

## Langue & Pathologie Médicale

**Dr S. AGBO-GODEAU**

Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale - Pr. J-Ch. Bertrand - Hôpital Pitié-Salpêtrière  
Séance du 1<sup>er</sup> décembre 2005

La pathologie linguale nécessite toujours l'examen de toute la cavité buccale, parfois un examen cutané ou général et des examens complémentaires.

### 1. DIFFERENTS ASPECTS NON PATHOLOGIQUES

Ils peuvent motiver une consultation, comme :

- ▶ **La langue « géographique »** : la muqueuse desquame de manière centrifuge délimitant des zones érythémateuses, mais non dépapillées, à bordure blanche un peu surélevée, elles sont variables d'un jour à l'autre. Aucun traitement n'est nécessaire, ni d'ailleurs efficace.
- ▶ **La langue « fissurée »** est d'origine génétique, parfois précédée ou associée à des épisodes de « langue géographique ». Indolore, une sensation d'irritation est parfois décrite, le brossage doux des sillons est recommandé. Fréquente dans la trisomie 21, elle fait partie avec la macrochéilie et la paralysie faciale périphérique de la triade diagnostique du syndrome de Melkerson-Rosenthal.
- ▶ **L'hypertrophie des papilles foliées et les amygdales linguales** sont des formations nodulaires lymphoïdes situées dans la partie postérieure des bords de la langue. Elles sont souvent source d'inquiétude chez certains patients anxieux et cancérophobes.
- ▶ **Les grains de Fordyce** sont des glandes sébacées hétérotopiques situées sur la muqueuse des joues et des lèvres, formant des petits points jaunâtres en « tête d'épingle », parfois groupées en rosettes. Histologiquement ne se distinguent des glandes sébacées de la peau que par l'absence de poil. Rare chez l'enfant, survenant après la puberté, augmentant en nombre avec l'âge.

### 2. ANALYSE DES LESIONS ELEMENTAIRES

Elle permet d'orienter le diagnostic des lésions linguales. La classification empruntée à la dermatologie permet de distinguer :

Les enduits Les érythèmes Les vésicules Les bulles Les ulcérations	Les plaques blanches L'atrophie Les pigmentations Les infiltrations
--	--

#### 2.1. Les enduits

Trois aspects principaux

##### La Langue saburrale

Elle s'observe lors d'épisodes fébriles, infection des VADS, ou affections digestives. L'enduit blanchâtre se détache au raclage d'une muqueuse normale en dessous. Constitué de squames, de débris alimentaires et d'une flore bactérienne saprophyte, il disparaît avec la guérison de la cause.

## La langue noire villose

Liée à un allongement des papilles filiformes du dos de la langue, colorées du brun au noir. L'atteinte est variable, indolore, d'étiologie inconnue. La coloration est due à l'oxydation de la kératine, et attribuée à l'abus d'antiseptiques, au tabac, à la mauvaise hygiène bucco-dentaire, à une antibiothérapie.

Le prélèvement mycologique est en règle négatif (parfois *Candida géotrichum* au rôle inconnu).

Les traitements antifongiques sont inefficaces, il faut proposer un décapage mécanique à la brosse à dents éventuellement avec application d'une solution de rétinoïdes (Locacid®).



## Le muguet

C'est la forme classique de la mycose buccale aiguë due à *Candida albicans*.

Des macules érythémateuses se couvrent d'un enduit blanc crémeux qui se détache par raclage, laissant une muqueuse rouge vif.

Les signes fonctionnels sont peu importants (sensation de cuisson, dysphagie ou goût métallique).

Il survient sur un terrain particulier : l'immunodépression (diabète, antibiothérapie, etc...)

## 2.2. Les érythèmes

### Les Erythèmes localisées à la bouche

#### La glossite losangique médiane

Elle pourrait être une mycose chronique à *Candida albicans*. Elle siège sur la face dorsale de la langue, en avant du V lingual : surface lisse, rosée, plane ou mamelonnée, à grand axe antéropostérieur, avec peu de signes fonctionnels. Une lésion érythémateuse palatine en miroir est habituelle.

