

Les infections spécifiques de la muqueuse buccale

1	Introduction	2
2	Définition.....	2
3	Infection spécifique de la muqueuse buccale	2
3.1	Tuberculose.....	2
3.1.1	Etiopathogénie	2
3.1.2	Voies de transmission.....	2
3.1.3	Manifestations cliniques de la tuberculose buccale	2
3.1.4	Les examens complémentaires	3
3.1.5	Diagnostic différentiel	4
3.1.6	Traitement.....	4
3.2	La syphilis.....	4
3.2.1	Etiopathogénie	4
3.2.2	Manifestations cliniques de la syphilis	4
3.2.2.1	Syphilis primaire	4
3.2.2.2	Syphilis secondaire	5
3.2.2.3	Syphilis tertiaire.....	5
3.2.2.4	Syphilis congénitale	5
3.2.3	Examen para clinique	5
3.2.4	Traitement.....	6
3.3	Actinomyose	6
3.3.1	Etiopathogénie	6
3.3.2	Etude clinique.....	6
3.3.3	Examen para clinique	7
3.3.4	Diagnostic différentiel	7
3.3.5	Traitement.....	7
4	Conclusion	7

1 Introduction

Les infections cutanéomuqueuse de la région cervico-faciale sont fréquentes et il est important de distinguer parmi elles les infections propre à un germe déterminé pouvant entrer dans le cadre d'une infection générale c'est le cas des infections spécifiques tel que la tuberculose, la syphilis et l'actinomyose. Nous ne citerons dans notre cours que les infections bactériennes les plus répondues.

2 Définition

Une infection spécifique est une maladie toujours déterminée par la même cause et sensible aux mêmes médicaments, rare et due à un germe précis.

3 Infection spécifique de la muqueuse buccale

3.1 Tuberculose

La tuberculose est une maladie infectieuse, contagieuse endémo-épidémique a transmission interhumaine, elle affecte le plus souvent les poumons, mais d'autres organes peuvent être atteints. La forme extra pulmonaire résulte, selon les sites concernés, de l'extension de voisinage ou de la dissémination hématogène.

Ces formes extra pulmonaires (ganglionnaires, osseuses) sont de plus en plus fréquentes du fait de la co-infection au virus HIV qui favorise la dissémination des Bacilles tuberculeuses, et on peut aussi avoir des localisations au niveau de la cavité buccale.

3.1.1 Etiopathogénie

L'agent responsable est une mycobactérie du complexe tuberculosis principalement le mycobacterium tuberculosis ou bacille de Koch.

La contamination se fait directement par inhalation de microgouttelettes de salive infectée ; ou par voie ascendante à partir d'un foyer tuberculeux pulmonaire.

Le bacille de Koch ne libère aucune toxine. C'est la prolifération des mycobactéries et leur interaction avec les cellules de l'hôte qui sont à l'origine de la maladie.

3.1.2 Voies de transmission

La tuberculose est une maladie à transmission interhumaine qui se fait par la voie aérienne ; à travers les gouttelettes de salive en suspension dans l'air.

La transmission a lieu lorsqu'une personne malade, c'est-à-dire ayant une tuberculose active, tousse, crache ou éternue. Les gouttelettes contaminées contenant des bactéries pénètrent dans le tractus pulmonaire des personnes exposées.

On retrouve également la voie de transmission digestive comme pour le lait non stérilisé de vache atteinte de mammite tuberculeuse, contaminé par mycobacterium bovis.

Autre voies de contamination moins fréquentes : transcutanées par piqûre ou transplacentaire par inhalation de liquide amniotique infecté (tuberculose congénitale)

Les sécrétions infectées (urines, produits de fistules ou d'abcès).

3.1.3 Manifestations cliniques de la tuberculose buccale

La Primo-infection tuberculeuse est le plus souvent pulmonaire et muette cliniquement, affirmée par le test à la tuberculine et la présence de BK au tubage gastrique.

De nombreuses localisations extrapulmonaires de la tuberculose ont été décrites. Les atteintes de la cavité buccale sont rares (0,2 à 1,5 % des cas). Il s'agit le plus souvent d'une localisation secondaire à une atteinte pulmonaire, par inoculation des muqueuses buccales par les crachats ou par voie hématogène. L'inoculation directe de la muqueuse peut être favorisée par une irritation ou des soins dentaires. Plus rarement, la localisation buccale est primitive.

