pemphigus vulgaire (PV), pemphigoïde des muqueuses (PM)*) ET « **MALADIES BULLEUSES NON AUTO-IMMUNES** »

(toxidermies (*érythème polymorphe (EP)*, *syndrome de Stevens Johnson (SSJ)*, *syndrome de Leyll (SL)*), correspondant à une manifestation brutale de l'organisme suite à un herpès récurrent (EP) ou à la prise de médicaments (SSJ, SL).

- ✚ **La catégorie « MALADIE SYSTEMIQUE »** : regroupant les maladies pouvant avoir des formes muqueuses peu spécifiques, difficiles à catégoriser (*lupus, maladie de Crohn, sarcoïdose...*).

- ✚ **La catégorie « MYCOSE / CANDIDOSE »** : la candidose étant la forme orale la plus répandue des mycoses (*forme pseudo-membraneuse, forme atrophique, formes chroniques*).

- ✚ **La catégorie « IMAGES RADIOLOGIQUES »** : comprenant toute les images radio-claires, radio-opaques ou mixtes (*kystes, granulomes, maladies osseuses*).

- ✚ **La catégorie « BIOPSIES DES GLANDES SALIVAIRES ACCESSOIRES (BGSA) »** : les glandes salivaires accessoires pouvant être le siège de lésions, mais aidant également au diagnostic de certaines pathologies (*syndrome de Gougerot-Schrögren, amylose, syndrome de Malt, maladie de Crohn, sarcoïdose*). Ces biopsies nous ont été demandées jusqu'en 2019, principalement par les services de rhumatologie, dermatologie et de gastroentérologie.

- ✚ **La catégorie « AUTRE »** : comprenant l'ensemble des lésions n'appartenant pas aux catégories précédentes (*infections, saignements*).

Une catégorie supplémentaire, **la catégorie « RAS »**, est également répertoriée : il s'agit des patients ne présentant pas / plus de lésion le jour de l'examen clinique.

Les patients âgés de 0 à 19 ans sont considérés comme « jeunes patients » ; ceux âgés de 20 à 44 ans et de 45 à 64 ans sont considérés comme « patients adultes » et les patients de plus de 65 ans étaient considérés comme « patients âgés ».

III) RESULTATS

1) Généralités

A) Répartition par sexe

Au total, 6224 patients ont été inclus dans l'étude, dont 3810 femmes (**61%**) et 2414 hommes (**39%**) (figure 1).

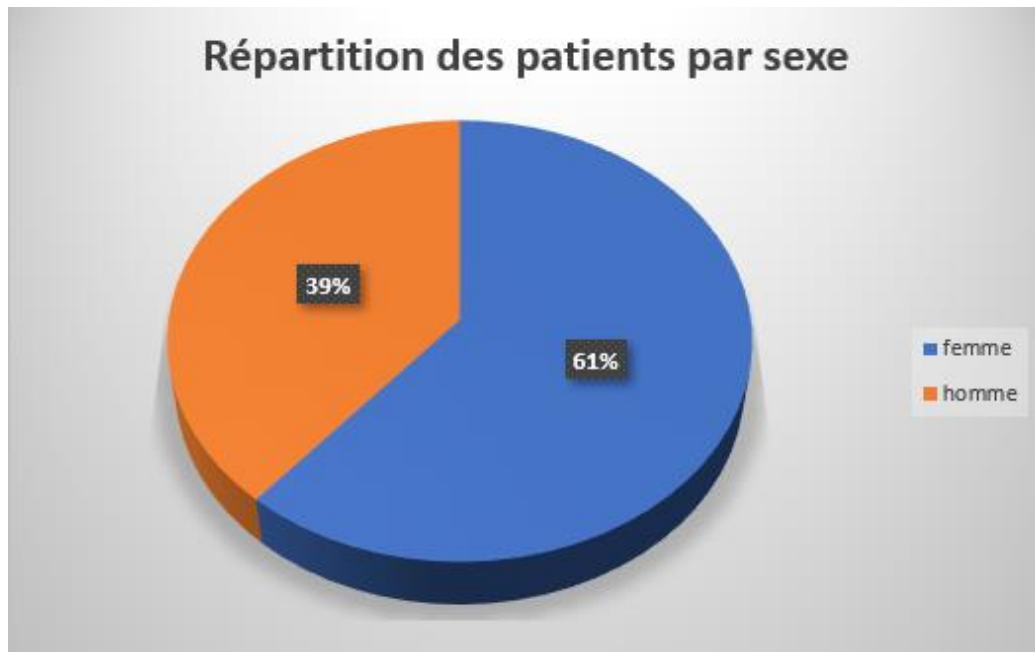


Figure 1 : répartition des patients par sexe

B) Âge de l'échantillon

L'âge moyen de l'échantillon total est de **55,1** ans (les limites d'âge allant de 1 an à 101 ans).

C) Type de consultation

Les consultations les plus fréquentes, au nombre de 2749 (soit 32% du total des consultations), sont les **consultations diagnostiques** ; c'est-à-dire soit des patients reçus pour la première fois, soit des patients déjà reçus en consultation mais présentant une lésion inédite dont le diagnostic a été uniquement clinique (figure 2).

Parmi les 3810 femmes rencontrées au cours de l'étude, 946 ont été reçues en consultation à au moins deux reprises (**25%**) ; sur les 2414 hommes inclus dans l'étude, 558 d'entre eux ont été reçus au moins deux fois en consultation (**23%**).

Elles sont suivies de près par les biopsies / cytologies (effectuées pour la première fois) qui sont au nombre de 2708 (soit 32% de l'échantillon global). En troisième position, nous retrouvons les suivis des premières consultations / biopsies / cytologies, avec un total de 1647 (soit 19% de l'ensemble des consultations recensées). Les consultations dites « de suivi » sont moins fréquentes.

A noter également que certains patients se sont rendus en consultation mais sans présenter de lésion clinique visible le jour de l'examen : ces patients « RAS » sont cependant très peu nombreux (2% de l'échantillon global).

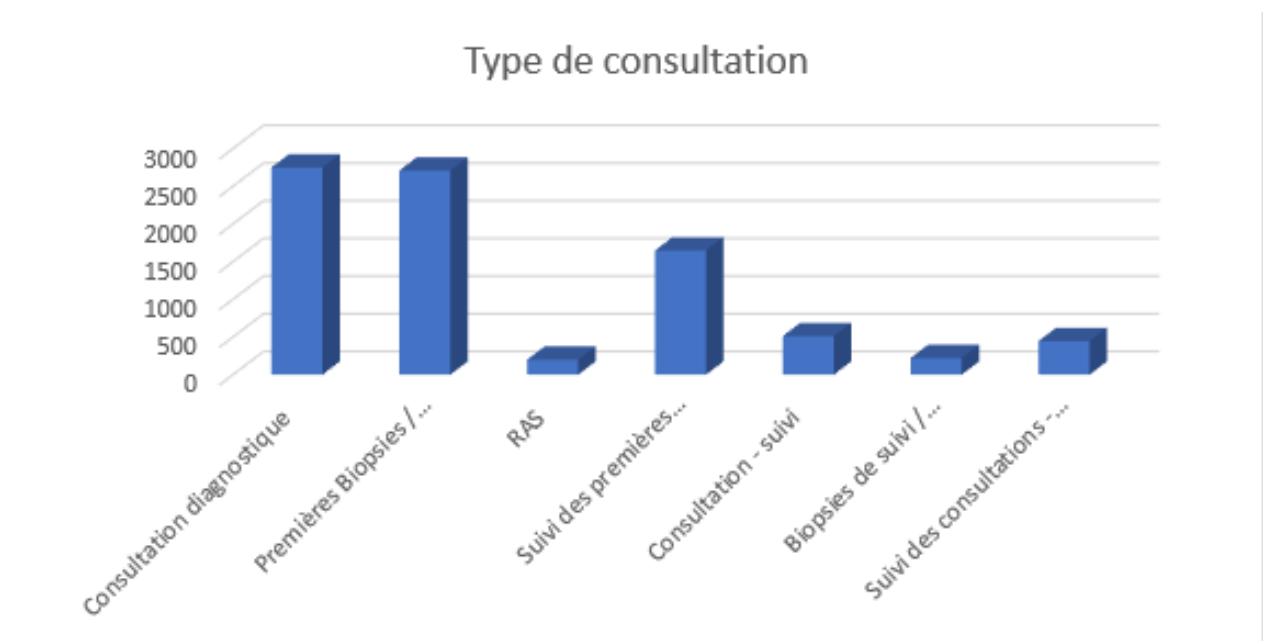


Figure 2 : répartition des différentes catégories de consultation

D) Catégories cliniques

De façon générale, nous observons qu'à l'exception des lésions appartenant aux catégories suivantes : nodules, candidoses, images radiologiques, BGSA et maladies bulleuses, les lésions sont majoritairement non biopsiées ; le diagnostic ayant alors été purement clinique.

Parmi les lésions les plus couramment biopsiées (figure 3), nous retrouvons les nodules, dont la biopsie constitue en général à la fois une démarche diagnostique et thérapeutique (on parle dans ce cas de **biopsie-exérèse**). Ce double rôle de la biopsie est retrouvé de la même façon pour la plupart des images radiologiques.

La catégorie « **BGSA** » est également largement représentée dans les lésions biopsiées, car comme indiqué précédemment, la biopsie des glandes salivaires accessoires nous est demandée pour diagnostiquer certaines maladies systémiques, comme le **Syndrôme de Gougerot-Sjögren** (caractérisé par une xérostomie et une xérophtalmie), l'amylose, la maladie de Crohn, la sarcoïdose...

En ce qui concerne les **maladies bulleuses**, du fait de la diversité et de la complexité des tableaux cliniques, le diagnostic repose obligatoirement sur des études clinique, histologique et immunologique, d'où l'importance de la réalisation de biopsies et le faible pourcentage de lésions bulleuses non biopsiées (angine bulleuse hémorragique).

Parmi les lésions n'ayant pas ou peu fait l'objet de biopsies, nous notons le lichen plan réticulé (forme pathognomonique), les lésions blanches (kératose mécanique, morsicatio buccarum...) ou encore les ulcérations pour lesquelles la biopsie n'a de réel intérêt que lors de la persistance de la lésion après suppression de l'élément causal, ou en l'absence de cause cliniquement identifiée.

Les lésions pré-malignes sont biopsiées systématiquement tandis que pour les lésions malignes, seules sont biopsiées celles dont le diagnostic clinique est incertain, regroupant majoritairement les T1 et T2. Quand le diagnostic clinique ne permet aucun doute, le patient est directement adressé dans le service d'oncologie approprié.

Le nombre important de lésions pigmentées / rouges non biopsiées peut s'expliquer par l'origine vasculaire de ces lésions, contre-indiquant la réalisation d'une biopsie (risque d'hémorragie cataclysmique) ou la mise en évidence d'un corps étranger radio-opaque (amalgame) à la radiographie.

Les **candidoses** font partie des lésions dont la cytologie (basée sur une étude cellulaire) est davantage indiquée que la biopsie, afin de poser un diagnostic précis, ce qui explique le nombre important de candidoses dans la catégorie « cytologies ».

Enfin, le taux élevé de douleurs, troubles du goût, aphtose, lésions spécifiques de la langue, herpès, sécheresse buccale / hypersalivation ainsi que les lésions « autres » s'explique par le peu d'intérêt apporté par la biopsie dans ces cas où une étude clinique conduit le plus souvent à un diagnostic définitif.

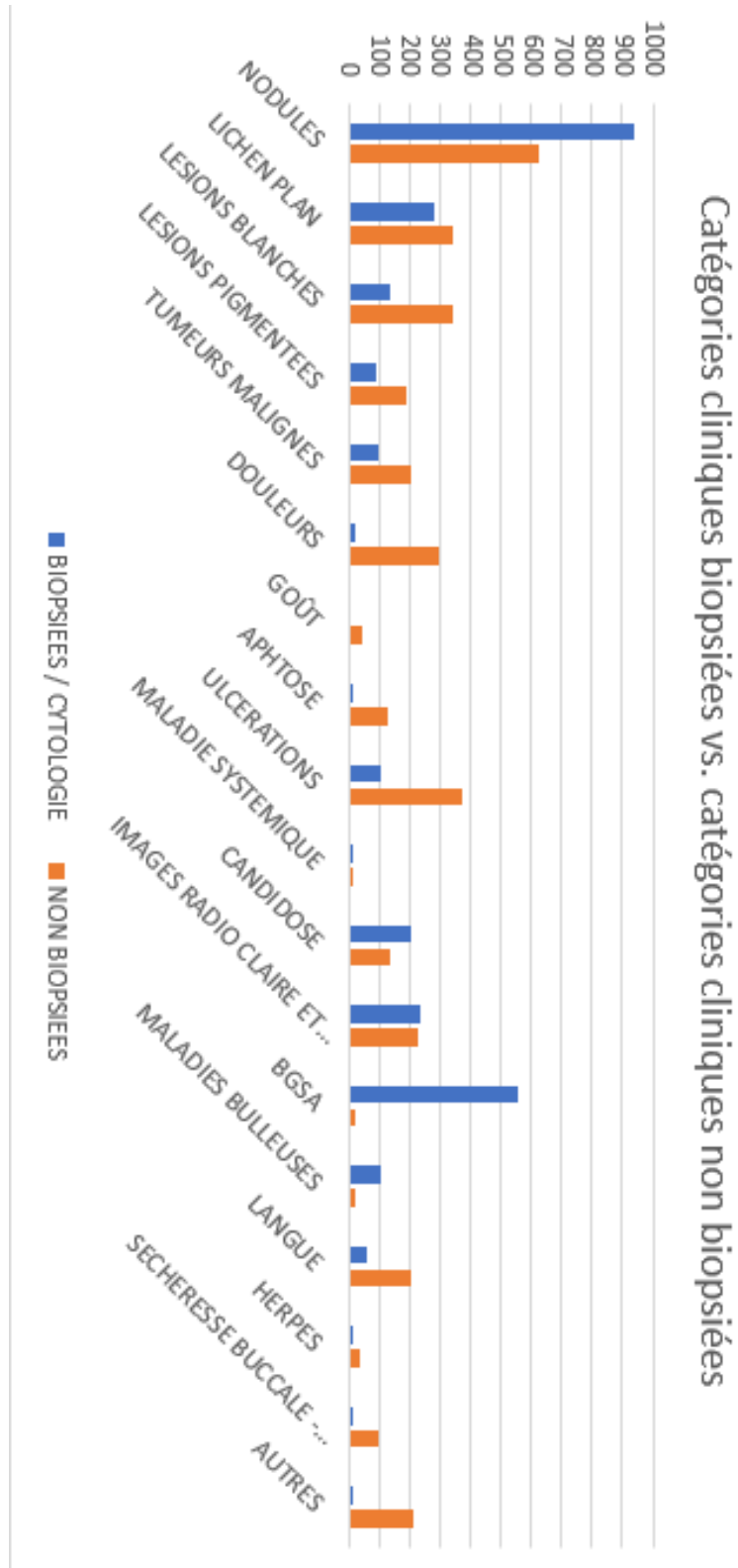


Figure 3 : répartition des catégories ayant fait l'objet de biopsies / cytologies et des catégories non biopsiées

La catégorie clinique la plus représentée est la catégorie des « **nodules** » représentant 24% de l'échantillon total (1568 cas sur les 6410) (figure 4), suivie du « **lichen plan** » représentant 10% de l'échantillon global (627 cas) et de la catégorie des « **BGSA** » représentant 9% de l'échantillon (573 cas).