Après la guérison de la mycose, l'aspect mamelonné persiste correspondant au tubercule impair.

#### L'érythroplasie dite de Queyrat

Par analogie avec les lésions du gland, c'est un état précancéreux dans presque 100 % des cas. Elle est faite de plages rouges fixes, veloutées, à limites nettes, le plus souvent sans trace de kératinisation; Rare dans la bouche, elle est souvent très diffuse et presque toujours dysplasique.

#### La glossite érythémateuse des anémies

Elle peut s'observer dans tous les types d'anémies qu'elles soient microcytaire (par carence en fer) ou macrocytaire (par carence en vitamine B12). Elle est parfois compliquée d'érosions ou d'ulcérations à type d'aphtes :

Anémies microcytaires (carence en fer)	Anémies macrocytaires (carence en vit B12)
<p>Peuvent se manifester par des plages érythémateuses de sièges variables, douloureuses (brûlures)</p> <p>Dans les formes tardives survient une atrophie des papilles avec un aspect lisse vernissé de la face dorsale de la langue par plaques ou généralisé</p> <p>Des ulcérations douloureuses à type d'aphtes peuvent s'observer ainsi qu'une perlèche</p> <p>L'anémie</p> <p>Hypochrome, microcytaire</p> <p>La carence en fer → baisse de la ferritinémie :</p> <p>Le traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corrige l'affection causale</li> <li>- Supplémente en fer, per os, au moins 3 mois pour reconstituer les réserves.</li> </ul>	<p>Peuvent se manifester à un stade précoce par des plages érythémateuses mal limitées, douloureuses, variables siégeant sur la langue, les joues et les lèvres, parfois compliquées d'érosions douloureuses</p> <p>NFS</p> <p>Macrocytose</p> <p>Taux d'Hb est souvent, encore, dans les limites de la normale</p> <p>Diagnostic</p> <p>Confirmé par le dosage de la vitamine B12 et des folates.</p> <p>Bilan étiologique</p> <p>Doit rechercher la cause de la carence</p> <p>La maladie de Biermer (maladie auto-immune) est la plus fréquente.</p> <p>Le traitement</p> <p>Etiologique et substitutif : vitamine B12 par voie parentérale hebdomadaire puis mensuelle.</p> <p>Les signes buccaux disparaissent très rapidement.</p>

### L'allergie buccale pure de contact

Elle est exceptionnelle

- Par contact d'aliments (raisin, tomates,...), dentifrice, médicaments, obstruction dentaire. Il n'existe pas de test diagnostique muqueux et les tests cutanés sont souvent normaux.
- La stomatite sous prothétique est exceptionnellement une allergie de contact au matériau de la prothèse. Elle est plus souvent due aux traumatismes répétés par surcharge de l'articulé dentaire, à une fragilité capillaire, ou une infection (bactérienne, mycosique) par insuffisance de balayage salivaire.

### La papillite (transient lingual papillitis)

C'est une inflammation des papilles fungiformes d'étiologie inconnue (virale, traumatique ?) qui guérit spontanément.

### Erythèmes diffus affectant les plans cutanés et muqueux

#### Les mycoses

#### La Maladie de Kawasaki

Elle atteint le jeune enfant avant 5 ans. Elle associe une fièvre inaugurale, résistant aux traitements antipyrétiques et antibiotiques, une conjonctivite, un exanthème non prurigineux, un érythème palmo-plantaire avec œdème des extrémités suivis d'une fine desquamation de la pulpe des doigts et des orteils très évocateurs.

L'atteinte buccale est précoce, la langue est framboisée avec turgescence des papilles, les lèvres sont sèches et fissurées.

Des adénopathies cervicales sont fréquentes.

