Lésion provoquée ou non ?

par les Drs Pierre FRANCES*, Maria CRUZ FONSECA**, Adam MERIKHI***, Marie-Dorothée NOIRE**** et Emma PHILIPON****

* Médecin généraliste
F – 66650 Banyuls-sur-Mer
frances.pierre66650@gmail.com
** Interne en médecine générale, Programme Hippokrates, Saint-Jacques de Compostelle (Espagne)
*** Interne en médecine générale
F – 34000 Montpellier
**** Externes
F – 49000 Angers

Les auteurs déclarent ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Michèle, 65 ans, fumeuse, vient me consulter car elle pense avoir une lésion maligne de la langue à cause de son tabagisme important.

Elle a en effet remarqué la présence d'une formation plus érythémateuse sur la partie médiane de la face dorsale de sa langue (cliché 1).
Cette lésion est apparue il y a 2 mois et elle est tout à fait indolore.
En parallèle, Michèle est déprimée depuis quelques années et son médecin traitant lui a prescrit six mois auparavant un antidépresseur tricyclique (l'amitriptyline) qui lui dessèche la bouche depuis qu'elle le prend.
Notre confrère lui a dès lors conseillé d'effectuer des bains de bouche avec de la chlorhexidine, ce qui n'a malheureusement pas amélioré sa problématique buccale.
Elle reçoit également un traitement par metformine à raison de 1 g/24 heures du fait d'un diabète qui est mal équilibré (sa dernière hémoglobine glyquée réalisée le mois d'avant était à 7,8 %).

Cliché 1

ABSTRACT

History of a women with an asymptomatic red glossitis in the middle of her tongue.

Keywords : median rhomboid glossitis, chronic fungal infection, candida albicans.

RÉSUMÉ

Histoire d'une femme ayant une glossite asymptomatique de couleur rouge au centre de sa langue.

Mots-clés : glossite losangique médiane, infection fongique chronique, candida albicans.

Quel est votre diagnostic ?
De quelle manière allez-vous le traiter ?

Réponse

Tout d'abord, la lésion observée est atrophique, médiane et asymptomatique.

Ce tableau d'atrophie linguale asymptomatique peut faire penser :

- à une langue géographique. Cependant, dans ce cas, on retrouve des lésions en anneaux qui ne sont pas nécessairement disposées en partie médiane de la langue. De plus, il existe le plus souvent une bordure marquée de couleur blanche (cliché 2) ;
- à une syphilis secondaire. Les lésions sont décrites comme étant « en prairie fauchée » et sont multiples et asymptomatiques, ce qui n'est pas le cas de notre patiente (cliché 3).

Cliché 2

Cliché 3

Dans notre cas, nous devons également tenir compte des autres éléments recueillis au décours de l'interrogatoire : patiente fumeuse et diabétique mais tout aussi importante est la sècheresse buccale induite par l'administration d'un tricyclique. Ces facteurs concourent au développement d'une affection fongique au niveau de la langue et, dans notre cas, il s'agit d'une glossite losangique médiane.

La glossite losangique médiane est une dermatose décrite pour la première fois par un dermatologue français (Brocq) en 1914. Au départ, cette formation était considérée comme un résidu vestigial (persistance d'un élément embryonnaire : le *tuberculum impar* qui est à l'origine du développement de la partie médiane de la langue). En fait, cette lésion est secondaire à une localisation chronique de plusieurs foyers de *Candida albicans.* Sa prévalence est peu importante (elle est comprise entre 0,01 et 1 %) et cette pathologie s'observe plus fréquemment chez les hommes entre 30 et 50 ans.

Plusieurs facteurs peuvent concourir à la genèse de cette affection :

- les affections endocrinologiques comme le diabète (cas de notre patiente), surtout s'il est mal équilibré, mais aussi les dysthyroïdies (hypo ou hyperthyroïdie) ;
- le tabagisme qui associe parfois à cette glossite une image de type ouranite candidosique (granulations de couleur blanche situées au niveau du palais médian postérieur) ;
- le terrain immunodéprimé du fait d'une chimiothérapie ou de la prise de traitements immunosuppresseurs ;
- la prise de traitements favorisant une réduction de la sécrétion salivaire (cas des tricycliques chez notre patiente).

Cliniquement, deux types sont classiquement décrits :

- la forme ovoïde avec une forme papuleuse du placard médian érythémateux de la partie médiane de la langue et, dans certains cas, un aspect marbré de couleur blanche et semblant infiltré à la palpation ;
- la forme atrophique que l'on observe dans notre cas (c'est la moins fréquente) et qui se caractérise par une zone rouge vif située le plus souvent au niveau de la lésion médiane du 1/3 postérieur de la face dorsale de la langue en avant du V lingual, d'autres localisations plus antérieures (comme chez notre patiente) étant possibles.

La glossite losangique médiane est asymptomatique mais elle peut être responsable d'une sensation de brûlure lors d'un contact avec un aliment acide.

La prise en charge est de deux types :

- à titre préventif, il est important de limiter les facteurs de risque induisant cette dermatose : encourager le sevrage tabagique, supprimer les thérapeutiques (si cela est possible) pouvant induire cette glossite, équilibrer les éventuelles endocrinopathies (cas du diabète chez notre patiente).
- à titre curatif, on peut utiliser des antifongiques (amphotéricine B à 10 % ou nystatine à 100 000 UI/ml) en suspension buvable à raison de 3 prises par jour (après le repas et le brossage des dents). Il est également possible de prescrire du fluconazole à raison de 50 mg deux fois par jour durant 7 jours.

Bibliographie

1. Goregen M, Milogru O, Buyukkurt MC, et al. Median rhomboid glossitis : a clinical and microbiological study. European Journal of Dentistry 2011 ; 5 (4) : 367-372.
2. Kuffer R, Lombardi T, Husson-Bui C, et al. Infections mycosiques et parasitaires. Chapitre 23. Dans : La muqueuse buccale. De la clinique au traitement. France. Ed. Med'Com 2009.
3. Laskaris G. Lésions érythémateuses. Chapitre 2. Dans : Atlas de poche des maladies buccales. France. Ed. Flammarion Médecine-Sciences 2006.