

Infections buccales

- La cavité buccale est naturellement colonisée par un grand nombre d'espèces bactériennes cosmopolites aérobies (streptocoques, *Neisseria*...), anaérobies (*Fusobacterium*, *Veillonella*, actinomycètes...) et par des levures (*Candida*) en petite quantité. Dans certaines conditions (mauvaise hygiène, carences nutritionnelles, diabète, immunodépression, irritation locale) elles peuvent se comporter comme des agents opportunistes, infecter la cavité buccale et éventuellement diffuser dans les tissus voisins ou à distance.
- Des micro-organismes exogènes peuvent aussi infecter la cavité buccale, qu'ils soient cosmopolites (herpès, entérovirus...) ou limités au milieu tropical (tréponèmes non vénériens, agents des mycoses profondes, leishmanies, bacilles de Hansen, du charbon...)
- Les infections buccales peuvent présenter des particularités liées à des facteurs fréquents dans le milieu tropical (retard à la consultation, malnutrition, climat...).
- Les atteintes les plus fréquentes sont représentées par la primo-infection herpétique, les différentes formes de candidose orale et les problèmes infectieux en rapport avec une pathologie plus spécifiquement dentaire.

1. Examen de la cavité buccale

- Il est effectué de façon rigoureuse avec un abaisse langue et un bon éclairage permettant l'examen systématique des différentes parties de la bouche : langue (faces supérieure et inférieure, bords latéraux), dents et gencives, faces internes des joues, faces internes et externes des lèvres, palais, oropharynx.
- Il s'accompagne parfois d'un palper (protégé) des lésions ainsi que des aires ganglionnaires cervicales.
- L'examen de la cavité buccale, par l'intérêt des renseignements qu'il peut apporter sur l'état de santé d'un patient (mise en évidence d'une candidose buccale révélant un SIDA), mériterait d'être effectué de façon systématique au cours de tout examen général.

2. Examens complémentaires

- La radiographie rétro-alvéolaire et les clichés panoramiques sont utiles pour évaluer l'étendue des infections des dents et de leurs supports ; l'échographie, la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique apprécient leur extension loco-régionale (tissus mous cervicaux, sinus, adénopathies, os).
- Les prélèvements microbiologiques sont surtout utiles en cas de diffusion locorégionale ou à distance (hémocultures) de l'infection.
- Le cytodiagnostics est un examen à la fois simple, rapide, peu coûteux et susceptible, dans des mains entraînées, d'apporter à peu de frais des renseignements déterminants au cours de certaines affections (herpès, maladies bulleuses...).

3. Infections des dents et de leurs supports

- Elles concernent les dents, les ligaments alvéolo-dentaires, les gencives, les alvéoles osseuses, le ciment. Une carie est habituellement le point de départ de l'infection (tableau 1).

Tableau 1. Principales infections dentaires

Infection	Mécanisme	Symptômes	Conséquences	Traitement
Carie dentaire	Destruction de l'émail, de la dentine puis de la pulpe par la prolifération de bactéries de la plaque dentaire, favorisée par la mauvaise hygiène, les sucres	Douloureuse si atteinte de la pulpe, cavité dentaire Dent grise	Pulpite Destruction de la dent	Soins de dentisterie Antiseptiques locaux
Pulpite	Infection de la pulpe dentaire	Douleur au froid, au chaud, au sucre, à la percussion latérale Vitalité de la pulpe +	Granulomes apicaux Abscess apicaux	
Desmontite	Infection du ligament alvéolo-dentaire	Douleur pulsatile augmentée par le chaud, le décubitus, la percussion axiale, calmée par le froid Perte de la vitalité de la pulpe		
Gingivite	Inflammation et/ou infection des gencives	Pyorrhée Hypertrophie Saignements Ulcérations, nécrose des gencives	Déchaussement des dents	Antiseptiques locaux Antibiothérapie si gingivite ulcéro-nécrotique
Parodontite	Infection de l'ensemble des supports dentaires	Douleur, signes de suppuration locaux, syndrome infectieux	Destruction des tissus de support Déchaussement des dents	Soins de dentisterie (débridement mécanique) Antibiothérapie si parodontite agressive localisée/ généralisée
Alvéolites suppurées Abscess apical Ostéites Cellulites	Suppurations locales des cavités osseuses des maxillaires ou des tissus mous	Signes d'infection généraux et locaux	Chronicité Extension locorégionale Bactériémie	Antibiothérapie systématique

