

I Le dossier – Pathologies buccales de l'adulte

Lésions pigmentées buccales

RÉSUMÉ : Les lésions pigmentées de la muqueuse buccale sont souvent de découverte fortuite. Une lésion pigmentée unique peut être d'origine mélanocytaire (éphélide, lentigo, macule mélanotique, nævus, mélanome), vasculaire (varices linguales, lac veineux) ou exogène (langue villeuse, tatouage). Un mélanome doit être évoqué systématiquement, d'autant plus si la lésion est extensive et située au maxillaire supérieur. Des lésions pigmentées multiples peuvent évoquer des syndromes héréditaires (syndrome de Peutz-Jeghers notamment) ou acquis (syndrome de Laugier). Une pigmentation diffuse peut correspondre à une mélanose tabagique, une pigmentation ethnique, un lichen pigmentogène, une cause médicamenteuse ou une cause systémique (endocrinopathie, carence, hémochromatose).



M. SAMIMI

PUPH, service de Dermatologie, CHU de TOURS.

Les pigmentations orales peuvent être de découverte fortuite, ou constituer le motif de consultation. Elles peuvent résulter de trois mécanismes : origines mélanocytaire, vasculaire ou exogène (*fig. 1*), avec des sémiologies diverses : macules, papules, plages, nodules, de coloration bleue, rouge, violacée, beige, brune ou noirâtre. En pratique, l'approche diagnostique consiste à classer les lésions selon leur caractère unique, multiple ou diffus (*fig. 2*) [1]. Cette classification est utile car très didactique, mais reste flexible : un patient peut avoir des lentigos ou des tatouages multiples ; un lichen pigmentogène peut être diagnostiqué devant une lésion pigmentée postinflammatoire unique ; une pigmentation classée comme "diffuse" ne touche pas nécessairement l'ensemble de la muqueuse buccale. Comme toujours en dermatologie, l'enquête diagnostique comportera un interrogatoire complet (ancienneté, lésion inflammatoire préalable, gestes dentaires, tabagisme ou autres toxiques, hygiène buccale dont antiseptiques, liste des médicaments...) et un examen clinique de l'ensemble de la peau et des muqueuses pour rechercher d'autres lésions pigmentées qui peuvent orienter le diagnostic.

■ Lésions pigmentées uniques

1. Lésions mélanocytaires

Il s'agit principalement de lésions bénignes, l'enjeu ici étant de ne pas méconnaître un mélanome. L'adage est de biopsier toute lésion pigmentée unique acquise en bouche, bien que l'aspect clinique permette parfois d'orienter le diagnostic. Ainsi, les éphélides et les lentigos, liés à l'exposition solaire, ne posent en général pas de problème diagnostique. Ce sont des macules homogènes, beige-brun, de quelques millimètres, principalement situées sur le vermillon des lèvres ; des lésions similaires peuvent coexister sur le versant cutané (*fig. 3*). *A contrario*, le diagnostic des autres lésions mélanocytaires va nécessiter une biopsie systématique. La macule mélanotique est une macule brune ou noire, de quelques millimètres à quelques centimètres de diamètre, située volontiers sur la lèvre (*fig. 4*), le palais (*fig. 5*) ou la gencive. Elle apparaît chez l'adulte jeune [2] ; des formes congénitales ont été rapportées [3]. Elle correspond histologiquement à une hypermélaninose des kératinocytes basaux. Les nævus, plus rares, sont des macules ou papules de petite taille, de couleur noire, brune ou bleue, plus