La mise en route rapide d'un traitement par immunoglobulines doit éviter une complication majeure cardiovasculaire (anévrismes coronariens ++),.

#### La scarlatine

Au cours de la scarlatine, l'énanthème est caractéristique, la langue initialement saburrale desquame à partir des bords latéraux réalisant un V rouge écarlate, vers le 6<sup>e</sup> jour, la langue est uniformément rouge avec des papilles saillantes, c'est la langue framboisée. Les signes généraux disparaissent, la langue devient lisse avant de reprendre un aspect normal.

## 2.3. Les vésicules

Elles sont liées, en règle, à des agents infectieux

### La gingivostomatite herpétique



Elle s'observe surtout chez l'enfant entre 6 mois et 5 ans, mais n'est pas rare chez l'adolescent ou l'adulte.

Elle débute par de la fièvre, des douleurs pharyngées, puis des vésicules buccales rapidement remplacées par des érosions nombreuses, siégeant en tous points de la muqueuse buccale (joues, langue, gencives, palais) parfois confluentes réalisant de vastes érosions à contours polycycliques. La dysphagie et les adénopathies cervicales sont habituelles.

La guérison est spontanée en 2 semaines sans séquelle.

Un tableau de stomatite herpétique est particulier avec atteinte exclusive de la langue, à type d'érosions postvésiculeuses, très douloureuses,

souvent rencontrée dans le cadre de l'immunodépression.

### Le zona de la branche maxillaire inférieure



Il affecte soit l'ensemble du territoire, soit uniquement le rameau lingual.

L'éruption du zona peut être précédée de douleurs dans le territoire infecté.

Des vésicules apparaissent sur des plages érythémateuses, et peuvent confluer en bouquets. Dans la bouche, les vésicules se rompent facilement laissant des érosions. Les douleurs sont importantes à type de brûlure, d'élançement. Une adénopathie satellite sensible est souvent associée.

Au cours de la varicelle des vésicules se forment sur un fond de stomatite érythémateuse généralisée puis évoluent vers des érosions superficielles, circulaires ou ovalaires, douloureuses avec sialorrhée, disparaissant sans cicatrices.

### Le syndrome main-pied-bouche

Il est observé principalement chez l'enfant lors d'épidémies souvent estivales :

- 5 à 10 vésicules douloureuses sur la langue, le plancher buccal, les lèvres,
- coexistant avec des éléments vésiculeux au niveau des mains et/ou des pieds,

L'infection est due au virus Coxackie, surtout groupe A 16.

### L'herpangine

Elle survient chez l'enfant avec fièvre, dysphagie, céphalées, parfois vomissement.

Les lésions sont faites de petites vésicules sur fond érythémateux (piliers et voile).

L'infection est liée soit au virus Coxackie A ou B soit à un Echovirus

## 2.4. Les bulles

### Généralités

Les stomatites bulleuses auto-immunes (pemphigus, pemphigoïde cicatricielle), ou non auto-immune (érythème polymorphe, syndromes de Stevens Johnson et de Lyell) peuvent se révéler par une atteinte linguale initiale.

## L'érythème polymorphe

Les lésions comprennent les bulles et les érosions buccales qui peuvent s'accompagner de cocardes cutanées typiques.

Histologiquement il s'agit d'une nécrose intra-épidermique.

Le mécanisme est inconnu, il est parfois postherpétique.

Le traitement buccal : Ulcar® en bain de bouche, Polysilane à sucer

## Les syndromes de Stevens-Johnson et de Lyell

Le mécanisme est toxique médicamenteux (sulfamides, AINS, ...). On observe de vastes décollements cutané-muqueux réalisent une urgence thérapeutique (risque vital).