- Le risque est l'extension régionale de l'infection (ostéite maxillaire, cellulite, adénite cervicale, sinusite maxillaire, thrombophlébite jugulaire avec embolies septiques pulmonaires du syndrome de Lemierre) et la diffusion de l'infection à distance (bactériémie, endocardite, embolies septiques, actinomycose pulmonaire) :

Toute intervention sur les dents et leurs supports nécessite une chimioprophylaxie chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse (porteurs de prothèse valvulaire, ayant un antécédent d'endocardite infectieuse, ou porteurs d'une cardiopathie cyanogène).

- Traitement : en règle générale, l'antibiothérapie systémique est indiquée pour les atteintes les plus sévères (tableau 1), et en présence de fièvre, d'un trismus, d'adénopathies, ou d'œdème persistant/évolutif chez les patients immunodéprimés. Elle est associée aux soins locaux (paragraphe 4.3). Le choix de l'antibiothérapie peut varier en fonction de l'infection dentaire. Le traitement de première intention repose généralement sur l'amoxicilline, les macrolides (azithromycine, clarithromycine, spiramycine), ou la clindamycine. En cas d'échec, sur l'amoxicilline-acide clavulanique ou l'association d'amoxicilline et du metronidazole.

4. Infections de la muqueuse buccale

4.1. Diagnostic différentiel des infections buccales

- La pathologie buccale ne se résume pas aux maladies infectieuses :
 - des pathologies inflammatoires, générales, tumorales bénignes ou malignes peuvent comporter des manifestations buccales (tableau 2) ; la pigmentation gris-bleu des gencives au cours de l'insuffisance surrénalienne (tuberculose) ne doit pas être confondue avec celle des tatouages traditionnels.
 - des maladies dermatologiques ou systémiques ont parfois des localisations buccales qui peuvent être au premier plan de la symptomatologie ; certaines peuvent être fébriles (érythème polymorphe muqueux ou syndrome de Stevens-Johnson, maladie de Kawasaki...) (tableau 2).
- Le diagnostic positif de ces affections, parfois urgent, relève d'un avis spécialisé.
- De même, l'avis d'un dentiste ou d'un stomatologue est indiqué en cas de suspicion d'atteinte dentaire ou parodontale.

4.2. Principales infections buccales

Dans le tableau 2, figurent les principales affections pouvant être observées dans ce contexte, classées à partir du signe d'examen clinique le plus significatif. Seuls sont signalés des signes facilement identifiables, y compris par l'agent de santé n'ayant pas une grande expérience de la pathologie buccale ou dermatologique.

4.2.1. Ulcérations buccales

Elles sont très fréquentes et font en général suite à une éruption bulleuse ou vésiculeuse rapidement rompue du fait du siège buccal et de ce fait rarement visible ; ces ulcérations sont souvent recouvertes d'un enduit fibrineux blanchâtre, pseudo-membraneux, à distinguer des « plaques blanches » candidosiques ou leucoplasiques. Les ulcérations linguales peuvent rarement être dues à une actinomycose et simuler un cancer (voir le chapitre « [Actinomycoses et nocardioses](#) »).

4.2.2. Angines

Elles ne concernent par définition que la région pharyngo-amygdalienne, mais certaines infections peuvent prédominer, transitoirement ou plus longtemps au niveau d'autres parties de la muqueuse buccale (primo-infection herpétique, chancre syphilitique...) ; elles s'ajoutent ainsi à la pathologie plus spécifique de cette région (angines streptococciques, virales, diphtérie, mononucléose infectieuse...) (voir le chapitre « [Infections respiratoires hautes](#) »).