Représentant chacune 7% de l'échantillon global, les « **lésions blanches** » (483 cas), les « **ulcérations** » (474 cas) et les « **images radiologiques** » (462 cas) arrivent respectivement en 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} positions.

Viennent ensuite :

- Avec un total de 5% chacune : les catégories « candidoses » (338 cas), « douleurs » (318 cas) ; « tumeurs malignes » (301 cas).
- Avec un total de 4% chacune : les « lésions pigmentées » (274 cas) et les « lésions de la langue » (262 cas).
- Enfin, les catégories dont le total est compris entre 0% et 3% sont les suivantes : les « autres » (224 cas, 3%) ; la catégorie « aphtose » (147 cas, 2%), les « maladies bulleuses » (125 cas, 2%), la catégorie « sécheresse buccale / hypersalivation » (116 cas, 2%), la catégorie « herpès » (49 cas, 1%) la catégorie « goût » (43 cas, 1%) et enfin, la catégorie « maladie systémique » (26 cas, soit 0,4%).

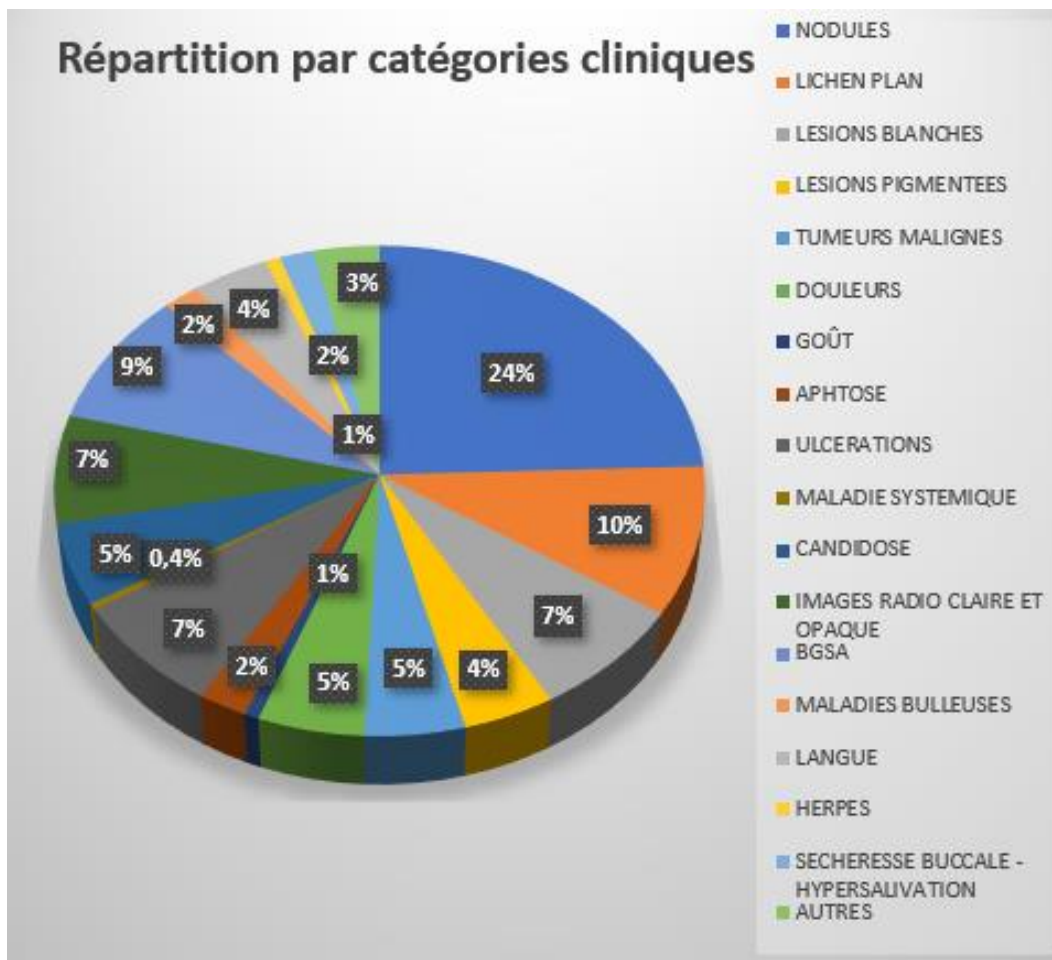


Figure 4 : pourcentage des catégories cliniques en fonction de l'échantillon global

E) Répartition des catégories cliniques par tranche d'âge

Les patients « adultes » (âge compris entre 40 et 64 ans) et les patients « âgés » (plus de 65 ans) présentent le plus grand nombre de lésions des muqueuses orales, tandis que les patients « jeunes » (moins de 20 ans) sont peu atteints (figure 5).

Chez les patients « jeunes », nous observons plus particulièrement des nodules et des images radiologiques. Chez les patients plus âgés, les nodules, les BGSA, le lichen plan et les lésions blanches sont les lésions principalement rencontrées.

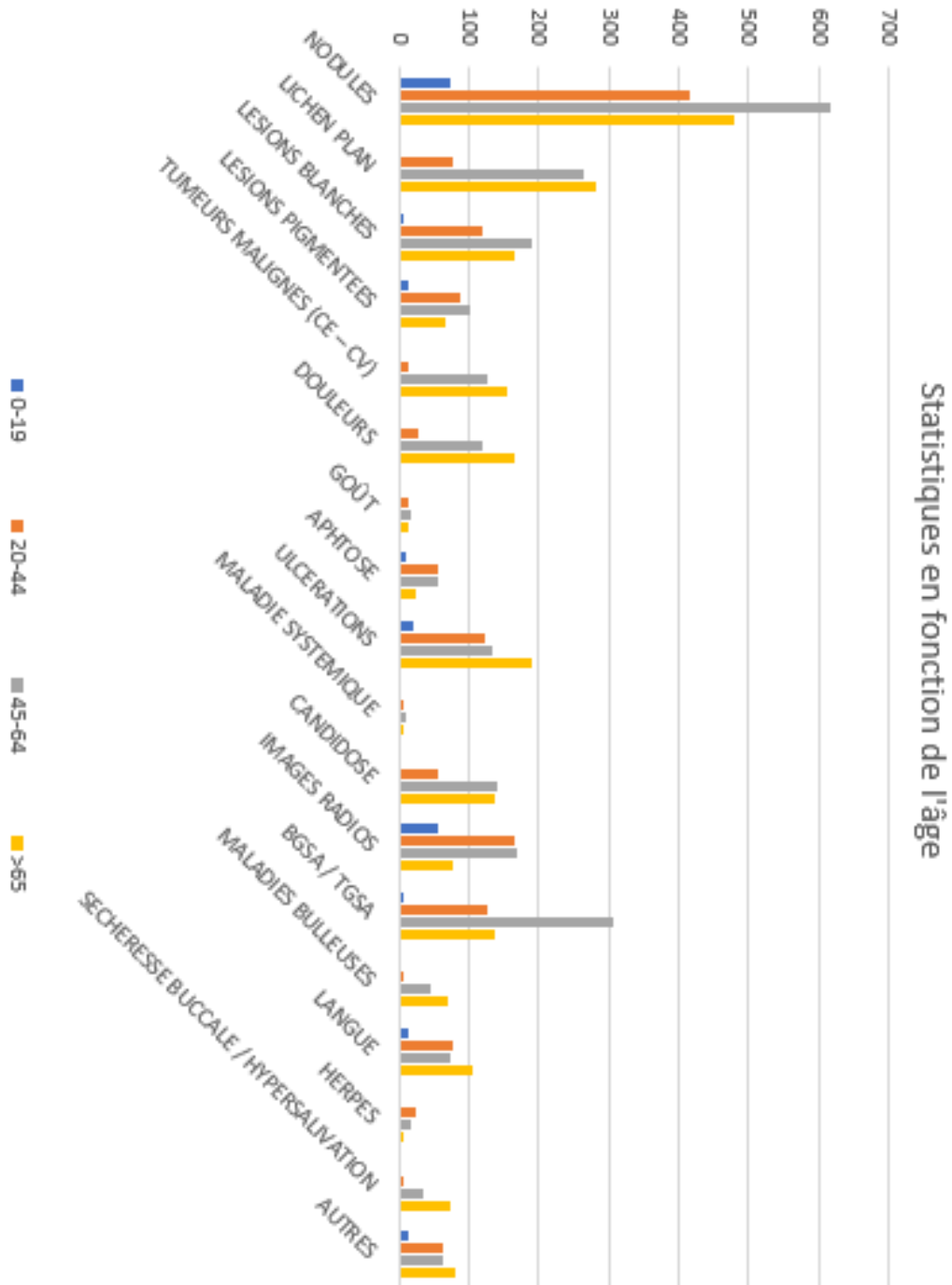


Figure 5 : répartition des catégories cliniques par tranche d'âge

F) Répartition des catégories cliniques en fonction du sexe

On note une prévalence des lésions des muqueuses orales plus élevée chez les femmes que chez les hommes, de façon plus ou moins significative (figure 6). Seules les lésions blanches et les images radiologiques sont davantage présentes chez les hommes.

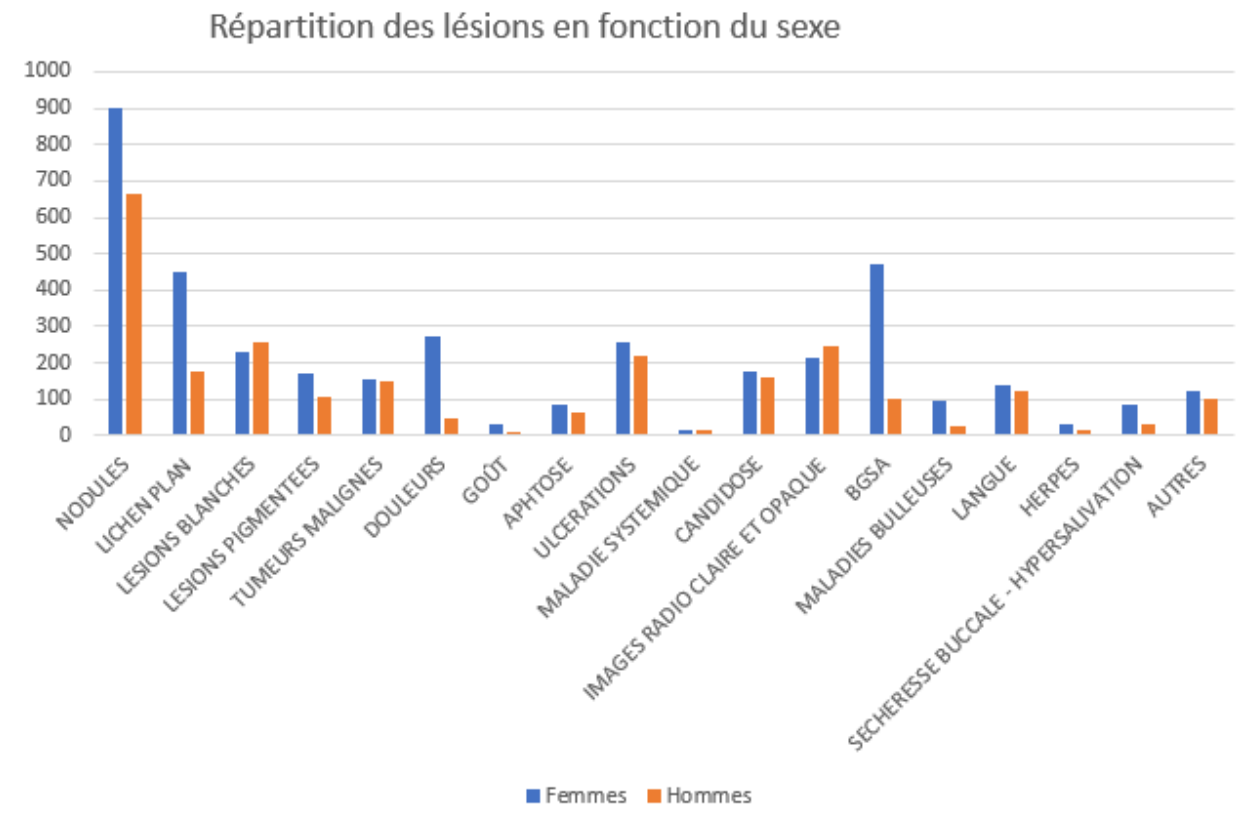


Figure 6 : répartition des catégories cliniques en fonction du sexe

G) Distribution anatomique

Nous observons une grande diversité en termes de distribution anatomique des lésions, certaines d'entre elles pouvant siéger à différents endroits de la cavité buccale.