## Le pemphigus et pemphigoïde cicatriciel

Il s'observe dans le cadre des maladies auto-immunes. Ils s'opposent point par point quant à leurs caractères élémentaires :

Le Pemphigus	Le Pemphigoïde cicatriciel
<p>Début</p> <p>Fréquemment buccal (1/2) souvent méconnu</p> <p>Peut rester localisé à la muqueuse bucco-pharyngée pendant toute l'évolution</p> <p>Le décollement épidermique se fait par acantholyse.</p> <p>Le marquage s'effectue en immunofluorescence.</p> <p>Les fentes acantholytiques plates et non accompagnées d'inflammation se traduisent par une teinte opaline.</p> <p>Lorsque le toit se rompt</p> <p>Apparaît une érosion fissuraire à fond rouge dont les bords blanchâtres s'écartent lorsqu'on étire la muqueuse.</p> <p>Le fond rouge et propre ne se recouvre que tardivement d'un dépôt fibrineux.</p>	<p>Les bulles sont bien tendues, souvent petites, à contenu clair ou hémorragique.</p> <p>Les érosions sont à fond fibrineux jaunâtre, entourées par une aréole érythémateuse ;</p> <p>Il existe le plus souvent une atteinte prédominante fibromuqueuse gingivale et palatine</p> <p>Elle est bénigne avec sa tendance à l'atrophie épithéliale et à la fibrose rétractile</p>

## Les bulles hémorragiques

Elles peuvent se rencontrer au cours des thrombopénies ou de l'angine bulleuse hémorragique.

## 2.5. Les ulcérations

### L'ulcération traumatique

Elle est souvent isolée, de taille variable, douloureuse à fond nécrotique et à bordure blanchâtre oedématisée parfois kératosique ;

Elle est souple et ne s'accompagne pas d'adénopathie satellite.

L'agent traumatisant est le plus souvent évident : carie, crochet de prothèse, morsure, blessure avec un aliment... et sa suppression permet la guérison qu'il faut contrôler après une dizaine de jours.

### Les aphtes

Ils sont caractérisés par :

- Des ulcérations douloureuses, rondes ou ovalaires, à bords réguliers, à fond jaune, entourées d'un liseré rouge inflammatoire.
- Leur taille variable de quelques millimètres à un ou deux centimètres pour les aphtes géants.
- L'aphte banal dure 8 jours, l'aphte géant (>1cm) davantage,
- L'aphtose peut être récidivante et nécessiter un traitement de fond visant à suspendre les poussées.





### L'ulcération du carcinome épidermoïde

Elle se présente, typiquement, par :  
 Un bord plus ou moins irrégulier, induré, surélevé, parfois éversé  
 Le versant interne se prolonge avec le fond de l'ulcération, finement végétant ou bourgeonnant ;  
 L'ulcération repose sur une base indurée, plus ou moins étendue en profondeur, qui déborde les limites visibles de l'ulcération et doit être appréciée par le toucher.

### Les ulcérations iatrogènes

#### Le nicorandil (Ikorel® et Adancor®)

C'est un agoniste des canaux potassiques, indiqué dans le traitement de l'angor. Il peut déclencher des ulcérations buccales.

Ces lésions similaires aux aphtes géants surviennent chez des patients n'ayant jamais eu d'aphte buccal auparavant, extrêmement douloureux, elles peuvent durer plusieurs semaines. Elles cicatrisent vite et spontanément à l'arrêt du traitement.

### Les bisphosphonates

Ils sont indiqués dans le traitement de l'ostéoporose, sont également responsables de vastes érosions buccales liées à la prise orale. Les précautions recommandées pour la prise orale du médicament doivent être scrupuleusement observées.

### La maladie de Horton

Au cours de la Maladie de Horton, les atteintes linguales peuvent orienter le diagnostic :

- amyotrophie d'une hémilangue par atteinte du nerf grand hypoglosse,
- nécrose et gangrène linguales,
- trouble du goût.

### La syphilis

Dans la Syphilis primaire, le chancre d'inoculation siège habituellement au niveau du tiers antérieur de la face dorsale de la langue. et réalise une érosion ou une ulcération :

- souvent douloureuse,
- reposant sur une fine induration,
- s'accompagnant d'une volumineuse adénopathie sous-maxillaire.