L'infection tuberculeuse orale est à l'origine le plus souvent d'une ulcération chronique, indolore, irrégulière avec une bordure fine mal limitée et dont la surface présente des végétations. Le dos de la langue est le siège le plus fréquent, mais d'autres localisations ont été rapportées : palais, muqueuse jugale et lèvres. Des adénopathies cervicales sont souvent présentes ainsi qu'une altération importante de l'état général du fait de la gêne alimentaire et de l'amaigrissement qu'elles occasionnent. L'examen histologique montre une nécrose caséeuse au centre de follicules épithélioïdes et géantocellulaires. La culture à la recherche de bacilles tuberculeux est nécessaire.

3.1.4 Les examens complémentaires

Les tests initiaux sont une radiographie thoracique et un examen et des cultures de l'expectoration ou du liquide de cyto-ponction. Si le diagnostic de tuberculose active est encore incertain après ces examens une intradermo-réaction à la tuberculine peut être effectuée pour confirmer le diagnostic.

Une intradermoréaction (IDR) à la tuberculine :

C'est un test qui permet de savoir si le patient a déjà été en contact avec le bacille de Koch. L'IDR à la tuberculine est utilisée pour le diagnostic de primo-infection tuberculeuse ou de tuberculose latente.

Pour le réaliser, on injecte sous la peau, au niveau de l'avant-bras, une goutte de tuberculine. Ce liquide contient l'antigène du bacille. La lecture du test se fait 72 heures après l'injection. L'intradermoréaction (IDR) est dite positive si une rougeur et une induration de la peau apparaissent. Une réaction positive peut être observée soit chez une personne vaccinée, soit chez une personne atteinte de tuberculose.

Pour interpréter la réaction au test, le médecin mesure la taille de l'induration et analyse ce résultat en fonction de la date de la dernière vaccination (s'il y en a eu une).

Interprétation de l'IDR à la tuberculine :

48 à 72 heures après l'injection de tuberculine, la peau est inspectée. La réaction est dite positive si une zone rouge enflée apparaît. En fonction de la taille de l'induration, on peut déterminer si le patient est infecté :

- Si la zone d'induration est inférieure à 5 mm : l'IDR est considéré comme négatif, le patient n'a pas été en contact avec le bacille ou la vaccination n'est pas efficace dans son cas.
- Si la zone d'induration est comprise entre 5 et 10 mm : l'IDR est considéré comme positif et reflète une bonne réponse à la vaccination.
- Si la zone d'induration est supérieure à 10 mm : l'IDR est positif et se révèle en faveur d'une infection récente

3.1.5 Diagnostic différentiel

Les diagnostics différentiels à évoquer devant des ulcérations buccales chroniques sont les tumeurs malignes, principalement le carcinome épidermoïde, les lésions traumatiques, les dermatoses buccales (lichen, maladies bulleuses), les infections virales (virus du groupe herpès et VIH), les infections bactériennes (syphilis), les infections fongiques profondes. Des maladies systémiques peuvent également être à l'origine d'ulcères chroniques oraux comme la maladie de Behçet, la sarcoïdose, la maladie de Crohn, ou la maladie de Wegener, ces trois dernières pathologies devant surtout être évoquées en cas de découverte d'un granulome à l'histologie.

3.1.6 Traitement

Le traitement de la tuberculose est d'abord préventif vaccination par le BCG, lutte contre la tuberculose bovine, ébullition du lait, éviction des sujets contagieux. Le traitement spécifique médical repose sur des protocoles associant plusieurs molécules antibacillaires (rifampicine, isoniazide, pyrazinamide, ethambutol) administrées par voie orale. La mise en route du traitement antituberculeux permet une amélioration rapide de l'ulcération et de l'état général. Un traitement chirurgical peut compléter le traitement médical après plusieurs mois, afin de faire l'exérèse des lésions cicatricielles.

3.2 La syphilis

La syphilis est une infection sexuellement transmissible (IST) due à un spirochète *Treponema pallidum*. Il s'agit d'une maladie non immunisante très contagieuse. En France, depuis l'an 2000 il y a eu une recrudescence des cas de syphilis. L'épidémie intéresse principalement les homosexuels masculins dont plus de la moitié est infectée par le VIH.

Ce sont les lésions muqueuses qui sont contagieuses (chancre de la syphilis primaire et syphilides érosives de la syphilis secondaire). Cette augmentation d'incidence explique que la syphilis devienne à nouveau un motif non rare de consultation.

3.2.1 Etiopathogénie

L'agent responsable est le *Treponema pallidum*

Les Voies de contamination sont :

- Soit vénériennes pour 95 % des cas (contact sexuel)
- Soit congénitale à travers la membrane placentaire (mère \implies enfant)
- Soit lors d'une transfusion sanguine (voie transvasculaire)

3.2.2 Manifestations cliniques de la syphilis

3.2.2.1 Syphilis primaire

Le chancre : représente la lésion caractéristique, apparaît sur le site de l'inoculation trois semaines après la contamination.