Les sites les plus fréquemment rencontrés sont les suivants (figure 7) :

- La **langue**, 20% des cas (n = 1410)
- Les **gencives** maxillaire et mandibulaire, 16% des cas (n = 1161)
- Les **lèvres**, 16% des cas (n = 1143)
- Les **joues**, 14% des cas (n = 1014)
- Le **palais**, 10% des cas (n = 699)

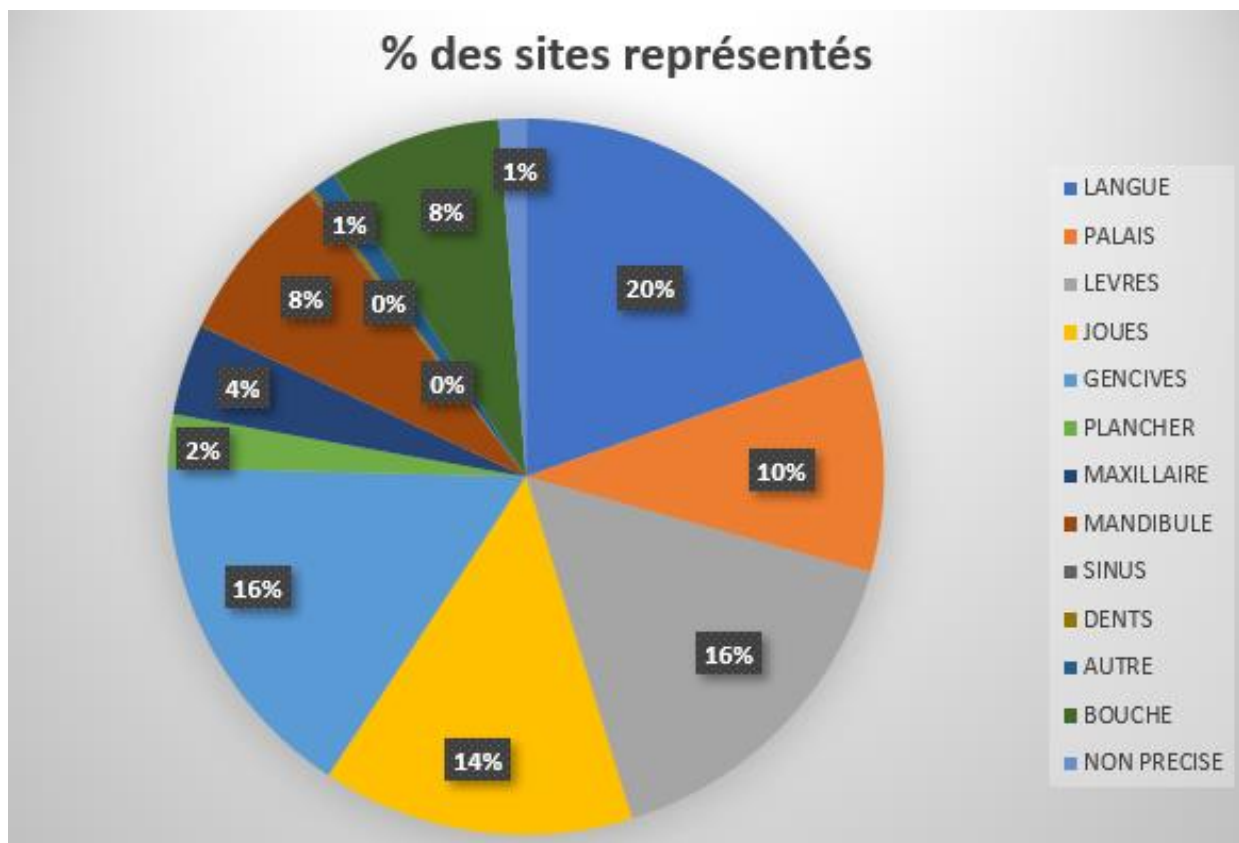


Figure 7 : pourcentage des sites représentés

La figure 8 détaille les sites retrouvés pour chaque type de lésion.

Ainsi, la **langue** est un site prédominant pour le lichen plan, les nodules, les douleurs et les candidoses (en dehors des lésions spécifiques de la langue).

Les **gencives** sont fortement représentées dans les nodules, le lichen plan ainsi que les lésions pigmentées.

Les **lèvres** sont essentiellement le siège de BGSA et de nodules.

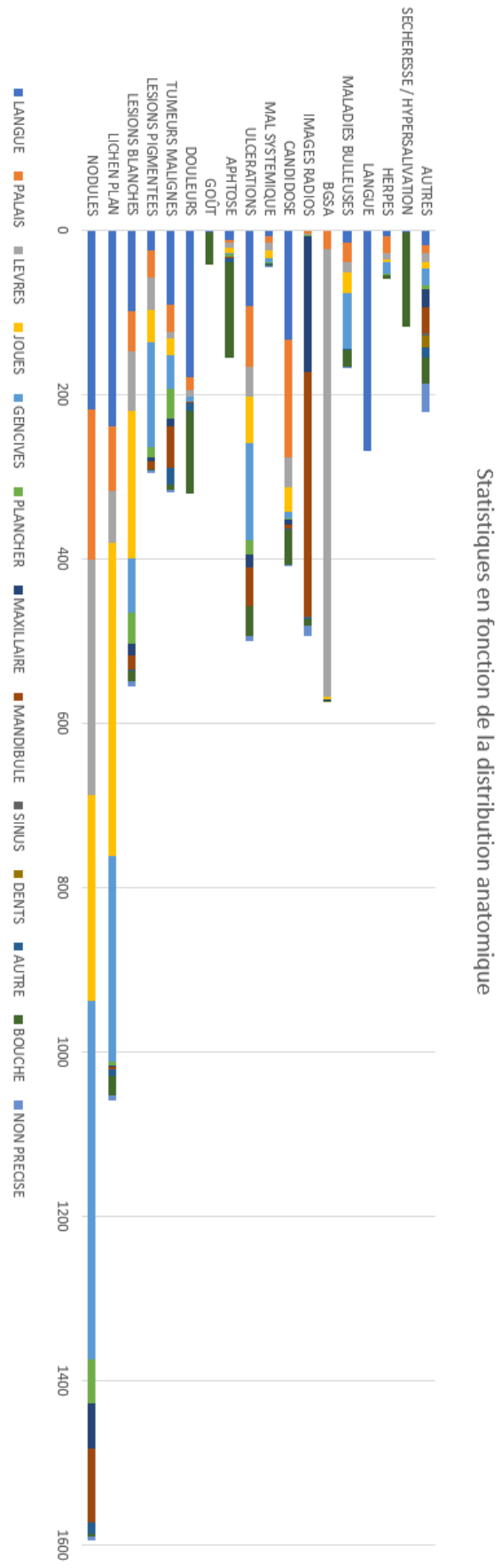


Figure 8 : distribution anatomique des différentes catégories cliniques

2) Les nodules

Dans cette thèse, nous avons ensuite choisi de nous focaliser sur la catégorie diagnostique la plus représentée, à savoir les nodules. Pour des raisons de clarté, nous nous sommes concentrés uniquement sur les nodules biopsiés, c'est-à-dire dont le diagnostic est précis.

L'absence de biopsie pour certains nodules (peu ou pas représentés sur la figure 9) peut s'expliquer par diverses raisons :

- Absence de gêne pour le patient
- Refus du patient de retirer la lésion
- Nature de la lésion ne nécessitant pas une biopsie (abcès, fistules, papilles hypertrophiques...).

A) Type de nodules biopsiés

Parmi les 928 nodules biopsiés, les diagnostics histologiques étaient divers.

Les nodules les plus souvent biopsiés (figure 9) sont les :

- **Epulis** : 34,3% (n = 319)
- **Diapneusies** : 26% (n = 241)
- **Papillomes** : 14% (n = 130)
- **Mucocèles** : 11% (n = 102)

Les autres lésions représentent chacune un faible pourcentage compris entre 3,2% à 0,1% : ainsi, 4 cas de tumeurs d'Abrikossof ; 4 kystes gingivaux et seulement 1 Schwannome ont été répertoriés au cours des 20 années d'étude.

Les 5 abcès et 7 tori / exostoses ont été biopsiés pour des motifs esthétiques ou fonctionnels (gêne).

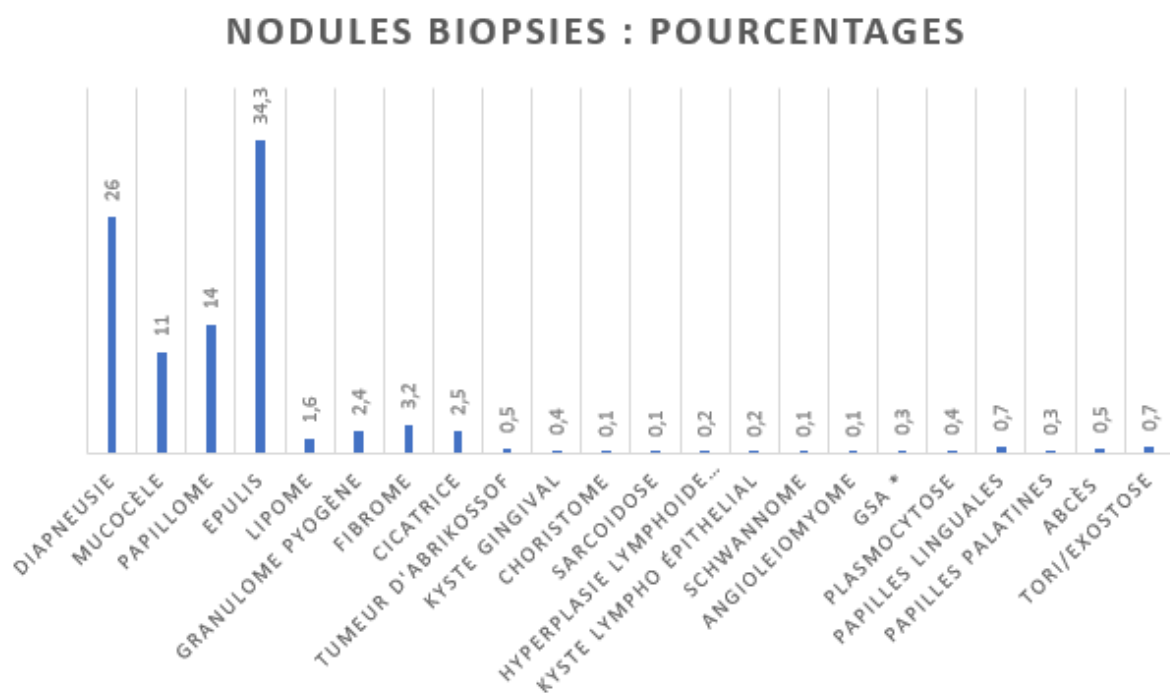


Figure 9 : pourcentage des différents types de nodules biopsiés en fonction de l'échantillon global des nodules biopsiés

Les épulis et les diapneusies sont davantage présentes chez les **femmes** (respectivement 66% et 54%) (figure 10), avec une moyenne d'âge de 54,35 ans (figure 11), tandis que les papillomes et mucoèles se retrouvent plus chez les **hommes** (respectivement 61% et 54%) (figure 10), avec une moyenne d'âge plus jeune (48,45 ans et 35,6 ans) (figure 11).