Dans la syphilis secondaire, les lésions linguales prennent l'aspect :

- de petites aires exfoliées, plaques en « prairie fauchée »
- pouvant ressembler à une langue géographique ou de grandes plages érythémateuses extrêmement contagieuses.

## 2.5. Les plaques blanches



### La leucoplasie

Elle se définit cliniquement :

Par une plaque blanche de la muqueuse buccale ne peut être ni détachée par grattage,  
 Le tabac en est la seule cause identifiable.

La leucoplasie idiopathique est exceptionnelle..

Les plaques peuvent être homogènes (papule, plaque) ou non homogènes mêlant érythème et érosions.

Les érosions présentent, alors, un risque de transformation maligne plus important.

## Les kératoses frictionnelles

Elles sont confondues cliniquement avec les leucoplasies. Elles disparaissent en quelques semaines après la suppression de la cause traumatique ou irritante.

## Le lichen plan

C'est une maladie inflammatoire chronique, bénigne, évoluant par poussées.

- Il peut atteindre la peau, les phanères (poils, cheveux, ongles) et les muqueuses malpighiennes (buccale, génitale, anale et conjonctivale).
- Le lichen plan habituellement réticulé présente sur la langue une forme de début particulière en plaques plus ou moins arrondies blanc nacré, en "taches de bougie".
- Les poussées plus intenses sont érosives et nécessitent une corticothérapie topique (comprimés de Solupred® effervescents dilués dans de l'eau et utilisés en bains de bouche, sans les avaler).

À terme la muqueuse est atrophique et peut se cancériser.

## La leucoplasie orale chevelue

Elle s'observe chez les sujets infectés par le VIH siégeant sur les bords de la langue.

- Elle se présente sous forme de stries verticales blanchâtres asymptomatiques.
- Elle a surtout un intérêt diagnostique et prédictif, considérée comme annonciateur de SIDA.

L'origine en serait une infection par l'EBV.

## Le white sponge naevus (WSN)

C'est une kératose congénitale à transmission autosomique dominante,

- Elle réalise des plaques épaisses blanches parfois desquamantes en lambeaux, indolores,
- Les plaques siègent sur les joues et les faces ventrales de la langue.
- Pronostic bénin. Aucun traitement n'est nécessaire. Pas de transformation cancéreuse.

## La stomatite urémique

Elle est observée dans l'insuffisance rénale. Elle présente certaines similitudes cliniques et histologiques avec le « white sponge naevus » et la « leucoplasie chevelue » de la langue. Elle peut être la première manifestation clinique de l'insuffisance rénale.

## 2.7. L'atrophie

### Les anémies chroniques

Elles peuvent, à un stade avancé, se traduire par :

- Des brûlures linguales,
- Une muqueuse pâle ou au contraire rouge vif,
- Une atrophie progressive des papilles aboutissant à un aspect lisse vernissé de la face dorsale de la langue par plaques ou généralisé,
- Elles sont souvent compliquées d'ulcérations extrêmement douloureuses.

### Le lichen plan

La forme atrophique du lichen plan est caractéristique,

- Elle se rencontre dans les formes érosives chroniques, avec une disparition définitive des papilles linguales.
- L'atrophie est limitée à une plaque plus ou plus étendue siégeant sur les parties marginales, au maximum, elle est diffuse sur toute la face dorsale de la langue.
- Le risque de transformation carcinomateuse de ces formes atrophiques rend primordiale leur surveillance régulière.

## **La sécheresse buccale (xérostomie)**

Quelle qu'en soit la cause : médicamenteuse, syndrome de Gougerot-Sjögren, post radique des voies aéro-digestives supérieures, ..., elle va se manifester

- Par une muqueuse linguale sèche,
- Un inconfort majeur avec difficultés à la mastication et à la déglutition, à la phonation,
- Des complications à type
  - o de mycoses chroniques,
  - o de caries
  - o de parodontopathie.
- Le retentissement psychologique est fréquent.