4.2.3. Gingivo-stomatites virales

L'herpès en est la cause la plus fréquente :

- La primo infection est fréquente chez l'enfant (voir le chapitre « [Herpès](#) »). Sa guérison survient spontanément en une dizaine de jours. L'aciclovir (oral ou i.v.) n'est formellement indiqué que dans les formes sévères et/ou celles de l'immunodéprimé.
- Les récurrences, surtout labiales, surviennent dans 30 à 50 % des cas. Elles ne relèvent que de soins antiseptiques locaux (photo 1).

Photo 1. Gingivo-stomatite herpétique



Leucoplasie chevelue

Due au virus EBV, elle est caractérisée par des stries blanchâtres épaissies sur les bords de la langue et se voit surtout au cours du SIDA (photo 2). Elle régresse sous le simple effet de la restauration immunitaire due aux antirétroviraux.

Photo 2. Leucoplasie chevelue de la langue



Maladie de Kaposi

Cet angiosarcome du au virus HHV8 est souvent liée à l'infection par le VIH. Les localisations buccales siègent au niveau du palais ou des gencives et se traduisent par des macules ou des bourgonnements rouge-violacés (photo 3). Les formes minimales régressent sous traitement antirétroviral efficace.

Photo 3. Kaposi gingival



Autres gingivo-stomatites virales

Le zona des branches maxillaires du trijumeau se traduit par une éruption de la cavité buccale (photo 4). La varicelle, les coxsackies, les papillomavirus peuvent se traduire par des lésions bulleuses ou érosives (tableau 2).

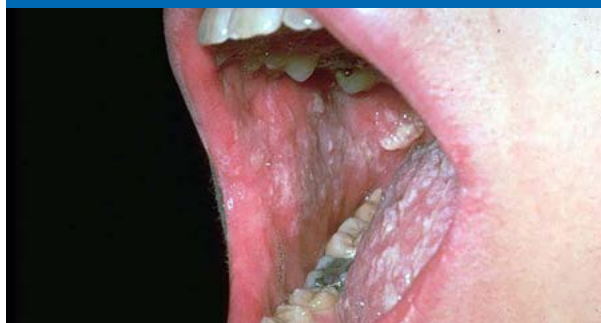
Photo 4. Zona du palais (trijumeau)



4.2.4. Candidose orale

- Le muguet est constitué de dépôts blanchâtres dont l'ablation à l'aide de l'abaisse-langue est facile (photo 5). Il peut être rencontré chez le nourrisson et chez l'immunodéprimé (infection par le VIH, chimiothérapie...). Son traitement repose sur l'application d'antimycosiques locaux : amphotéricine B sous forme de suspension orale en bains de bouche, à garder 5 minutes en bouche avant de l'avaler ; miconazole en gel buccal ou sous forme de pastille muco-adhésive ; nystatine en suspension orale ; fluconazole oral chez l'immunodéprimé, ou en cas de lésions modérées à sévères (voir le chapitre « [Antifongiques](#) »).
- La candidose érythémateuse et atrophique (langue « rôtie », diffusion possible au reste de la muqueuse buccale) se rencontre plus particulièrement chez le sujet porteur de prothèse dentaire ou au décours d'une antibiothérapie orale ou d'une corticothérapie générale prolongée.

Photo 5. Candidose buccale. Muguet
(ANOFEL 3. M. Feuilhade et C. Lacroix.
Parasitologie-mycologie. CHU Saint Louis. Paris)



4.2.5. Syphilis

- Elle reste fréquente en milieu tropical.
- On peut identifier, au niveau de la muqueuse buccale, des lésions contemporaines des trois stades de la maladie :
 - primaire : il s'agit alors d'un chancre buccal, labial ou amygdalien notamment, unique, indolore, induré, accompagné d'adénopathies mais sans éruption ;
 - secondaire : à type de « plaques fauchées » du dos de la langue, de papules périlabiales, d'ulcérations muqueuses superficielles (photo 6) ; les lésions sont souvent douloureuses, multiples et peuvent être associées à une éruption ;
 - tertiaire, rares : leucoplasies, ulcères creusants.
- Certains caractères sémiologiques sont classiques : absence de douleur, adénopathie satellite, induration des lésions primaires.