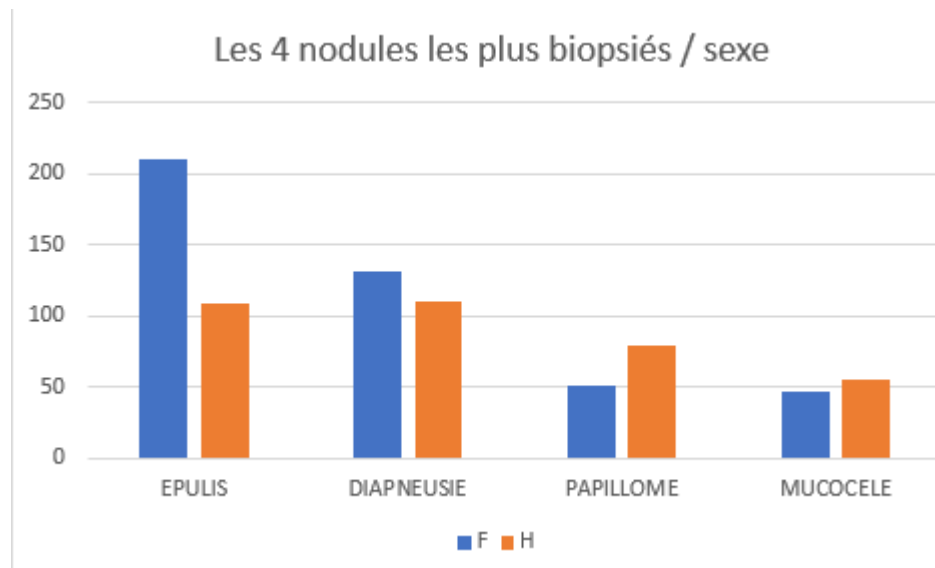


Figure 10 : répartition des 4 nodules les plus biopsiés en fonction du sexe

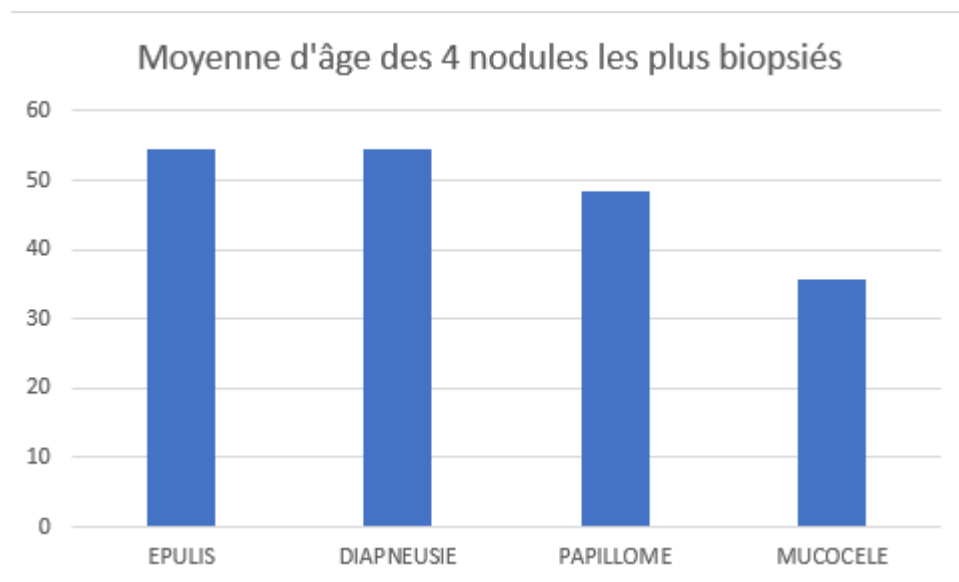


Figure 11 : moyenne d'âge des 4 nodules les plus biopsiés

Le tableau 1 récapitule l'ensemble des nodules biopsiés, leur moyenne d'âge ainsi que leur répartition femmes / hommes.

NODULES			SEXE		MOY AGE
	nb	%	F	H	
Lésions					
Epulis	319	34,3	210	109	54,35
Diapneusies	241	26	131	110	54,35
Papillomes	130	14	51	79	48,45
Mucocèles	102	11	47	55	35,6
Fibrome	30	3,2	17	13	55,15
Cicatrice	23	2,5	9	14	51,65
Granulome pyogène	22	2,4	18	4	59,6
Lipome	15	1,6	8	7	58,95
Tori / exostose	7	0,7	4	3	57,5
Papilles linguales	7	0,7	6	1	45,85
Tumeur d'Abrikossof	5	0,5	2	3	55,8
Abcès	5	0,5	0	5	50,8
Kyste gingival	4	0,4	2	2	53,25
Plasmocytose	4	0,4	3	1	72,5
Papilles palatines	3	0,3	1	2	56,75
GSA *	3	0,3	2	1	53
Hyperplasie lymphoïde follicule	2	0,2	2	0	51
Kyste lympho épithélial	2	0,2	2	0	61,5
Choristome	1	0,1	1	0	73
Sarcoïdose	1	0,1	1	0	57
Schwannome	1	0,1	0	1	24
Angioleiomyome	1	0,1	0	1	61

Tableau 1 : tableau récapitulatif des différents types de nodules biopsiés

B) Répartition des nodules biopsiés en fonction du sexe

Nous pouvons observer une distribution similaire hommes / femmes (figure 12).

Cependant, certaines lésions ne s'expriment que chez les hommes (à l'image du Schwannome, de l'angioleiomyome et des abcès) ou à l'inverse uniquement chez les femmes (choristome, sarcoïdose, hyperplasie lymphoïde folliculaire, kyste lympho-épithélial) mais ces résultats ne sont pas significatifs du fait du nombre trop peu élevé de l'échantillon.

Répartition des nodules par sexe

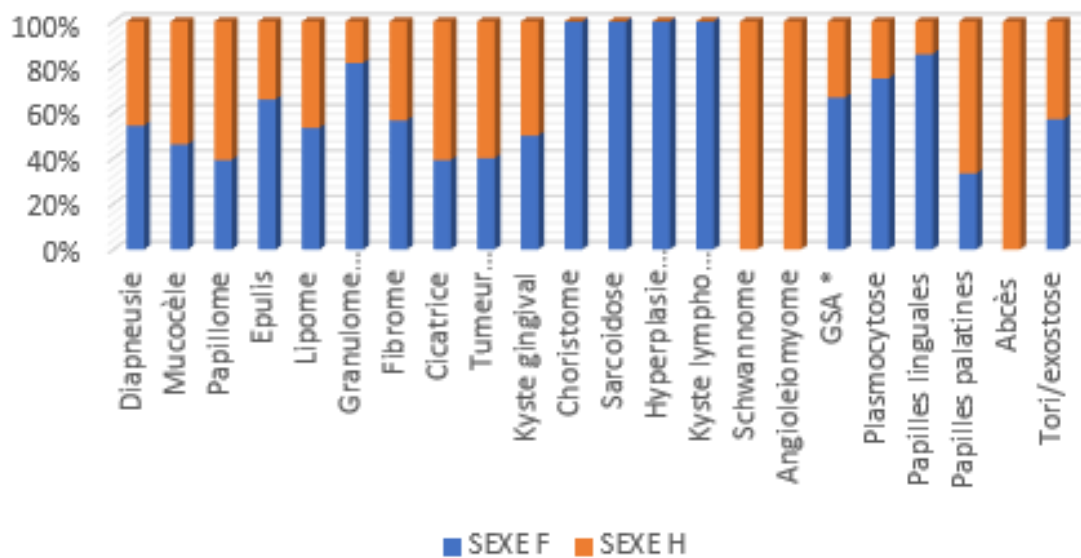


Figure 12 : répartition des nodules biopsiés en fonction du sexe

C) Répartition des nodules biopsiés en fonction de l'âge

La répartition des lésions nodulaires en fonction de l'âge est relativement stable, avec un pic compris entre 50 ans et 60 ans (figure 13).

Nous remarquons néanmoins que certaines lésions s'expriment à des âges moins avancés :

- Les mucocèles, entre 30 ans et 40 ans
- Le Schwannome (1 cas) entre 20 ans et 30 ans
- L'hypertrophie des papilles linguales, entre 40 ans et 50 ans.

A l'inverse, le choristome et la plasmocytose sont observés chez des sujets plus âgés (de 70 ans à plus de 80 ans).

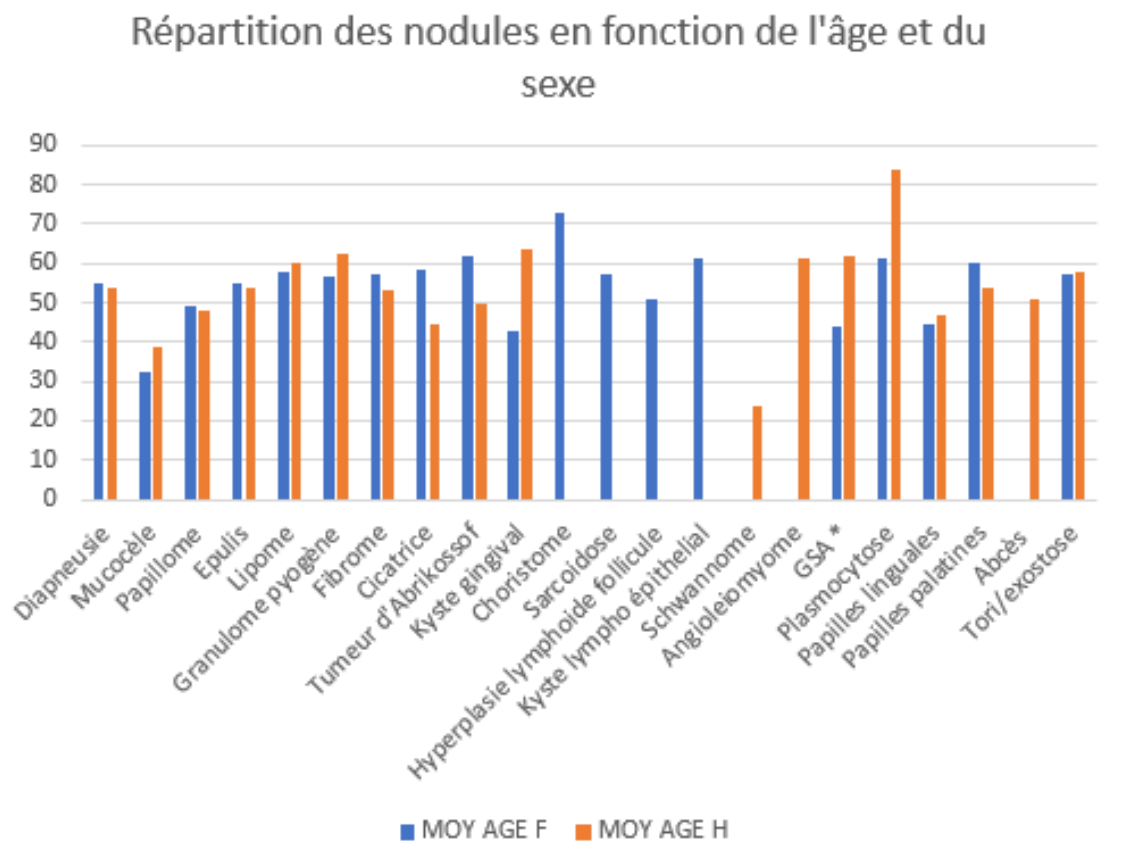


Figure 13 : répartition des nodules biopsiés en fonction de la moyenne d'âge Femmes / Hommes

D) Les 4 nodules les plus fréquemment biopsiés

Les épulis

Les **épulis** sont des pseudo-tumeurs bénignes siégeant exclusivement sur la gencive, dont les étiologies sont multiples (inflammatoire, mécanique, traumatique, hormonale, congénitale).

Les épulis touchent plus fréquemment les femmes, avec un âge moyen compris entre 50 ans et 60 ans (tableau 1).

Les épulis fibreuses, fibro-inflammatoires, fibro-ossifiantes et à cellules géantes sont plus fréquentes à la mandibule alors que les épulis pyogènes, gravidiques (spécifiques de la femme enceinte) et fissurées sont plus représentées au maxillaire (figure 14).

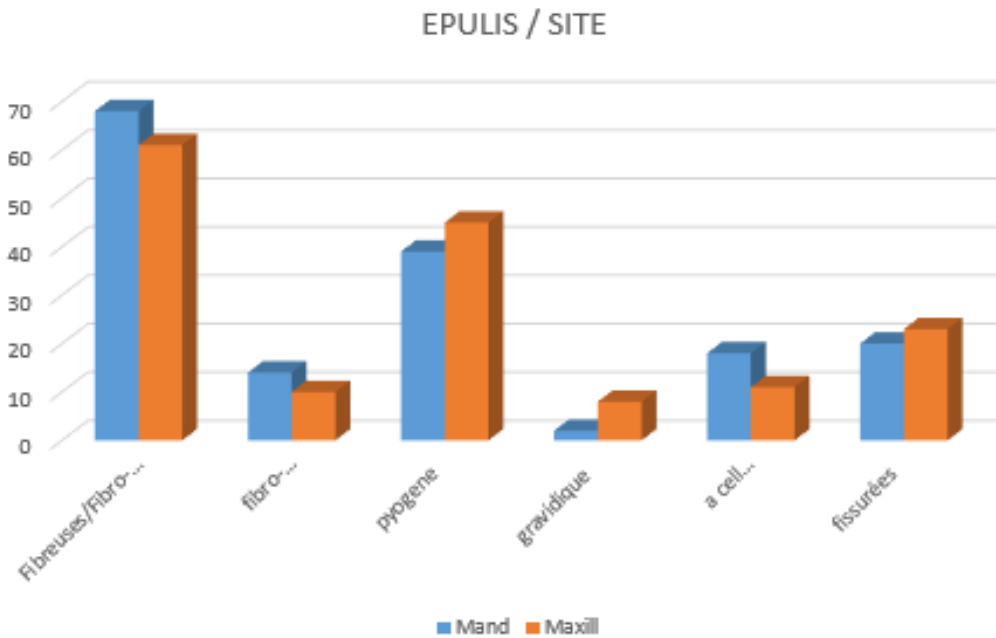


Figure 14 : répartition des épulis biopsiées par site

Les épulis biopsiées sont représentées par :

- Les épulis fibreuses et fibro-inflammatoires (40%) (figure 15)
- Les épulis pyogènes (26%) (figure 16)
- Les épulis fissurées (13%) (figure 17)
- Les épulis à cellules géantes (9%) (figure 18)
- Les épulis fibro-ossifiantes (7%) (figure 19)
- Les épulis gravidiques (3%) (figure 20)