Cette ulcération est indolore, bien circonscrite et arrondie à fond lisse et plat de 1 cm de diamètre, indurée mais dont l'induration est limitée à l'ulcération sans dépasser les bords.

Siège : lèvre, palais, langue.

Très contagieux et contient de très nombreux *Treponemes* mis en évidence facilement à l'examen microscopique. L'évolution se fait vers la régression spontanée, même en absence de

traitement. L'apparence de guérison n'empêche pas l'évolution vers la syphilis secondaire dans 30 % des cas ou les stades de syphilis tardive (neurosyphilis).

L'ADP : sous mentonnière ou sous maxillaire satellite est constante, apparaît environs une semaine après le chancre dans le territoire correspondant, un des ganglions est toujours plus important que les autres, sont durs, mobiles, indolores sans périadénite et peut durer un à trois mois.

3.2.2.2 Syphilis secondaire

Commence 1 à 3 mois après l'apparition du chancre et correspond à la phase de dissémination des bactéries.

Son expression clinique est très variée faisant dénommer la maladie de la (**grande simulatrice**). Les lésions buccales sont très contagieuses à type de plaques muqueuses de roséoles, ou syphilis maculaire et de condylomes, et de rhagades au niveau des lèvres.

Micro-poly adénopathies associées, avec atteintes cutanées. L'éruption a une topographie symétrique et prédomine au niveau du tronc, du visage et des paumes et des plantes. Les syphilides palmo-plantaires, inconstantes et souvent discrètes, sont très évocatrices. Au visage, l'aspect peut mimer une dermite séborrhéique avec une atteinte préférentielle des plis naso-géniens.

Signes généraux : malaise, fièvre peu importante céphalées, larmoiements, angine, perte de poids, myalgies et arthralgies.

L'atteinte du cuir chevelu réalise une alopécie en clairière très évocatrice. Les plaques muqueuses, buccales (langue fauchée, fausse perlèche) ou génitales et périnéales sont très contagieuses

3.2.2.3 Syphilis tertiaire

Phase silencieuse : absence de signes généraux et d'ADP.

Peu ou pas contagieuse caractérisée par l'installation de :

Gommes syphilitiques : c'est un nodule hypodermique indolore et mobile, se ramollit, s'ulcère et se vide en laissant une cicatrice pouvant siéger au niveau de la face, les tempes, le menton, et les lèvres.

3.2.2.4 Syphilis congénitale

Transmise au fœtus par voie transplacentaire à partir du quatrième mois de grossesse ou lors de l'accouchement.

- Peut-être précoce avec des lésions viscérales multiples
- Ou tardives avec des lésions malformatives ; les anomalies buccales englobent un palais ogival et très profond, des dents d'Hutchinson (incisive centrale de petite taille, dont le bord libre présente une échancrure semi-lunaire) et des molaires de Moon ou muriformes.

3.2.3 Examen para clinique

Le diagnostic repose sur l'examen au microscope à fond noir et les tests sérologiques (TPHA, VDRL). L'examen au microscope à fond noir doit être pratiqué sur des lésions érosives (chancre de la syphilis primaire, syphilides érosives muqueuses). Il suppose la proximité d'un laboratoire équipé, ce qui est de plus en plus rare. Au niveau buccal, de faux positifs sont fréquents (présence de spirochètes saprophytes). Le sérodiagnostic de la syphilis est bien

standardisé et fiable. L'histologie, lorsqu'elle est pratiquée, montre un infiltrat plasmocytaire dense.

3.2.4 Traitement

Le traitement consiste à une injection d'Extencilline:® 2,4 Million unités en intra-musculaire IM en une injection - ou bipénicilline® ou biclinocilline:® 1 Mu IM par jour pendant 10 jours. - ou Tetracyclines ou macrolides per os en cas d'allergie aux pénicillines. A éviter chez la femme enceinte.

Des sociétés savantes comme la société française de dermatologie ainsi que l'OMS en 2015 ont proposés plusieurs associations médicamenteuses selon le stade d'évolution de la maladie.

En cas de traitement, le patient peut être de nouveau contaminé et entrer dans un nouveau cycle de la maladie car il n'existe pas d'immunité acquise durable

3.3 Actinomyose

Les actinomycoses sont des infections chroniques, ou parfois aiguës, dans 40-50% des cas il s'agit de forme cervico-faciale, on retrouve également des lésions buccales avec multiples abcès accompagnés de fistules muqueuses et cutanées, mais tous les organes peuvent être atteints.

