

# Mises au point interactives – Pathologies des muqueuses



**J.-C. FRICAIN**  
Service de Chirurgie  
orale, Université  
de BORDEAUX.  
Directeur de l'unité  
U1026 INSERM

## Le lichen plan buccal : une pathologie encore mal connue

Le lichen oral est une maladie complexe, compliquée par plusieurs facteurs :

- la classification nosologique reste ambiguë ;
- il existe une grande variété de lésions évoluant avec la maladie ;
- les lésions peuvent apparaître dans différentes localisations ;
- la plupart des traitements sont basés sur des niveaux de preuves limités.

### Classification nosologique du lichen plan : lichen plan oral et réactions lichénoïdes (tableau I) [1]

Le terme “lichen oral” regroupe trois entités : le lichen plan oral (LPO), les lésions lichénoïdes orales (LLO), et les lésions lichénoïdes orales induites (LLOI).

#### 1. Le lichen plan oral

Défini selon Van der Meij, il repose sur des critères cliniques et histopathologiques (fig. 1) :

- critères cliniques : lésions réticulées bilatérales et symétriques. Les formes érosives, atrophiques ou en plaques ne sont considérées comme des variantes du LPO qu'en présence de lésions réticulées ailleurs dans la bouche ;
- critères histologiques : infiltrat lymphocytaire en bande dans la couche superficielle du tissu conjonctif, vacuolisation de la couche basale de l'épithélium et absence de dysplasie épithéliale.

#### 2. Les lésions lichénoïdes orales

Elles ressemblent cliniquement et histologiquement au lichen plan, mais peuvent être induites par des facteurs externes, comme des médicaments ou des matériaux dentaires.

#### 3. Différentiation entre LPO, LLO et LLOI

En pratique, la distinction entre le LPO et les LLO est minime, car leur prise en charge est similaire, avec une attention portée au risque de transformation

maligne. Les LLOI doivent être distinguées, car l'élimination de la cause induit généralement une amélioration des symptômes.

Il est essentiel de différencier les lésions lichénoïdes orales de contact (LLOIC), celles induites par des médicaments (LLOIM), et celles liées à une maladie systémique (LLOIS).

- Les LLOIC sont à envisager lorsqu'une lésion entre en contact direct avec un matériau de restauration dentaire, tel qu'un amal-

Lichen Oral	Aspects cliniques	Aspects histopathologiques	Facteur inducteur
LPO	Typique	Typique	Non
LLO	Typique	Compatible	Non
	Compatible	Typique	Non
	Compatible	Compatible	Non
LLOI	Typique	Compatible	Oui
	Compatible	Typique	Oui
	Compatible	Compatible	Oui

Tableau I : Synthèse des définitions de LPO, de LLO et de LLOI.

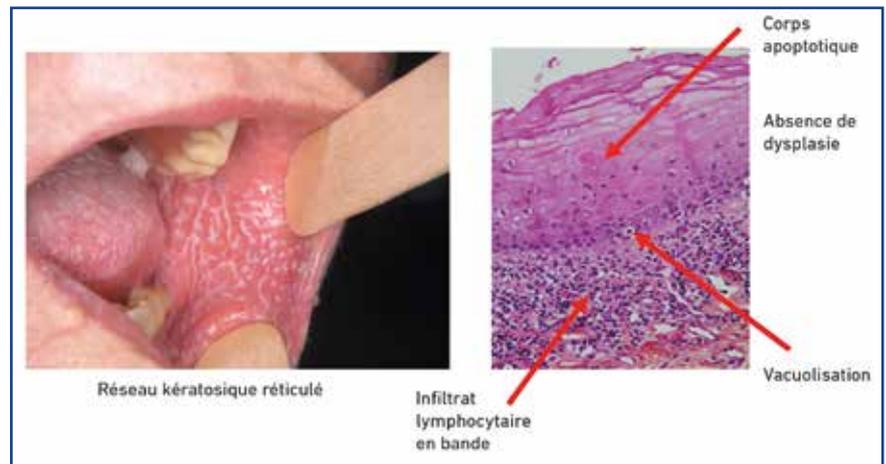


Fig. 1 : Critères diagnostiques du lichen oral selon l'OMS [2].

## Mises au point interactives – Pathologies des muqueuses

game. Cette hypothèse est d'autant plus plausible si les tests cutanés réalisés confirment une sensibilité au matériau incriminé, souvent des composés mercuriels.

- **Les LLOIM** doivent être considérées lorsque le patient prend des médicaments connus pour provoquer ce type de réaction, comme les inhibiteurs de point de contrôle ou l'imatinib. Une suspicion peut également émerger si un lichen persiste malgré un traitement, ou si des lésions apparaissent dans les mois suivant l'introduction du médicament.

- **Les LLOIS** peuvent principalement s'observer dans la maladie du Greffon contre l'hôte, le syndrome de Good (hypogammaglobulinémie et thymome) et l'hépatite C. Dans les régions à forte prévalence d'hépatite C ou en présence de facteurs de risque individuels (toxicomanie, rapports sexuels à risque, IST, exposition au sang, actes médicaux invasifs), un test sérologique pour l'hépatite C doit être réalisé en cas de lésions lichénoïdes orales.

Enfin, il existe des formes hybrides entre le lichen et d'autres pathologies, comme le lichen plan pemphigôïde, la stomatite ulcéraire chronique, la gingivite plasmocytaire ou encore le lupus. Ces formes spécifiques ne seront pas abordées dans cet article.