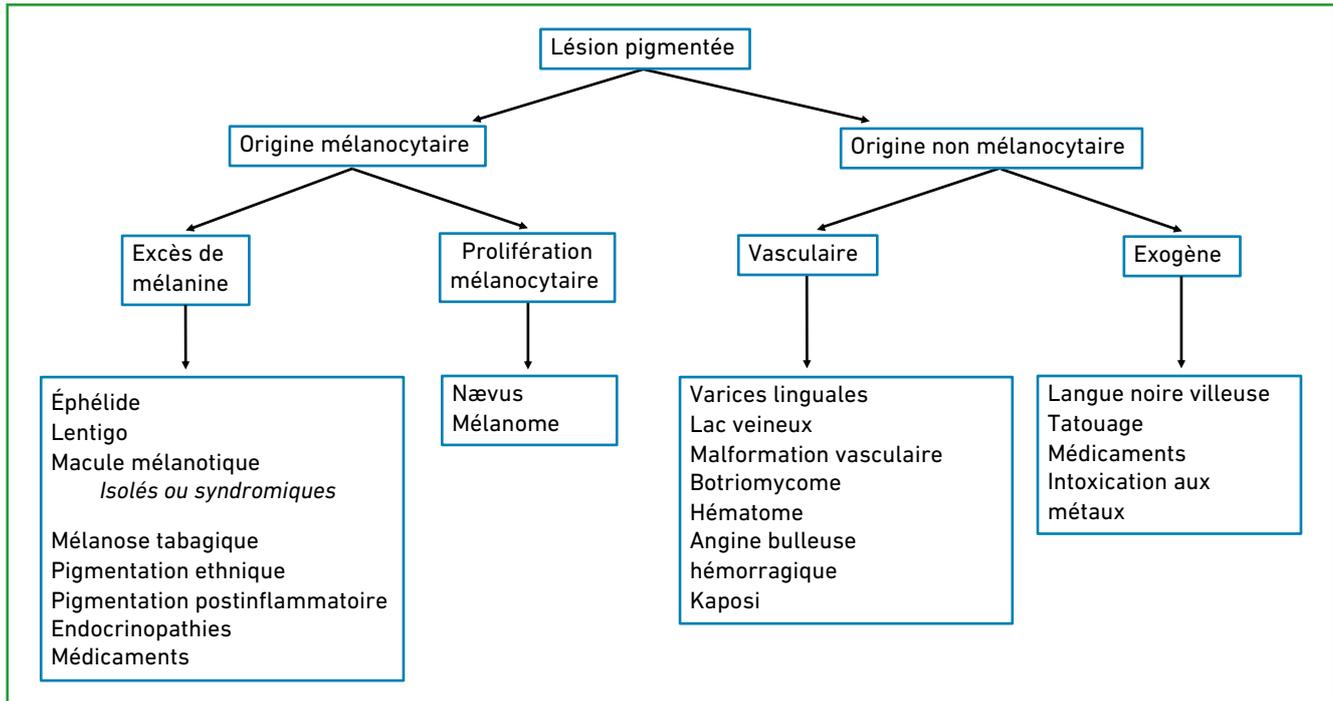


Fig. 1 : Classification des lésions pigmentées de la muqueuse buccale en fonction de leurs origine mélanocytaire ou non mélanocytaire.