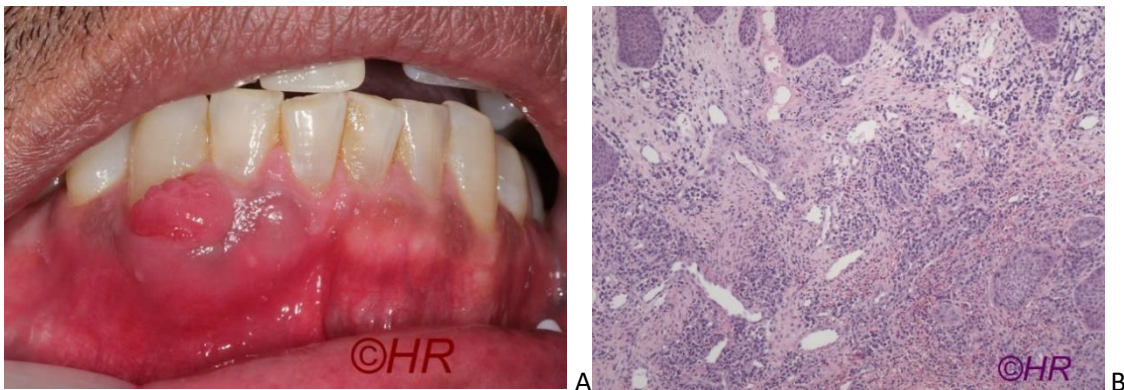


Figure 15 : A- Epulis fibro-inflammatoire, Homme 55 ans ; B- HES, x100 (Photo Dr H. Raybaud)

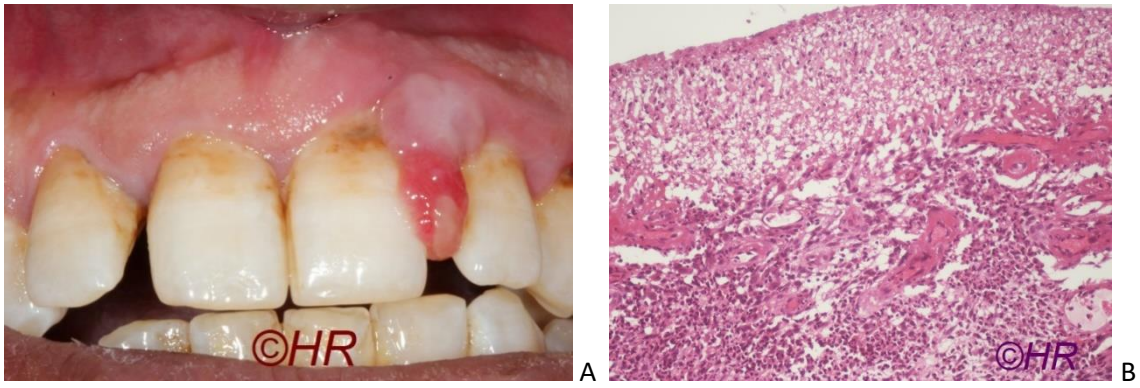


Figure 16 : A- Epulis pyogène, Homme 35 ans ; B- HES, x200 (Photo Dr H. Raybaud)

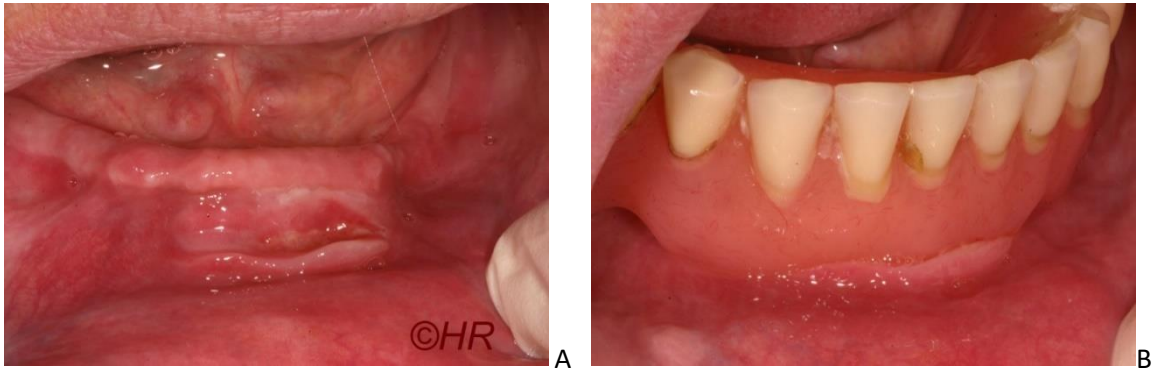


Figure 17 : A- Epulis fissurée, Femme 83 ans ; B- La prothèse en bouche (Photo Dr H. Raybaud)

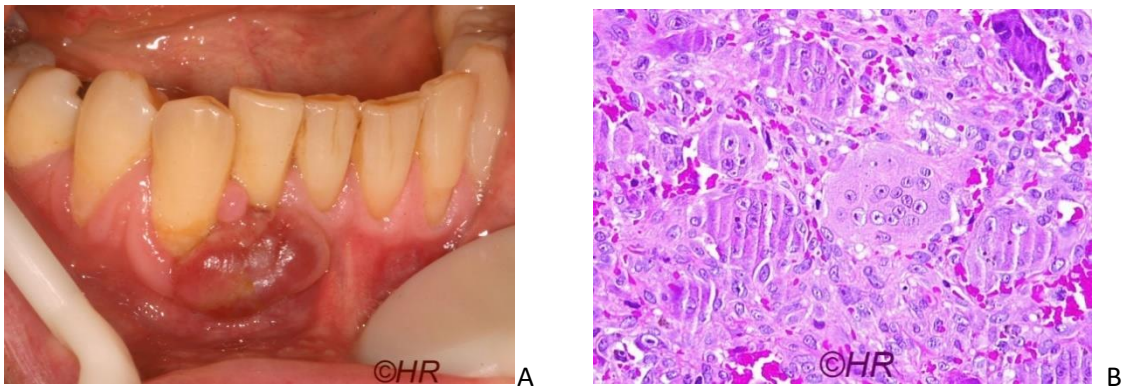


Figure 18 : A- Epulis à cellules géantes, Homme 49 ans ; B- HES, x400 (Photo Dr H. Raybaud)

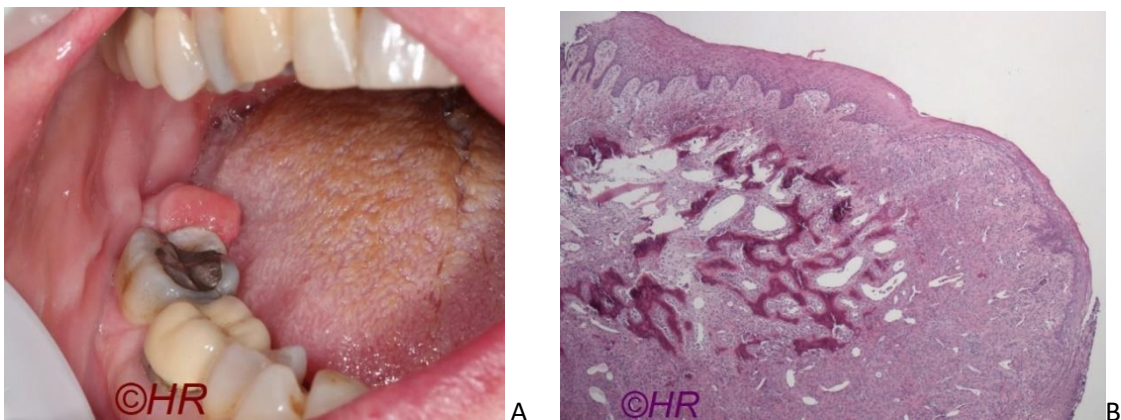


Figure 19 : A- Epulis fibro-ossifiante, Femme 56 ans ; B- HES, x40 (Photo Dr H. Raybaud)

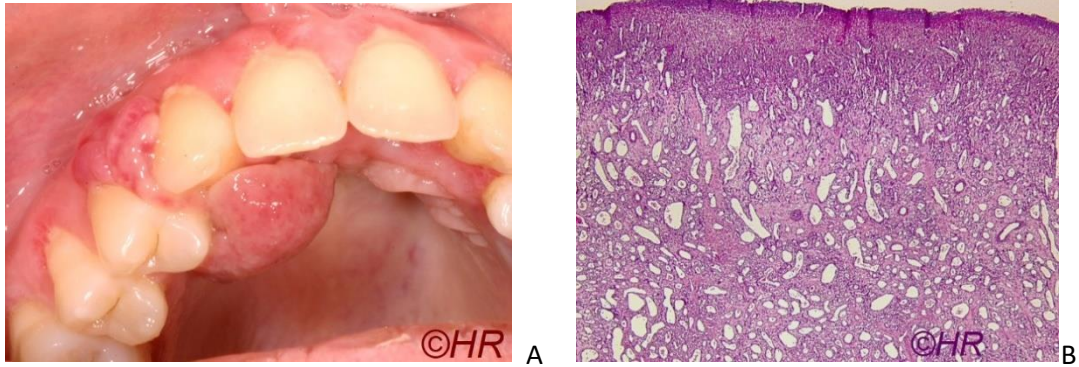


Figure 20 : A- Epulis gravidique, Femme 34 ans ; B- HES, x40 (Photo Dr H. Raybaud)

✚ Les diapneusies

Les **diapneusies** (ou fibrome mécanique) sont des pseudo-tumeurs d'origine mécanique, le plus souvent provoquées par un tic de succion ou d'aspiration de la muqueuse buccale à travers un espace.

Les diapneusies sont plus fréquentes chez les femmes entre 50 ans et 60 ans (tableau 1).

On les observe en majorité au niveau de (figure 21) :

- La muqueuse jugale (figure 22)
- La lèvre inférieure
- La langue

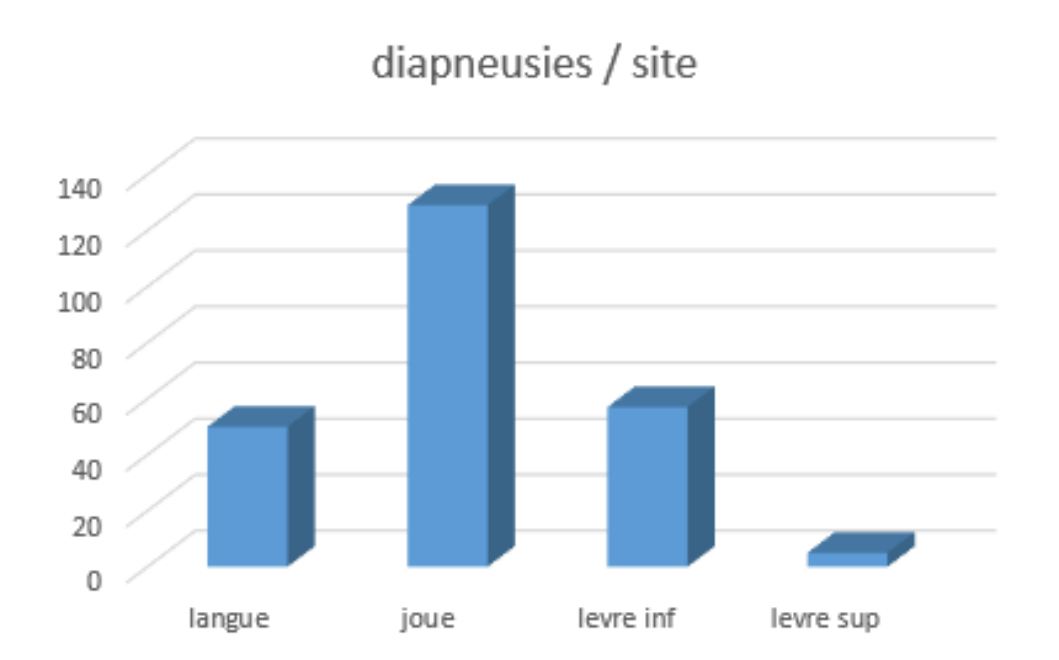


Figure 21 : répartition des diapneusies biopsiées par site



Figure 22 : A- Diapneusie, Femme 54 ans ; B- HES, x100 (Photo Dr H. Raybaud)

✚ Les papillomes / verrues

Les **papillomes** sont des lésions papulaires ou nodulaires, à surface papillomateuse, dont l'étiologie est principalement virale (Human PapillomaVirus, HPV).

Ils sont retrouvés chez les patients âgés de 40 ans à 50 ans, principalement les hommes (tableau 1).

Les papillomes présentent une distribution hétérogène au niveau de la muqueuse buccale (figure 23). Néanmoins, la langue, le voile du palais et le palais sont les sites les plus fréquemment retrouvés (figure 24).