Son traitement est décevant, essentiellement basé sur des petits moyens : augmenter les apports hydriques, mâcher des gommes sans sucre, salives artificielles (BioXtra®), sialagogues (Teinture de jaborandi, 30 gouttes trois fois par jour, ou préparation magistrale de pilocarpine en gélules à 2,5 mg trois fois par jour), maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire.

## **2.7. Les pigmentations**

### **Les tatouages**

Ils résultent de l'inclusion accidentelle de corps étrangers métalliques dans la muqueuse au cours de soins dentaires (amalgame)

### **Le lentigo**

Il est souvent labial est une macule mélanique bénigne mesurant 0,5 à 1cm de diamètre.

### **Les pigmentations iatrogènes**

De nombreux médicaments (antipaludéens de synthèse, quinidine, minocycline, zidovudine, cyclophosphamide, misulban...) peuvent être responsables de pigmentations linguales. Il peut s'agir d'une accumulation du médicament ou de l'un de ses métabolites.

### **Le mélanome buccal**

Il est rare et souvent diagnostiqué à un stade tardif.

Il se présente sous forme d'un nodule tumoral noirâtre ulcéré et saignant, dont le pronostic est péjoratif.

### **La maladie de Rendu-Osler**

La télangiectasie héréditaire hémorragique est une phacomatose familiale rare, de transmission autosomique dominante.

- Latente jusqu'à la puberté, elle se manifeste au début par des épistaxis.
- Les télangiectasies sont plus tardives, vers 20 ans, cutanées constantes (faciales+++ ) et muqueuses (rhinopharyngée, labiale, linguale).
- Le pronostic est lié aux risques hémorragiques de télangiectasies viscérales.

## **2.8. Les infiltrations**

### **L'amylose**

C'est une maladie de surcharge due à l'accumulation d'une substance amyloïde.

- L'atteinte linguale, classique évolue vers une macroglossie. La langue est rouge-violacée, ferme avec de profonds sillons.
- L'atteinte des glandes salivaires y compris accessoires est possible avec hypertrophie et xérostomie.
- Ecchymoses et purpura peuvent s'observer sur le reste de la muqueuse buccale.
- Les biopsies linguales, des glandes salivaires accessoires ou de papilles gingivales peuvent contribuer au diagnostic positif par la mise en évidence de la substance amyloïde colorée par le rouge Congo.

### **La maladie de kaposi buccale**

Dans sa forme débutante se présente sous forme de macules puis de placards ou de nodules violacés parfois ulcérés.

Les sièges de prédilection sont le palais, la langue et les gencives.



## La macroglossie

Elle peut être rencontrée dans différentes pathologies.

- C'est souvent un signe précoce de myxoedème primitif ou d'hypothyroïdie secondaire
- .C'est également un signe classique de l'acromégalie due à un excès de sécrétion d'hormone de croissance (GH) (adénome hypophysaire ou syndrome paranéoplasique).

## La glossodynie

Le diagnostic de glossodynie n'est retenu qu'en présence d'une symptomatologie douloureuse caractéristique et d'un examen de la langue le plus souvent normal.

Les arguments d'interrogatoire sont importants :

- simple gêne ou au contraire brûlure insupportable
- débutant le matin après le petit-déjeuner
- augmentant progressivement au cours de la journée,
- disparaissant totalement au cours des repas,
- devenant maximale en fin de journée,
- disparaissant pendant le sommeil.
- Cette symptomatologie stéréotypée se reproduit selon les jours.

Le traitement repose sur une approche psychothérapeutique, parfois psychiatrique.

## 3. REFERENCES

E.PIETTE, H.REYCHLER

Traité de pathologies buccales et maxillo-faciales, De Boeck Université, 1991.

H.SZPIRGLAS, L.BENSLAMA

Pathologie de la muqueuse buccale, EMC, 1999