- Le diagnostic repose sur les sérologies (cardiolipidiques non spécifiques : RPR, VDRL ; tréponémiques spécifiques : TPHA, FTA-ABS), qui sont toutefois négatives au début de la phase primaire (voir le chapitre « [Ulcérations génitales](#) »).

Photo 6. Syphilides de la langue



4.2.6. Tréponématoses endémiques

Le pian et le bétel symptomatiques sont encore rencontrés chez des sujets issus de zones reculées. Leur présentation clinique, en particulier au niveau buccal, rappelle souvent celle d'une syphilis secondaire vénérienne (photo 7). Il n'est pas possible de distinguer une tréponématose endémique d'une syphilis vénérienne sur la seule foi des résultats des examens sérologiques (voir le chapitre « [Tréponématoses endémiques](#) »).

Photo 7. Bétel. Plaques muqueuses buccales



4.2.7. Charbon

Les localisations buccales évoluent vers une nécrose pseudo-membraneuse, des adénopathies et un œdème cervical (voir le chapitre « [Charbon](#) »).

4.2.8. Tuberculose

Les ulcérations de la tuberculose primaire de la bouche sont chroniques, indolores et s'accompagnent d'adénopathies cervicales.

4.2.9. Lèpre

Les lésions buccales à type de nodules hémorragiques sessiles sont observées dans 20 à 60 % des lèpres lépromateuses, elles sont consécutives à celles de la muqueuse nasale et peuvent atteindre la langue, les lèvres, le palais mou et le pharynx.

4.2.10. Mycoses profondes

Les atteintes buccales sont peu fréquentes, y compris dans les zones de forte endémie. Au cours des paracoccidioïdomycoses sud américaines, des ulcérations buccales peuvent être la localisation initiale de la mycose

ou accompagner les atteintes pulmonaires ; elle touchent les alvéoles et les gencives, plus rarement le palais et les lèvres (photo 8). L'histoplasmosse peut aussi se manifester par des ulcérations buccales (voir le chapitre « [Mycoses profondes tropicales](#) »).

Photo 8. Paracoccidioïdomycose buccale



4.2.11. Leishmaniose cutanéomuqueuse

Elle est exceptionnellement observée sur le continent africain. Les formes latino-américaines touchant le nez et la muqueuse buccale peuvent survenir des mois ou des années après la primo-infection (voir le chapitre « [Leishmanioses](#) »).

4.2.12. Noma (voir le chapitre « [Infections de la peau, des tissus mous et des muscles](#) »)

Tableau 2. Principales infections de la muqueuse buccale

Symptômes prédominants	Maladie	Description clinique	Remarques	Diagnostics différentiels non infectiologiques
Ulcération(s) buccale(s) (volontiers recouvertes d'un enduit pseudo-membraneux)	Primo-infection herpétique	Gingivo-stomatite diffuse, douleurs, fièvre, adénopathies	Fréquente, récides labiales +++ ou endo-buccales +	<i>Aphtes</i> <i>Maladies bulleuses</i> <i>Lichen plan</i> <i>Maladies systémiques</i> <i>Tumeur ulcérée</i> <i>Traumatisme dentaire</i> <i>Agranulocytose</i>
	Varicelle	Éruption cutanée		
	Pied-main-bouche (coxsackie A16)	Éruption cutanée des extrémités		
	Herpangine	Atteinte postérieure		
	Primo-infection VIH	Fièvre, éruption cutanée, syndrome mononucléosique	Sérologie VIH négative au début	
	Syphilis primaire	Caractère indolore, adénopathie	Sérologies négatives au début	
	Syphilis tertiaire	Caractère indolore, base indurée, chronicité	Rare	
	Histoplasmose	Fièvre associée	Zones d'endémie de <i>H. capsulatum</i>	
	Tuberculose	Atteinte pulmonaire associée	Localisation exceptionnelle	
Plaques blanches	Candidose (muguet)	Décollement au grattage	Parfois associée au VIH	<i>Leuco-œdème ethnique</i> <i>Leucoplasie néoplasique</i> <i>Lichen plan</i>
	Leucoplasie chevelue	Atteinte des bords de la langue	Souvent associée au VIH	
	Syphilis tertiaire		Rare	
Lésions en relief	Papillomes viraux		Nombreux HPV possibles	<i>Tumeurs bénignes</i> <i>Tumeurs malignes</i>
	Syphilis secondaire	Éruption cutanée, plaque muqueuse génitale	Sérologies positives	
	Tréponématoses endémiques			
	Histoplasmose	Aspect bourgeonnant	Zones d'endémie de <i>H. capsulatum</i>	
	Leishmaniose muqueuse	Aspect violacé	Exceptionnelle en Afrique	
	Maladie de Kaposi		Souvent associée au VIH	
	Lépromes	Atteinte cutanée et nerveuse associée	Formes LL évoluées	