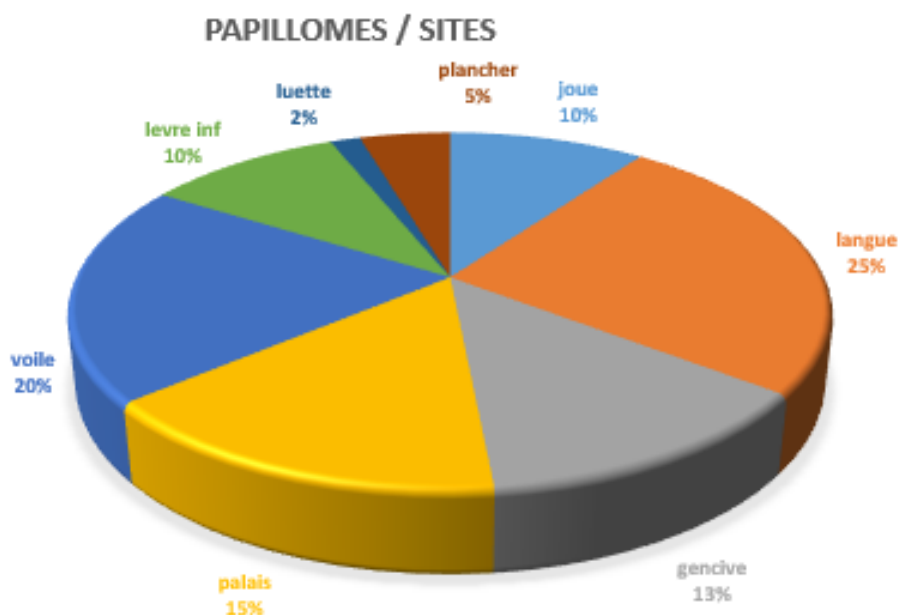


Figure 23 : répartition des papillomes biopsiés par site

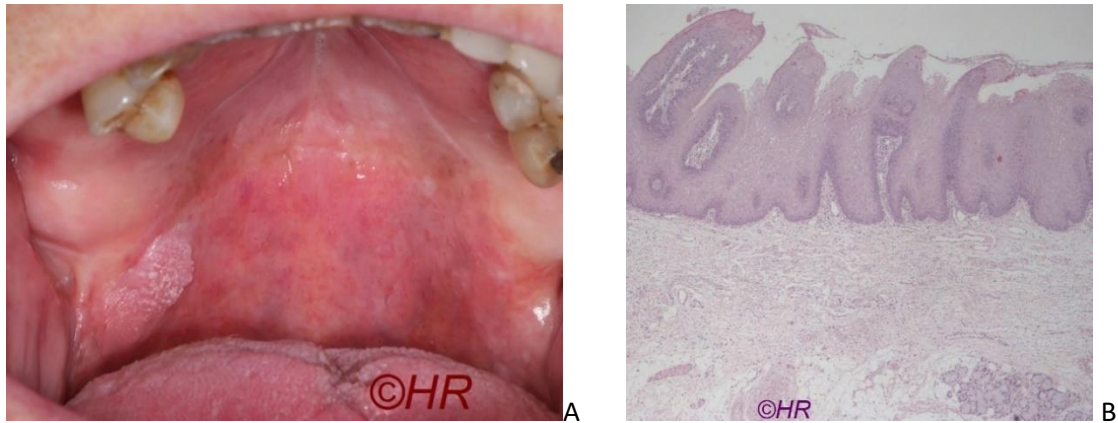


Figure 24 : A- Papillome, Femme 54 ans ; B- HES, x40 (Photo Dr H. Raybaud)

+ Les mucocèles

Les **mucocèles** sont des kystes mucoïdes dont on distingue 2 types :

- Mucocèle par **extravasation** résultant d'une rupture du canal excréteur (traumatisme) (figure 25)
- Mucocèle par **réétention** résultant d'une obstruction du canal (figure 26)

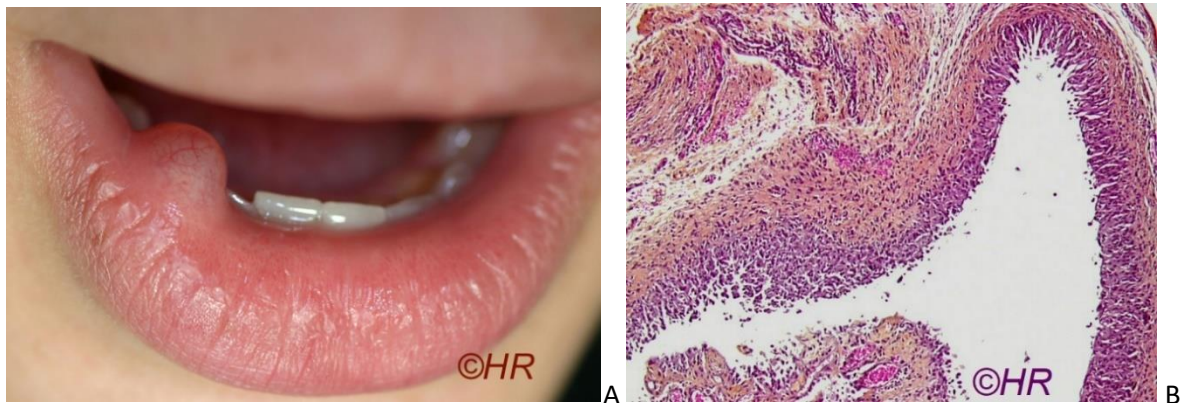


Figure 25 : A- Mucocèle par extravasation, Femme 21 ans ; B- HES, x40, cavité bordée par un granulome inflammatoire (Photo Dr H. Raybaud)

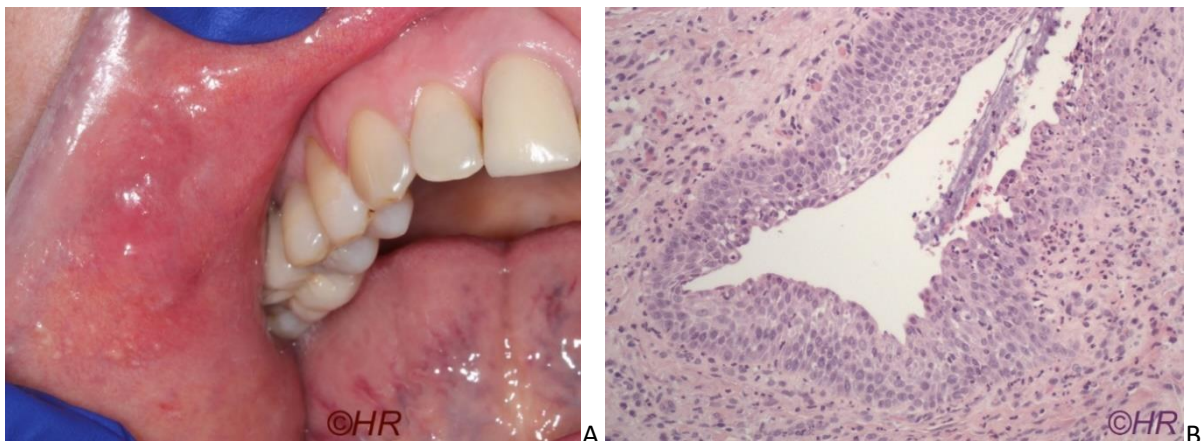


Figure 26 : A- Mucocèle par rétention, Femme 58 ans ; B- HES, x200, cavité bordée par un épithélium (Photo Dr H. Raybaud)

Les mucocèles par extravasation sont largement majoritaires (78,4%) (figure 27) et se situent préférentiellement au niveau de la lèvre inférieure tandis que les mucocèles par rétention s’observent plus volontiers au niveau de la lèvre supérieure (figure 28).

Les mucocèles par extravasation touchent plus fréquemment les patients jeunes, tandis que les mucocèles par rétention, du fait de leur étiologie, touchent des sujets plus âgés.

Dans notre étude, les mucocèles sont davantage présents chez les sujets jeunes entre 30 ans et 40 ans, principalement des hommes (tableau 1).

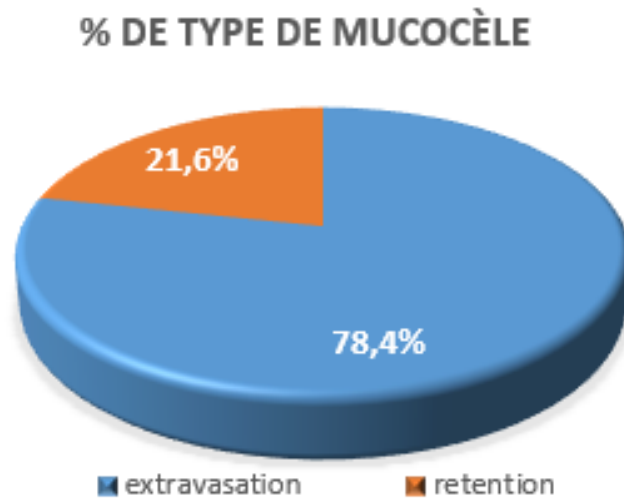


Figure 27 : Pourcentage des deux types de mucocèles

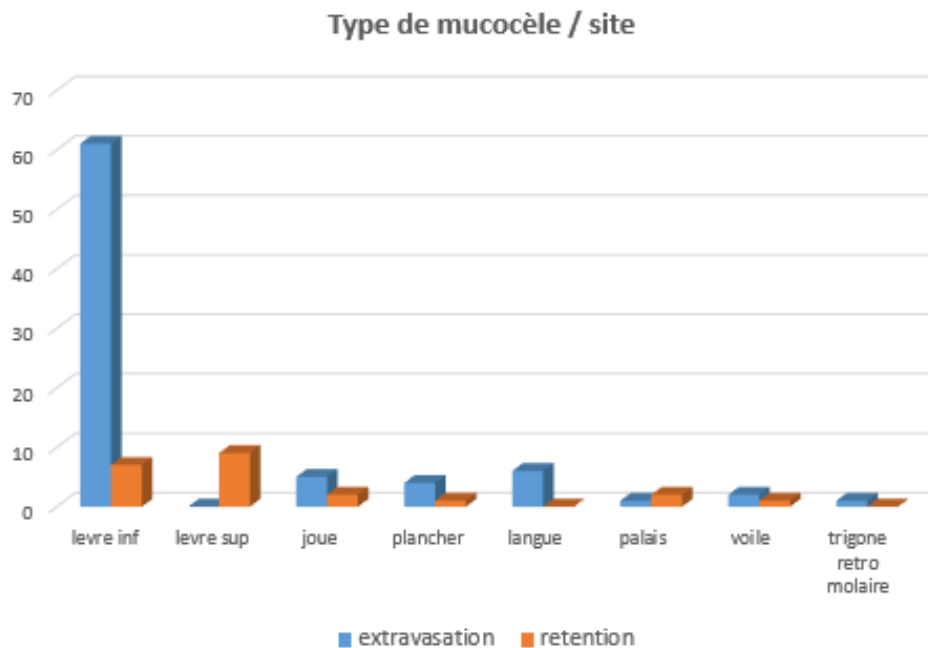


Figure 28 : répartition des mucocèles biopsiés par site

IV) DISCUSSION

A) Généralités

Six mille deux cent vingt-quatre patients ont été reçus au sein de la Consultation des maladies de la bouche du CHU de Nice. Les motifs de consultation étant variables, les diagnostics finaux (obtenus à la suite d'une biopsie / cytologie ou non) présentent une grande hétérogénéité dans leur expression clinique (et éventuellement histologique), leur distribution anatomique, leur répartition par tranches d'âge et par sexe.

Cette thèse a ainsi mis en évidence que les lésions des muqueuses orales sont plus fréquentes chez les femmes (61%) que chez les hommes (39%), pourcentages proches de ceux obtenus par Sixto-Requeijo et al (Espagne, 2012) (8). A l'inverse, Ali et al (Koweït, 2012) ont observé plus de lésions chez les hommes (53,3%) que chez les femmes (46,7%) (9).

Nos résultats peuvent s'expliquer par le fait que, d'une part, la population française compte plus de femmes que d'hommes (10 : Insee, 01/01/2021) et que d'autre part, dans les Alpes-Maritimes, le ratio homme / femme est de 0,9 / 1, soit 90 hommes pour 100 femmes (11). De plus, les femmes sont plus observantes que les hommes en termes de santé bucco-dentaire et se déplacent plus fréquemment à des rendez-vous chez un dentiste.

L'âge moyen de l'ensemble de l'échantillon est de 55,1 ans, ce qui est plus élevé que l'âge moyen de 41,58 ans obtenu par Alblowi et al (King Abdulaziz, 2018) (12), mais se rapproche des résultats obtenus au CHU de Marseille en 2016, avec un âge moyen de 53,6 ans (2).

Alors que d'autres études se sont focalisées sur un groupe spécifique de la population (enfants et adolescents de moins de 17 ans, Inde, 2017 (13) ; patients âgés de plus de 60 ans, Arabie Saoudite, 2016 (14)), notre thèse a inclus des patients de tous âges. Nous avons ainsi remarqué que les patients « adultes » (âgés de 40 à 64 ans) et les patients « âgés » (de plus de 65 ans) étaient plus atteints par les lésions des muqueuses orales que les sujets plus jeunes. La prévalence des lésions orales augmente donc avec l'âge, comme à Oporto, au Portugal, où la majorité des cas ont été analysés chez les patients entre 40 ans et 70 ans (15).

Ces données s'expliquent par le vieillissement de la population française. En 2021, 20,7% (soit plus d'une personne sur 5) a 65 ans ou plus en France (INSEE) (16).

B) Les différentes catégories cliniques

LICHEN PLAN

Représentant 10% de l'échantillon global, le lichen plan est la deuxième catégorie la plus fréquemment rencontrée dans cette étude, après les nodules. Les femmes sont davantage touchées, surtout chez les plus de 65 ans (âge plus élevé que les données de la littérature, estimant que le lichen plan se retrouve essentiellement entre 30 ans et 60 ans). Les joues, les gencives et la langue sont les trois principaux sites répertoriés.

Nos résultats sont conformes aux données précédemment relevées dans la littérature : au Chili, dans une étude réalisée en 2017, le lichen plan occupait également la deuxième position des diagnostics les plus fréquemment rencontrés. Néanmoins, dans cette étude, la population touchée était plus jeune (entre 40 ans et 60 ans) et comportait autant de femmes que d'hommes (17).