3.3.1 Etiopathogénie

Les actinomycètes (*A. israelii*, *Actinomyces bovis*) sont des saprophytes cosmopolites de la cavité buccale et du tube digestif de l'homme et des animaux. Il s'agit de bactéries filamenteuses ramifiées avec des renflements terminaux en « massue ».

Les actinomycoses sont des affections peu contagieuses, qui se développent préférentiellement dans certaines circonstances : le traumatisme buccal (de l'extraction dentaire à la fracture du maxillaire) ; le diabète ; l'immunodépression ; la corticothérapie au long cours ; l'alcoolotabagisme

.Issu des racines grecques « aktino » pour rayon ou étoile et « mikos » pour champignon, on a longtemps cru que l'organisme responsable de cette pathologie était un champignon anaérobie. Les observations ultérieures ont confirmé la nature bactérienne de l'affection en attribuant à l'*Actinomyces* les caractéristiques propres d'une bactérie, nettement distinctes d'un champignon. Le terme « actinomyose » fut tout de même conservé malgré son impertinence et la confusion qu'il provoque toujours, même aujourd'hui".

3.3.2 Etude clinique

L'actinomyose peut avoir diverses localisations, essentiellement cervicofaciale, pleuropulmonaire et abdominopelvienne mais l'évolution générale de cette affection est similaire quelle que soit la localisation. La première phase débute par une infiltration mal limitée dont le centre se ramollit et se fistulise, pour laisser sourdre un pus banal, ou de façon plus spécifique, du pus contenant des grains colorés. Par ailleurs, les lésions dues à l'actinomyose sont avasculaires (éliminant une origine néoplasique) et s'entourent d'une réaction scléreuse qui limite l'extension des lésions, augmente l'anaérobiose et bloque la pénétration des antibiotiques. Elles s'étendent par contiguïté (puis par voie sanguine) aux

organes voisins, aboutissant à des formes disséminées. L'atteinte cutanéomuqueuse se développe par contiguïté et l'atteinte pulmonaire par dissémination hémotogène.

La forme cervicofaciale, de très loin la plus fréquente (55 % des cas), survient à partir d'un foyer d'Actinomyces amygdalien ou buccodentaire, le plus souvent chez un sujet jeune ayant subi précédemment une extraction dentaire et ayant une hygiène buccodentaire douteuse.

La lésion débute par une tuméfaction au niveau de l'angle maxillaire inférieur ou dans la région parotidienne, avec souvent une douleur locale et un trismus. Cette tuméfaction se développe en surface pour former une série de petits mamelons. L'évolution peut être aiguë, formant un abcès qui se fistulise d'où s'écoule un liquide sero-sanguinolant, granuleux contenant des paillettes de cholestérine ; pathognomonique de l'infection.

3.3.3 Examen para clinique

Déjà à l'examen, à l'œil nu, du pus directement au niveau de la plaie ou sur le pansement, permet de s'orienter vers le diagnostic d'actinomycose, en constatant la présence de petits « grains » de couleurs variables (blancs, jaunes, plus rarement rouges ou bruns). L'écrasement de ces grains permet de déceler la présence de fins filaments, avec des prolongements « en massue », ainsi après prélèvement, des cultures anaérobies en boîte peuvent être faites à partir du pus ou des produits de grattage confirmant ainsi le diagnostic.

3.3.4 Diagnostic différentiel

- Pathologie tumorale
- Tuberculose,
- Mycose,
- Lésions radio- induites.

3.3.5 Traitement

Le traitement consiste à :

- Une antibiothérapie massive, on peut utiliser la pénicilline G en IV (2 à 4 MU/j et jusqu'à 20 MU dans les cas graves) pendant 3 à 6 mois, l'ampicilline, les tétracyclines (5g/j), l'érythromycine, la lincomycine, la clindamycine ou le métronidazole. La durée du traitement ne doit pas être inférieure à 6 semaines.
- Un curetage et exérèse des foyers infectieux

4 Conclusion

Il est primordial de savoir reconnaître ces infections, et de savoir poser le diagnostic afin d'orienter le patient vers le service spécialisé et traiter la pathologie dans son ensemble car d'autres organes peuvent être touchés, et surtout savoir dépister au stade de début pour éviter les complications qui peuvent être graves, sans oublier la caractéristique de contagion et de transmission qu'il faut d'une part déclarer et prendre les mesures lors de l'examen clinique pour l'éviter.