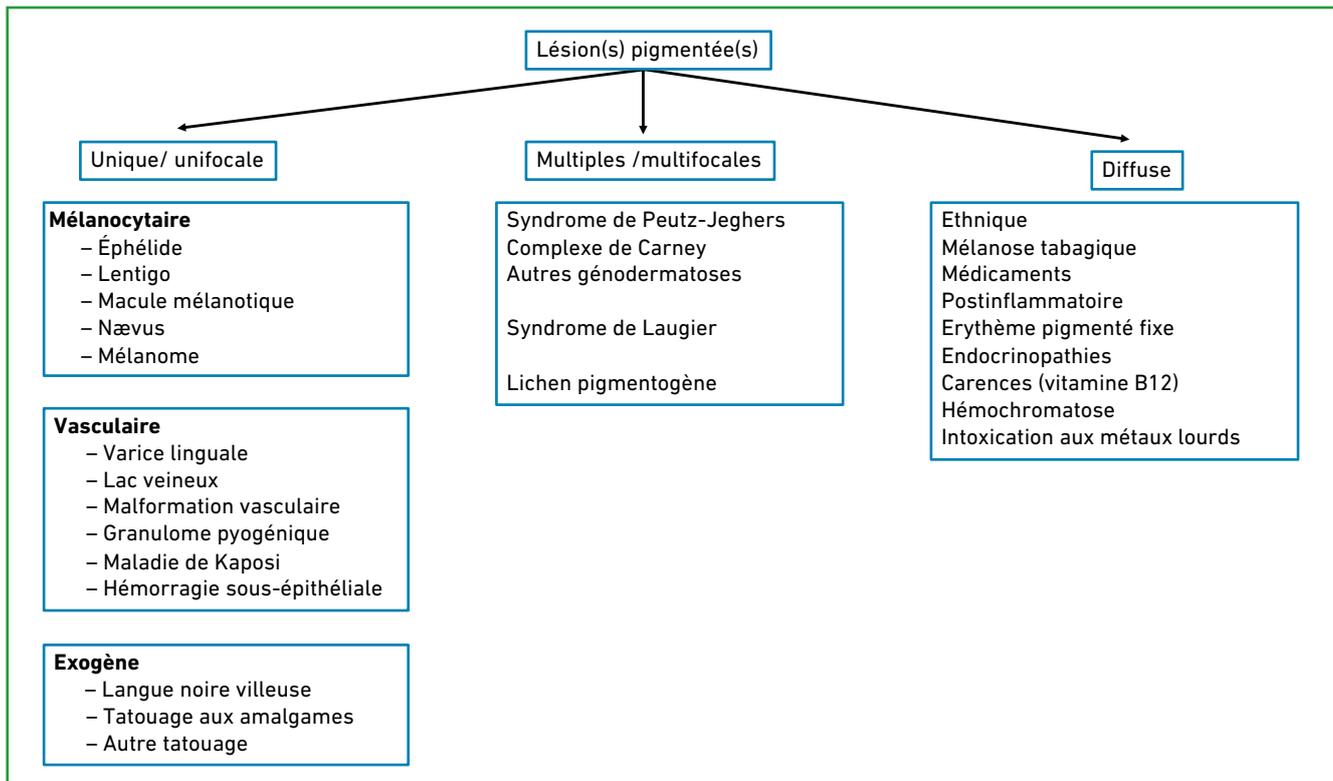


Fig. 2 : Classification des lésions pigmentées de la muqueuse buccale en fonction de leur présentation clinique : unique, multiple ou diffuse.

Le dossier – Pathologies buccales de l'adulte



Fig. 3 : Lentigos du vermillon, prédominant sur la lèvre inférieure; noter le lentigo solaire du versant cutané. Le diagnostic est clinique.



Fig. 4 : Macule mélanotique labiale (aspect macroscopique [A] et dermoscopique [B]): la biopsie est nécessaire.



Fig. 5 : Macule mélanotique du palais. La biopsie est nécessaire.

souvent situées sur le palais dur ou la muqueuse jugale [2]. Le mélanome muqueux est rare mais son pronostic reste redoutable. Le terrain à risque est le sujet d'âge moyen et la localisation préférentielle est le maxillaire supérieur (palais, gencive) [4]. Il s'agit d'une macule ou d'une plage pigmentée hétérogène; dans les formes plus avancées, d'un nodule pigmenté ou achromique (**fig. 6**). Le diagnostic différentiel entre ces différentes lésions est extrêmement difficile en bouche, et la dermoscopie des muqueuses reste encore peu accessible en pratique courante. Une biopsie est toujours nécessaire.

2. Lésions vasculaires

Deux types de lésions bénignes vasculaires sont fréquentes chez l'adulte de plus de 60 ans :

- les varices linguales, physiologiques, correspondant à des dilatations veineuses indolores, donnant une “langue caviar” (**fig. 7**);
- les lacs veineux (ou hémangiomes “séniles”) qui sont des dilatations



Fig. 6 : Mélanome nodulaire du maxillaire supérieur (nodule muqueux avec zones pigmentées et ulcérées).



Fig. 7 : Varices linguales : papules violacées du bord latéral et du plancher lingual, avec aspect en “grains de caviar”.