BGSA

Les BGSA représentent 9% de l'échantillon global. Ce fort pourcentage peut s'expliquer par le fait que ces biopsies nous sont demandées pour la recherche de certaines maladies systémiques par différents services du CHU. Cette catégorie concerne majoritairement les femmes (82%) : nous observons un pic entre 45 ans et 64 ans ; la lèvre inférieure étant le site prédominant car les biopsies des glandes salivaires accessoires se réalisent de préférence au niveau de celle-ci (la lèvre étant le site le plus simple à biopsier).

Cependant, le nombre de BGSA effectuées a considérablement diminué au fil des années. Les différents services hospitaliers réalisant désormais directement les biopsies, sans adresser le patient auprès d'un service de dermatologie buccale.

LESIONS BLANCHES

En ce qui concerne les lésions blanches : les hommes sont plus fréquemment atteints, la muqueuse jugale est la principale localisation rencontrée. Les 45-64 ans sont la tranche d'âge la plus touchée.

ULCERATIONS

Les femmes sont plus généralement concernées par les ulcérations (hors aphte) traumatiques ou non traumatiques. La prévalence augmente avec l'âge (pic après 65 ans) et varie selon les sites anatomiques : les gencives, la langue et le palais étant les trois principaux sites touchés.

IMAGES RADIOLOGIQUES

Les images radiologiques (radio-claires, radio-opaques, maladies osseuses) font partie des rares lésions davantage biopsiées que non biopsiées. Nous en observons un plus fort pourcentage chez les hommes, chez des sujets plus jeunes (prévalence accrue entre 20 ans et 64 ans), essentiellement à la mandibule.

CANDIDOSES

Les candidoses sont essentiellement retrouvées chez les patients adultes, avec une prévalence accrue entre 45 et 64 ans, mais très fréquentes également chez les sujets de plus de 65 ans. Ces données peuvent s'expliquer par la diminution de l'hygiène bucco-dentaire chez les patients âgés (perte d'autonomie, polyopathologies, polymédication...). Les deux localisations préférentielles dans notre étude sont la langue et le palais : on parle de glossite losangique médiane (GLM) et de sa lésion en « décalque » au palais, formes cliniques parmi les plus répandues des candidoses.

DOULEURS

Les douleurs, essentiellement représentées par les stomatodynies / glossodynies (ou Burning Mouth Syndrome), sont un motif de consultation relativement fréquent (5%) dans notre étude, rejoignant ainsi les résultats obtenus dans une précédente thèse menée à Marseille (28% des motifs de consultation), en 2019 (7). La prévalence augmente avec l'âge (sujets de plus de 65 ans principalement touchés), le sexe féminin est également davantage atteint. La langue (179 cas) est le site de prédilection (on parle alors de « glossodynie ») mais l'ensemble de la muqueuse buccale peut également être atteinte (on parle alors de « stomatodynie »).

TUMEURS MALIGNES

Les tumeurs malignes représentent 5% de l'échantillon global. Ce pourcentage est concordant avec celui obtenu par Jones en 2006 (5,3%) (3).

Conformément à la majorité des études précédemment menées à l'échelle mondiale, plus de nouveaux cas de tumeurs malignes ont été enregistrés chez des hommes (82 nouveaux cas, contre

74 cas chez les femmes). Néanmoins, le nombre de total de cancers (diagnostic / suivis) est plus élevé chez les femmes (153 cas, contre 148 cas chez les hommes).

Nous observons, en effet, plus de cancers chez les femmes depuis quelques années, car les habitudes de vie des femmes ont changé : elles consomment plus d'alcool et fument davantage (Mendez, Brésil) (18).

Néanmoins, le carcinome épidermoïde, tumeur maligne la plus fréquente de la muqueuse buccale, se rencontre surtout après l'âge de 65 ans, majoritairement sur la langue, ce qui est en accord avec d'autres études épidémiologiques, comme à Monteiro, au nord du Portugal, en 2017 (19) (mais est différent des données obtenues dans le Nord de l'Inde, en 2011, où la joue et la lèvre sont les sites les plus fréquemment atteints (20), ou encore en France en 2013, où le plancher était le site de prédilection du carcinome épidermoïde (21)).

LESIONS PIGMENTÉES / ROUGES

Les lésions rouges ou pigmentées ne font pas partie des lésions les plus répandues dans cette étude (4% de l'échantillon global).

Nous observons plus de cas chez les femmes, avec une prévalence globalement augmentée chez les adultes (pic entre 45 ans et 64 ans), atteignant principalement les gencives.

Le fort pourcentage (43%) de lésions pigmentées « gingivales » peut s'expliquer par la présence de lésions fortement répandues sur la gencive telles que la mélanose tabagique, la pigmentation physiologique, mais aussi des lésions isolées comme la macule mélanique ou le naevus naevo-cellulaire.

LESIONS SPECIFIQUES DE LA LANGUE

Ces lésions, principalement représentées par la langue fissurée / langue géographique, atteignent légèrement plus de femmes (sans différence significative par rapport aux hommes), à un âge assez avancé, car la tranche d'âge des plus de 65 ans prédomine.

Dans la littérature, la langue géographique touche entre 1% et 2,5% de la population (22) sans prédisposition de genre. La langue fissurée, quant à elle, est retrouvée dans 5% à 6,5% de la population générale. Ces pourcentages sont donc proches de ceux obtenus dans notre étude.

En 2009, un article publié en Iran (23) avait également noté une prévalence accrue de langues fissurées avec l'âge, sans différence entre femmes et hommes.

AUTRES

Les lésions n'appartenant à aucune des autres catégories ont été relativement nombreuses dans notre étude, leur présence variant d'une année à l'autre. Les femmes ont été plus touchées que les hommes. La prévalence augmente avec l'âge. La plupart des localisations n'ont pas été précisées (36 cas).

APHTOSE

147 cas d'aphtose ont été répertoriés : 85 (58%) chez des femmes et 62 (42%) chez des hommes. Les patients âgés de 20 ans à 64 ans sont les plus touchés. L'aphtose a une distribution ubiquitaire, car nous pouvons la retrouver dans l'ensemble de la cavité buccale.

Nous observons ainsi que dans notre étude, l'aphtose représente 2% de la population étudiée, alors que ce pourcentage peut atteindre 65% des cas. Ainsi, à Marseille, l'aphtose était le troisième diagnostic le plus fréquemment rencontré (après le lichen plan et la glossodynie) (2) tandis qu'une étude menée en Inde en 2016 (24) a mis en évidence des ulcérations aphteuses chez 44,5% des

patients (il s'agissait donc du diagnostic le plus fréquent). Il semble que l'aphtose ne soit pas un motif prioritaire dans notre Consultation des Maladies de la Bouche.

MALADIES BULLEUSES

Conformément aux données de la littérature, les maladies bulleuses (essentiellement auto-immunes dans notre thèse, 125 cas de Pemphigoïdes et Pemphigus vulgaires) sont davantage présentes chez les femmes (78%). En ce qui concerne l'âge, les lésions sont surtout observées après 65 ans (ce qui rejoint les données épidémiologiques soulignant par exemple que la Pemphigoïde des Muqueuses (PM) est retrouvée entre 50 ans et 70 ans). La gencive est le site de prédilection : il s'agit d'une localisation fréquente des maladies bulleuses, aussi appelée gingivite desquamative ou gingivite érosive.

SECHERESSE BUCCALE / HYPERSALIVATION

Quatre-vingt-cinq cas ont été enregistrés chez des femmes, soit près de 3 fois plus que les hommes. Les cas de sécheresse buccale ont été plus nombreux que les cas d'hypersalivation.

Les patients âgés sont les plus fréquemment atteints : la sécheresse buccale pouvant être causée par de nombreux facteurs (polymédication, maladies neuro-dégénératives, maladies inflammatoires...). Les femmes étant sujettes à des maladies auto-immunes (telles que le Syndrome de Gougerot-Sjögren) avec l'âge, le pourcentage de notre étude est donc cohérent.

HERPES

Seulement 49 cas d'herpès ont été rencontrés, ce qui constitue un faible pourcentage (1% de l'échantillon global). Plus de la moitié des cas ont été retrouvés chez des femmes. L'herpès touche également des sujets plus jeunes (entre 20 ans et 44 ans), au niveau de la muqueuse palatine (20 cas).

Ce pourcentage est faible par rapport à celui obtenu à Ljubjana, en Slovénie, en 2000, où 16% de cas d'herpès récurrent avaient été détectés (25).

L'herpès ne semble pas être un motif de notre consultation, ce qui expliquerait ce faible taux observé.

GOÛT

La dysgueusie (ou sensation de goût métallique) et l'halitose (sensation de mauvaise haleine) sont les deux troubles du goût les plus répandus. Ils touchent surtout les femmes, avec une distribution relativement similaire entre 20 ans et plus de 65 ans (aucun cas n'a cependant été détecté chez les moins de 20 ans), pouvant s'expliquer par l'augmentation de la prise de médicaments avec l'âge et les effets secondaires de ceux-ci sur la salive.

MALADIE SYSTEMIQUE

Enfin, 26 manifestations buccales de maladies systémiques ont été dénombrées dans cette thèse (maladie de Crohn et lupus en tête, ayant une localisation ubiquitaire au sein de la cavité buccale). Aucune différence entre sexe n'a été constatée. La tranche d'âge des 45-64 ans est la plus représentée, tandis que les lèvres et les joues sont les deux sites les plus atteints.

C) Les nodules

Parmi toutes les lésions orales de notre étude, nous nous sommes intéressés plus particulièrement à la catégorie des nodules. En effet, ce sont les lésions les plus largement retrouvées (24%). Cette catégorie se rencontre plus fréquemment chez les femmes, entre 45 ans et 64 ans, sa localisation préférentielle étant la muqueuse gingivale.

Cette prédominance féminine a également été retrouvée au Brésil, en 2012 (18). A l'inverse, ces résultats sont en contradiction avec ceux obtenus dans une étude de 209 cas publiée au Maroc, en 2011, qui a mis en évidence une prédominance masculine, avec un âge moyen de 38 ans ainsi qu'une localisation préférentielle sur la lèvre (26).

Les nodules biopsiés sont majoritairement représentés par les épulis (34%), les diapneusies (26%), les papillomes (14%) et les mucocèles (11%).

Ces données concordent avec celles obtenues par El Khatib et al, distinguant les lésions et tumeurs d'origine conjonctive (représentées par une majorité d'épulis et de diapneusies), les tumeurs bénignes d'origine salivaire et les tumeurs à composante épithéliale (représentées presque exclusivement par les papillomes) (26).

EPULIS

Les **épulis** observées dans cette étude touchent plus fréquemment les femmes, avec un âge moyen compris entre 50 ans et 60 ans et siègent sur les gencives maxillaire et mandibulaire de façon similaire. Les épulis fibreuses et fibro-inflammatoires sont les plus représentées.

El Khatib et al (26) ont mis en évidence une prédominance féminine des épulis, au même titre que notre étude, mais avec un âge moyen d'apparition plus jeune (entre 24 et 40 ans). Les épulis fibreuses étaient les plus fréquentes (16 cas), de même que dans cette thèse.

DIAPNEUSIES

Les **diapneusies** sont plus fréquentes entre 50 ans et 60 ans chez les femmes et touchent principalement la muqueuse jugale.

Ces données sont similaires à celles présentées en Arabie Saoudite, en 2019 (27) avec 43 cas chez des femmes (contre 27 chez des hommes). Néanmoins, l'âge moyen est de 45 ans, donc plus jeune que dans notre étude.

PAPILLOMES

Les **papillomes**, seules tumeurs épithéliales bénignes, sont retrouvés chez les patients âgés de 40 ans à 50 ans, principalement des hommes. La langue et le voile du palais sont les deux sites principalement atteints.

Chang et al ont également retrouvé des papillomes chez des patients de tout âge mais avec une prévalence plus importante entre 30 et 50 ans (28).

Dans une autre étude, les papillomes sont plus fréquents chez les hommes, essentiellement sur la langue (57% des cas), ce qui est en accord avec nos données (26).

MUCOCELES

Enfin, les 4^{èmes} lésions nodulaires les plus fréquentes de notre travail : les **mucocèles**, sont en grande majorité des mucocèles formés par extravasation. Ils sont davantage présents chez des sujets jeunes (entre 30 ans et 40 ans) et principalement des hommes. Ces données sont identiques à celles de la littérature (29).

Ils siègent préférentiellement sur la muqueuse labiale inférieure puis sur la lèvre supérieure.

Quant aux mucocèles par rétention, nous les observons comme dans la littérature (29) chez les adultes plus âgés et plutôt sur la lèvre supérieure.

Une étude publiée en Pologne, en 2019, confirme la localisation labiale inférieure comme la localisation préférentielle des mucocèles (30).

D) Localisation

De façon générale, la langue, les gencives, les lèvres et les joues sont donc les quatre localisations les plus fréquemment atteintes par des lésions orales dans notre étude.

Ainsi, la langue est un site prédominant pour le lichen plan, les nodules, les douleurs et les candidoses (en dehors des lésions spécifiques de la langue).

Les gencives sont fortement représentées dans les nodules, le lichen plan ainsi que les lésions pigmentées.

Les lèvres sont essentiellement le siège de BGSA et de nodules.

Les joues sont plus fréquemment touchées dans le lichen plan, les nodules ainsi que les lésions blanches.