Tableau 2. Principales infections de la muqueuse buccale

Symptômes prédominants	Maladie	Description clinique	Remarques	Diagnostics différentiels non infectiologiques
Langue dépapillée	Syphilis secondaire	Éruption cutanée, atteinte de la muqueuse génitale	Sérologies positives	Langue géographique Glossites carentielles (fer, vitamine B 12)
	Tréponématoses endémiques			
	Candidose (atrophique)	Langue « rôtie » érythémateuse	Prothèse dentaire, antibiothérapie, parfois associée au VIH	
Taches rouges	Arboviroses (dengue...)	Purpura, gingivorragies	Fait craindre une dengue hémorragique	Purpuras hématologiques Inflammations dermatologiques Néoplasies
	Maladie de Kaposi	Aspect violacé, plan ou relief	Souvent associée au VIH	
Inflammation gingivale	Gingivite ulcéro-nécrotique	Terrain débilite, mauvaise hygiène, ulcérations papillaires Atteinte dentaire	Parfois associée au VIH, peut évoluer vers un noma	Maladies bulleuses Lichen plan
	Parodontite	Atteinte dentaire	Tréponématoses endémiques stomatologiques	
Chéilite	Syphilis	Caractère indolore, éruption cutanée et plaques génitales	Sérologies tréponémiques	Chéilite actinique Néoplasies Lichen plan Lupus Tic de léchage ou de mordillement Eczéma Maladie de Kawasaki Perlèche de macération Chéilite granulomateuse
	Tréponématoses endémiques			
	Herpès (réurrences)	Lésions en bouquet	Fréquent	
	Impétigo	Croûtes d'aspect jaunâtre	Fréquent	
	Furoncle lèvre sup		Risque de staphylococcie maligne	
	Perlèche angulaire candidosique			
Fistule cervico-faciale	Fistule dentaire	Lésion dentaire	Prise en charge stomatologique	
	Actinomyose	Grains jaunes		
	Noma	Ulcération délabrante altération de l'état général	Prise en charge médico-chirurgicale	

4.3. Traitement symptomatique des infections de la muqueuse buccale

- Outre les traitements étiologiques spécifiques, un traitement symptomatique est souvent utile, notamment en cas de lésions ulcérées : tamponnement de lésions avec du violet de gentiane à 0,25 % en solution aqueuse ou, mieux, bains de bouche avec un antiseptique buccal dilué : hexétidine, chlorhexidine, polyvidone iodée.
- Les préparations mentholées sont contre-indiquées avant l'âge de 30 mois.
- La xylocaïne visqueuse en application locale soulage transitoirement les douleurs mais ne doit pas être déglutie sous peine d'entraîner une anesthésie du carrefour pharyngo-laryngé susceptible d'être à l'origine de fausses routes.

Site web recommandé (accès libre) concernant ce chapitre :

<http://www.who.int/topics/en/>