Fig. 8 : Nodule violacé du vermillon : lac veineux.



Fig. 9 : Bulle hémorragique sous-épithéliale post-traumatique (muqueuse post-radique et prise d'aspirine).

veineuses rénitentes, compressibles, bleu-violacé, situées préférentiellement sur les lèvres (**fig. 8**).

Les malformations vasculaires (veineuses, lymphatiques) et les proliférations vasculaires acquises bénignes (granulomes pyogéniques) se présentent comme des papules ou des nodules qui peuvent présenter une pigmentation bleutée ou violacée.

La maladie de Kaposi peut comporter des localisations buccales sous formes de plaques ou de nodules érythémato-violacés, notamment chez le sujet VIH [5].

Une hémorragie sous-épithéliale, en lien avec des traumatismes locaux ou des troubles de l'hémostase, peut provoquer des pétéchies, ecchymoses, voire des bulles hémorragiques violacé-noirâtre de la muqueuse orale (**fig. 9**).

3. Pigmentation exogène

La langue “noire” villose est liée à une coloration des papilles filiformes kérati-



Fig. 10: Langue "noire" villosa chez une patiente tabagique.

nisées de la face dorsale de la langue. Les nuances de coloration varient du jaune au noir (**fig. 10**) et sont liées aux dépôts pigmentaires du tabac, des aliments ou de la flore chromogénique. Il existe une colonisation bactérienne et candidosique, qui ne nécessite pas de traitement. Le tabagisme, la sécheresse buccale, les bains de bouche antiseptiques, les antibiotiques sont des facteurs favorisants [6]. Le traitement consiste à supprimer les facteurs favorisants et brosser quotidiennement la langue avec un outil adapté (grattoir en silicone); un "décapage" par des rétinoïdes locaux peut être transitoirement proposé dans les formes très kératosiques.

Les tatouages "aux amalgames", peu connus des dermatologues, sont liés à une migration intramuqueuse de matériel exogène (amalgames, métaux) au cours d'une restauration dentaire. Le diagnostic est souvent aisé: macule ou plage gris-bleu, ardoisée, située sur la gencive et la muqueuse alvéolaire, parfois plus étendue dans le sillon vestibulo-jugal, à proximité d'une dent restaurée (**fig. 11**). Le diagnostic peut être difficile lorsque la pigmentation est située à distance de la dent restaurée (face ventrale de langue, plancher, face interne de joue) ou lorsque la dent en cause a été extraite: une biopsie peut alors être nécessaire [7].

D'autres pigmentations exogènes peuvent être observées plus anecdotiquement: tatouages accidentels (mine



Fig. 11: Macule gris-bleu ardoisée de la gencive attachée et du sillon gingivo-vestibulaire, en regard d'une pré-molaire sur couronne: pigmentation exogène (tatouage).

de crayon...), tatouages cosmétiques ou rituels, "langue verte" (liée à la consommation du cannabis) ou "langue bleue" (liée au bleu de méthylène).

■ Lésions pigmentées multiples

1. Syndromes génétiques

Le syndrome de Peutz-Jeghers comporte une lentiginose périorificielle constituée de macules ovalaires, brunes à noires, millimétriques, qui débute dès la petite enfance (vers 5 ans) [8]. Les localisations préférentielles sont la lèvre inférieure et la cavité orale, la zone périnasale, périgénitale et anale, les extrémités (doigts, orteils) (**fig. 12**). L'observation de cette



Fig. 12: Macules pigmentées lentigineuses de la lèvre inférieure dans le cadre d'un syndrome de Peutz-Jeghers.

pigmentation caractéristique chez un enfant impose une consultation spécialisée pour dépister ce syndrome, qui comporte également une polypose hamartomateuse du tube digestif et un surrisque de cancers. Plus rare, le complexe de Carney ou syndrome-hyperpigmentation-hyperactivité endocrinienne, comporte fréquemment des macules pigmentées de quelques millimètres des lèvres, de la conjonctive, des canthus et des organes génitaux externes [9].