Néanmoins, le palais est également un site largement représenté dans certaines lésions, comme le lichen plan, les lésions pigmentées, les tumeurs malignes, les douleurs, les ulcérations, les candidoses, les maladies bulleuses ainsi que l'herpès.

Dans une précédente étude, menée à Bordeaux, en 2016, la lèvre inférieure (19%), la face dorsale de la langue (15%), le palais (14%) et les joues (13%) étaient les quatre principaux sites touchés. La population alors étudiée (population alcoolo-tabagique), population plus à risque que la nôtre peut cependant expliquer les différences observées (31).

Il est important de noter la distribution anatomique des lésions dans un objectif épidémiologique, afin d'évaluer les sites particulièrement à risque et d'assurer leur surveillance à chaque consultation.

E) Limites de l'étude

Les résultats de notre étude doivent être interprétés à la lumière des limites d'une étude rétrospective menée sur 20 ans (32).

Malgré le nombre élevé de patients inclus dans l'étude, l'échantillon sélectionné dans cette étude n'est peut-être pas représentatif de l'ensemble de la population française, notamment parce que ces patients ont été reçus uniquement en milieu hospitalier. De même, de plus en plus de praticiens posent un diagnostic ou réalisent des biopsies directement au cabinet.

De plus, la comparaison avec d'autres études a été rendue difficile par les changements effectués dans la classification des catégories cliniques, certaines études étant basées sur une classification uniquement anatomo-clinique (33) tandis que d'autres sont focalisées sur une classification

purement anatomo-histologique (34). Ainsi, dans notre thèse, les 17 catégories que nous avons choisi de distinguer sont différentes des catégories utilisées dans les études de la littérature.

Dans cette étude, nous avons choisi de ne pas évaluer le rôle de l'association alcool / tabac dans la survenue de lésions de la muqueuse orale, non par manque d'intérêt, mais par manque de données fiables avant 2010.

Nous avons également uniquement développé la catégorie clinique la plus représentée, à savoir les nodules. Un travail ultérieur pourrait détailler l'ensemble des catégories cliniques.

CONCLUSION

En conclusion, dans cette étude menée sur 20 années, les lésions nodulaires sont les plus représentées suivies du lichen plan et des BGSA.

La répartition et la prévalence de ces lésions varient d'une année à l'autre, mais évoluent également selon l'âge et le sexe : de façon générale, les femmes sont plus touchées que les hommes et la prévalence augmente avec l'âge.

La langue est la principale localisation des lésions orales.

Les nodules sont principalement représentés par les épulis, les diapneusies, les papillomes et les mucocèles. Ces lésions se rencontrent plus fréquemment chez les femmes, entre 45 ans et 64 ans et sont localisées préférentiellement sur les gencives.

Du fait des pourcentages relativement élevés de lésions orales malignes ou potentiellement malignes dans notre étude, ces données sont primordiales afin de promouvoir le dépistage précoce de cancers oraux auprès des professionnels de santé.

L'examen systématique de l'ensemble de la cavité buccale est indispensable pour la détection des lésions orales. Le rôle du praticien est primordial afin de poser un diagnostic clinique ; néanmoins, seul l'examen anatomopathologique résultant d'une biopsie permet un diagnostic final définitif. La réalisation d'une biopsie est donc recommandée en cas de doute sur l'aspect clinique d'une lésion, afin de ne pas manquer une lésion potentiellement maligne.

De futures études pourront se focaliser sur l'influence de l'association alcool / tabac sur la survenue de lésions de la muqueuse buccale, facteur n'ayant pas été analysé dans cette thèse.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Sami El Toum, Antoine Cassia, Nermine Bouchi, Issam Kassab, « Prevalence and Distribution of Oral Mucosal Lesions by Sex and Age Categories: A Retrospective Study of Patients Attending Lebanese School of Dentistry », *International Journal of Dentistry*, 2018, Volume 2018, Pages 1-6
- (2) E. Massereau, R. Laurans, J-M Foletti, A. Gallucci, C. Chossegras, « Étude épidémiologique des pathologies de la muqueuse buccale dans une consultation spécialisée de centre hospitalo-universitaire (CHU) ; Epidemiology of oral diseases in a university hospital specialized consultation », *Revue de Stomatologie, de Chirurgie maxillo-faciale et de Chirurgie orale*, 2016, Volume 117, Pages 136-141
- (3) A. V. Jones, C. D. Franklin, « An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period », *Journal of Oral Pathology and Medicine*, 2006, Volume 35, Pages 392-401
- (4) Application of the international classification of diseases to dentistry and stomatology (IC-DA), 3^{ème} édition, Genève, 1987
- (5) Oral Health Surveys : basic methods, 3^{ème} édition, Genève, World Health Organisation, 1987
- (6) <https://www.passeportsante.net> : comment différencier une tumeur maligne d'une tumeur bénigne ?
- (7) K. Sadey, thèse : « Analyse des motifs de consultation en dermatologie buccale hospitalière : étude prospective », 2019, HAL
- (8) Raquel Sixto-Requeijo, Marco Diniz-Freitas, Juan-Carlos Torreira-Lorenzo, Abel García-García, José M. Gándara-Rey, « An analysis of oral biopsies extracted from 1995 to 2009, in an oral medicine and surgery unit in Galicia (Spain) », *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 2012, Vol 17 (1), Pages 16-22
- (9) Mohammad Ali, Devipriya Sundaram, « Biopsied Oral Soft Tissue Lesions in Kuwait : A Six-Year Retrospective Analysis », *Medical Principles and Practice*, 2012, Volume 21, Pages 569-575
- (10) INSEE, Population par sexe, données annuelles de 1990 à 2021 : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381466#:~:text=r%20%3A%20donn%C3%A9es%20r%C3%A9vis%C3%A9es.,et%2032%20560%20000%20hommes>.
- (11) INSEE, Les femmes plus nombreuses dans la population, surtout aux âges avancés : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3705321>
- (12) Jazia A. Alblowi, Nada O. Binmadi, « Histopathologic analysis of gingival lesions : A 20-year retrospective study at one academic dental center », *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 2018, Volume 10 (6), Pages 561-566
- (13) S.S Patil, U.R Kontham, R.K Kontham, A. Chowdhery, « Retrospective evaluation of paediatric oral biopsies over a 10-year period in Western India », *European archives of paediatric dentistry : official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, 2017, Volume 18, Pages 171-178
- (14) Ahmed Qannam, Ibrahim O. Bello, « The range of diagnoses for oral soft-tissue biopsies of geriatric patients in a Saudi Arabian teaching hospital », *The Saudi Dental Journal*, 2016, Volume 28, Pages 96 - 101
- (15) Manuel-Moreira Guedes, Rui Albuquerque, Marta Monteiro, Carlos-Alberto Lopes, José-Barbas do Amaral, José-Júlio Pacheco, Luís-Silva Monteiro, « Oral soft tissue biopsies in Oporto, Portugal : An

eight year retrospective analysis », *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 2015, Volume 7 (5), Pages 640-648

(16) Sylvain Papon, Catherine Beaumel, « BILAN DÉMOGRAPHIQUE 2020 RÉVISÉ : Avec la pandémie de Covid-19, nette baisse de l'espérance de vie et chute du nombre de mariages », *Insee Première*, n° 1846, Mars 2021

(17) César Rivera, Carolina Jones-Herrera, Pablo Vargas, Bernardo Venegas, Daniel Droguett, « Oral diseases : a 14-year experience of a Chilean institution with a systematic review from eight countries », *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 2017, Volume 22 (3), Pages 297-306

(18) Marina Mendez, Vinicius Coelho Carrard, Alex Nogueira Haas, Isabel da Silva Lauxen, João Jorge Diniz Barbachan, Pantelis Varvaki Rados, Manoel Sant'Ana Filho, « A 10-year study of specimens submitted to oral pathology laboratory analysis: lesion occurrence and demographic features », *Brazilian Oral Research*, 2012, 26 (3), Pages 235-241

(19) Luis S. Monteiro, Rui Albuquerque, Antonio Paiva, Jesus de la Pena-Moral, Jose B. Amaral, Carlos A. Lopes, « A comparative analysis of oral and maxillofacial pathology over a 16-year period, in the north of Portugal », *International Dental Journal*, 2017, 67, Pages 38-45

(20) Ramandeep Singh Gambhir, K L Veerasha, Raman Sohi, Heena Kakkar, Amit Aggarwal, Deepak Gupta, « The prevalence of oral mucosal lesions in the patients visiting a dental school in Northern India in relation to sex, site and distribution : A retrospective study », *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 2011, 3 (1), Pages 10-17

(21) Renaudon A., Gouget-Audry I., Baranes M., Dame M., Maire T., Poulesquen V., Alantar A., « Prévalence et topographie des lésions de la muqueuse buccale : à propos de 256 biopsies / Prevalence and distribution of lesions of oral mucosa : report of 256 biopsies », *Actualités Odontostomatologiques (AOS)*, 2013, Volume 261, Pages 29-32

(22) : E. Vigarios, C. de Bataille, M. Boulanger, J-C Fricain, V. Sibaud, « Variations physiologiques de la langue », *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, 2015, Volume 142, Pages 582-592

(23) : Jahanfar Jahanbani, Leiv Sandvik, Torstein Lyberg, Eva Ahlfors, « Evaluation of Oral Mucosal Lesions in 598 Referred Iranian Patients », *The Open Dentistry Journal*, 2009, Volume 3, Pages 42-47

(24) : Rashmi Goyal, Shalini Jadia, Leena Jain, Chhavi Agarawal, « A Clinical Study of Oral Mucosal Lesions in Patients Visiting a Tertiary Care Centre in Central India », *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 2016, Volume 68, Pages 413-416

(25) : Kovac-Kovacic M, Skaleric U, « The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia », *Journal of Oral Pathology and Medicine*, 2000, Volume 29, Pages 331-335

(26) : Karim El Khatib, Alae Guerrouani, Farah Hajji et al., « Tumeurs bénignes de la cavité buccale: étude rétrospective de 209 cas », *Med Buccale Chir Buccale*, 2011, Volume 17, Pages 115- 119.

(27) : Nada A, Alhindi Amal M, Sindi Nada O, Binmadi Wael Y Elias, « A retrospective study of oral and maxillofacial pathology lesions diagnosed at the Faculty of Dentistry, King Abdulaziz University », *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 2019, Volume 11, Pages 45-52

(28) : Chang F, Syrjänen S, Kellokoski J, Syrjänen K, « Human papillomavirus (HPV) infections and their associations with oral disease », *Journal of Oral Pathology and Medicine*, 1991, Volume 20, Pages 305-317.

(29) : El H Bayi El, Chbicheb S, Elwady W « Kyste mucoïde de la lèvre inférieure: à propos d'un cas clinique », *Google Scholar*

(30) : Katarzyna Błochowiak, Justyna Farynowska, Jerzy Sokalski, Marzena Wyganowska-Świątkowska, Henryk Witmanowski, « Benign tumours and tumour-like lesions in the oral cavity: a retrospective analysis », *Advances in Dermatology and Allergology*, 2019, Volume 37, Pages 744-751

(31) : Thèse, Laetitia Selva, « Étude descriptive des lésions de la muqueuse buccale observées dans une population à risque à Bordeaux, France », 2016, HAL

(32) : Niveau de preuve et gradation des Recommandations de Bonne Pratique – État des lieux, Haute Autorité de Santé (HAS), Avril 2013

(33) : Fariborz Mansour Ghanaei, Farahnaz Joukar, Maryam Rabiei, Alireza Dadashzadeh, Ali Kord Valeshabad, « Prevalence of Oral Mucosal Lesions in an Adult Iranian Population », *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2013, Volume 15, Pages 600-604

(34) : Thorakkal Shamim, Vengal Ipe Varghese, Pallikandi Maliyekkal Shameena, Sivasankar Sudha, « A retrospective analysis of gingival biopsied lesions in south indian population : 2001-2006 », *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 2008, Volume 13, Pages 414-418

Serment d'Hippocrate

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

Je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de La Médecine Dentaire.

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

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

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

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



Approbation – Improbation

Les opinions émises par les dissertations présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ou improbation de la Faculté de Chirurgie dentaire (1).

Lu et approuvé,

Vu,
Nice, le

Le Président du jury,

Le Doyen de la Faculté de
Chirurgie Dentaire de l'UNS

Professeur Laurence LUPI

Professeur Laurence LUPI

(1) Les exemplaires destinés à la bibliothèque doivent être obligatoirement signés par le Doyen et par le Président du Jury.

**ETUDE RETROSPECTIVE DES LESIONS DES
MUQUEUSES ORALES AU SEIN D'UN
SERVICE DE CONSULTATION SPECIALISE DU
CHU DE NICE**

Thèse : Chirurgie Dentaire, Nice, 2021, n°42-57-21-25

Directeur de thèse : **Docteur RAYBAUD Hélène**

Mots-clés : dermatologie buccale, étude rétrospective, lésions orales, distribution anatomique, nodules

Résumé :

L'objectif de cette thèse est d'évaluer, à travers une étude rétrospective menée sur une période de 20 ans, la prévalence et la distribution des lésions des muqueuses orales au sein d'un service de consultation spécialisé du CHU de Nice.

Après avoir défini les principales catégories cliniques rencontrées au cours de cette étude et avoir collecté différentes données telles que l'âge, le sexe, le type de consultation ou encore le type d'acte (biopsie ou non), nous avons obtenu des résultats qui ont été comparés aux données de la littérature en France comme à l'international.

Ces données, notamment en ce qui concerne les lésions potentiellement malignes ou malignes, présentent un intérêt épidémiologique majeur, en particulier pour promouvoir leur dépistage précoce par les professionnels de santé.