2. Syndrome de Laugier-Hunziker ou mélanose de Laugier

La prévalence de ce syndrome est sans doute sous-estimée. Il s'agit de macules mélanotiques multiples de la cavité orale, de couleur brune, grise ou noire, acquises et d'extension progressive,



Fig. 13: Macules pigmentées multiples et confluentes dans le cadre d'une mélanose de Laugier.

Le dossier – Pathologies buccales de l'adulte



Fig. 14: Macules pigmentées grisâtres sur langue lichénienne (leucokératose en tâches de bougie, réticulations) : lichen pigmentogène.

chez l'adulte d'âge moyen. Les lésions peuvent être millimétriques ou confluer en plages (**fig. 13**). L'association à des lésions pigmentées extra-orales (génétales, anales, acrales, mélanonychies) n'est pas systématique [10]. Ces patients sont parfois adressés avec l'hypothèse d'un syndrome de Peutz-Jeghers, mais la survenue à l'âge adulte permet rapidement d'éliminer ce diagnostic. Aucune anomalie systémique ou de surrisque de cancer n'est rapportée : il n'y a pas d'exploration à proposer.

3. Lichen pigmentogène

La pigmentation postinflammatoire du lichen peut induire des macules multiples beiges, grisâtres ou brunes (**fig. 14**). En l'absence de réticulations associées, une biopsie est nécessaire pour porter le diagnostic de lichen.

■ Lésions pigmentées diffuses

Dans la majorité des cas, le diagnostic est relativement aisé :

- une pigmentation ethnique, fréquente chez les patients de phototype IV à VI, est constituée de plages brun-noir de la gencive, des muqueuses labiales et jugales, du palais (**fig. 15**) ;



Fig. 15: Pigmentation homogène diffuse ethnique de la gencive maxillaire (phototype V).



Fig. 16: Macules beige-brun multiples de la muqueuse jugale : mélanose tabagique.

- l'interrogatoire trouvera facilement la notion de tabagisme, qui peut induire une "mélanose tabagique" correspondant à une pigmentation beige ou brunâtre, diffuse ou irrégulière, réversible, de la muqueuse buccale (**fig. 16**) [11] ;

- une pigmentation diffuse fera réaliser une enquête médicamenteuse systématique : de nombreux médicaments (antipaludéens de synthèse, minocycline, imatinib, amiodarone, chimiothérapies, clofazimine, thérapies ciblées, bains de bouche antiseptiques...) peuvent induire une pigmentation buccale, de coloration et de topographie variables, en fonction des molécules (**fig. 17**) [12-13].

En l'absence de ces étiologies simples et fréquentes, une pigmentation diffuse



Fig. 17: Plaque gris-bleu ardoisée du palais dur. Pigmentation liée aux antipaludéens de synthèse (hydroxychloroquine).

sera explorée par un bilan biologique, voire une biopsie :

- une pigmentation diffuse peut être postinflammatoire, essentiellement dans le cadre d'un lichen pigmentogène (*cf. supra*). Dans notre expérience, les autres pathologies inflammatoires des muqueuses ne laissent pas de pigmentation postinflammatoire. De même, l'érythème pigmenté fixe intrabuccal ne laisse que rarement une pigmentation séquellaire ;

- les endocrinopathies pigmentogènes (maladie d'Addison essentiellement, syndrome de Cushing, acromégalie) (**fig. 18**) vont comporter des pigmentations cutanées et muqueuses : la pigmentation orale est rarement isolée. Les lésions pigmentées muqueuses sont diffuses, ou sous forme de plages multiples, de couleurs brune ou gris-noire, du palais, de la gencive, de la muqueuse jugale et des lèvres. La pigmentation peut être le premier signe de la maladie [14] ;



Fig. 18: Pigmentation diffuse brune de la gencive chez un patient ayant une maladie d'Addison.

– l'hémochromatose comporte également une atteinte cutanée à type de mélanodermie gris métallique. L'atteinte orale n'est pas systématique. Elle se présente comme des plaques bleu-gris à brunes et touche majoritairement la gencive et le palais [15];
 – la carence en vitamine B12 peut également comporter une pigmentation brun-gris des plis de flexion, du visage et des muqueuses [16];
 – les intoxications aux métaux lourds (saturnisme, mercure) induisent classiquement un liseré pigmenté de la gencive marginale [17].

■ Conclusion

En pratique, une lésion unique pigmentée correspond dans la majorité des cas à une lésion mélanocytaire bénigne (lentigo, macule mélanotique), un tatouage aux amalgames ou une lésion vasculaire, type lac veineux. Toutefois, toute lésion pigmentée unique doit faire évoquer un mélanome et, au moindre doute, une biopsie doit être réalisée. Dans le cas de lésions multiples ou diffuses, l'anamnèse complète et l'examen clinique permettent d'orienter le diagnostic; un bilan biologique et/ou une biopsie de la lésion peuvent être nécessaires.

Remerciements. L'auteur remercie Agathe Louisy (Docteur Junior, Chirurgie orale, CHU de Tours) pour son aide dans la recherche bibliographique.

BIBLIOGRAPHIE

1. LOUISY A, SAMIMI M. Lésions pigmentées de la muqueuse orale. *EMC - Médecine buccale* 2020;14:1-13.
2. LENANE P, POWELL FC. Oral pigmentation. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2000;14:448-465.
3. CHAPUT L, SAMIMI M, MARUANI A. Congenital melanotic macules of the tongue. *J Pediatr*, 2016;174:270.
4. SHEN Z-Y, LIU W, BAO Z-X *et al.* Oral melanotic macule and primary oral malignant melanoma: epidemiology, location involved, and clinical implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2011;112:e21-25.
5. FATAHZADEH M, SCHWARTZ RA. Oral Kaposi's sarcoma: a review and update. *Int J Dermatol*, 2013;52:666-72.
6. YI-CHUN L. Black tongue. *Eur J Intern Med*, 2018;48:e1-2.
7. BUCHNER A. Amalgam tattoo (amalgam pigmentation) of the oral mucosa: clinical manifestations, diagnosis and treatment. *Refuat Ha-Peh Veha-Shinayim*, 1993 2004;21:25-28.
8. BEGGS AD, LATCHFORD AR, VASEN HFA *et al.* Peutz-Jeghers syndrome: a systematic review and recommendations for management. *Gut*, 2010;59:975-986.
9. STRATAKIS CA. Carney complex: a familial lentiginosis predisposing to a variety of tumors. *Rev Endocr Metab Disord*, 2016;17:367-371.
10. PAUL J, HARVEY VM, SBICCA JA *et al.* Laugier-Hunziker syndrome. *Cutis*, 2017;100:E17-19.
11. TAYBOS G. Oral changes associated with tobacco use. *Am J Med Sci*, 2003;326:179-182.
12. LO RUSSO L, GUIDA L, DI MASI M *et al.* Adverse drug reactions in the oral cavity. *Curr Pharm Des*, 2012;18:5481-5496.
13. GIMÉNEZ GARCÍA RM, CARRASCO MOLINA S. Drug-induced hyperpigmentation: review and case series. *J Am Board Fam Med*, 2019;32:628-638.
14. ALESSANDRO L, INAM H, LETIZIA P *et al.* Oral pigmentation as a sign of Addison's disease: a brief reappraisal. *Open Dermatol J*, 2009;3.
15. SCHLOSSER BJ, PIRIGYI M, MIROWSKI GW. Oral manifestations of hematologic and nutritional diseases. *Otolaryngol Clin North Am*, 2011;44:183-203.
16. AGRAWALA RK, SAHOO SK, CHOUDHURY AK *et al.* Pigmentation in vitamin B12 deficiency masquerading Addison's pigmentation: A rare presentation. *Indian J Endocrinol Metab*, 2013;17:S254-256.
17. PEARCE JMS. Burton's line in lead poisoning. *Eur Neurol*, 2007;57:118-119.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.