### Formes cliniques du lichen oral

Les lésions de lichen oral peuvent s'accompagner de manifestations cutanées ou affecter d'autres muqueuses, notamment génitales, anales, œsophagiennes, et, plus rarement, les conjonctives oculaires, ainsi que le cuir chevelu et les ongles. Chez une femme, devant la découverte d'un lichen oral, il est recommandé de réaliser systématiquement un examen gynécologique superficiel. Exceptionnellement, face à un trouble de l'audition associé à un lichen oral, il faudra suspecter une atteinte du conduit auditif externe.

La localisation de prédilection des LLO se situe au niveau des joues, en raison du phénomène de Koebner. Les différentes formes cliniques de lichen oral sont classées selon les caractéristiques des lésions élémentaires. Cependant, ces dernières ne permettent pas de distinguer le LPO des LLO ou induites par médicaments LLOI.

#### 1. Lichen oral kératosique

La manifestation typique est une kératose réticulée. L'apparence de la kératose varie selon l'évolution de la maladie. Aux stades précoces, des papules kératosiques se rejoignent pour former un réseau (stries de Wickham)



Fig. 2: Plaques en taches de bougies caractéristiques d'un lichen lingual.

(fig. 1). Lorsque le lichen kératosique est ancien, il peut se présenter sous forme de plaque ou de plaque leucoplasiformes. Sur la langue, le lichen kératosique peut également apparaître sous forme de plaques en taches de bougie correspondant à la coalescence des papilles filiformes (fig. 2). Cette forme est rarement douloureuse et caractérise un état quiescent du lichen.

#### 2. Lichen oral érythémateux

L'érythème est généralement associé à d'autres types de lésions. Cette forme est souvent douloureuse.

#### 3. Lichen oral érosif

Bien que le terme "lichen oral érosif" soit courant, les véritables formes érosives sont rares. En raison de l'infiltration inflammatoire au niveau de la membrane basale, un décollement se produit, exposant le tissu conjonctif sous-jacent, et entraînant des ulcérations. Les érosions sont souvent de courte durée en raison des traumatismes locaux récurrents. Une forme particulière est la gingivite érosive ou desquamative, qui n'est pas liée à une infection bactérienne et touche principalement les gencives kératinisées. Cette gingivite peut être associée à un lichen vulvaire (syndrome vulvovingival) (fig. 3).



Fig. 3: Syndrome vulvovingival.

#### 4. Lichen oral ulcéré

Les formes ulcérées du lichen plan buccal sont douloureuses et peuvent être uniques ou multiples (*fig. 4*). Elles s'accompagnent souvent de formes kératosiques et érythémateuses, avec la possibilité de formation de granulomes secondaires sur les ulcérations.

#### 5. Lichen oral bulleux

La forme bulleuse est rare, car les bulles se rompent rapidement, laissant place à des ulcérations.

#### 6. Lichen oral pigmenté

Une pigmentation de la muqueuse peut apparaître, allant du brun clair au noir foncé. Cela est dû à une libération post-inflammatoire de pigments (*fig. 5*).

#### 7. Lichen oral atrophique

Caractérisée par un amincissement de l'épithélium, la muqueuse apparaît brillante (*fig. 6*). Des bandes scléreuses peuvent parfois être palpées, surtout au niveau des joues. La douleur, dans ces cas, semble plus liée à l'atrophie qu'à l'inflammation.

#### 8. Lichen oral transformé

Entre 1 et 3 % des lésions de lichen oral pourraient évoluer en carcinome épidermoïde (*fig. 7*). Une transformation maligne doit être envisagée en présence d'une ulcération persistante, d'une zone érythroplasique ou d'une masse tissulaire. Des transformations en carcinome verruqueux ou leucoplasie proliférative verruqueuse peuvent également survenir (*fig. 8*).

### Gestion d'un lichen plan buccal ou d'une lésion lichénoïde orale

Le lichen plan buccal est une affection chronique qui, dans de nombreux cas, reste difficile, voire impossible à éradiquer complètement. Cette résistance au traitement pourrait être liée à la persistance de facteurs irritants chroniques, tels que la flore buccale, la présence des dents, des prothèses, des matériaux de restauration dentaire, ainsi que l'effet des fonctions orales comme la mastication et la phonation. Il est donc essentiel, à titre préventif, de réduire autant que possible ces irritants locaux. Cela inclut l'éducation à l'hygiène buccodentaire, en recommandant un brossage de haut en bas (des gencives vers les dents) pendant 3 minutes, deux fois par jour, avec un dentifrice non irritant. Une visite



Fig. 4 : Lichen oral ulcéré des lèvres.



Fig. 5 : Lichen oral nigricans.



Fig. 6 : Lichen oral atrophique et leucoplasiforme.



Fig. 7 : Carcinome épidermoïde développé sur des lésions de lichen plan : érythème et stries kératosiques en 2014, plaque/plaie kératosique en 2017, ulcération à bord surélevés en 2018 (carcinome épidermoïde).



Fig. 8 : Leucoplasie proliférative verruqueuse développée sur un lichen oral.

## Mises au point interactives – Pathologies des muqueuses

annuelle chez le dentiste est également conseillée.

Le traitement du lichen plan est principalement symptomatique et vise souvent à suspendre les symptômes sans les éradiquer complètement. Il dépend du type de lésion et de son emplacement dans la bouche, ainsi que de la présence, ou non, de douleurs. En première ligne de traitement, la corticothérapie locale est privilégiée, avec la forme galénique choisie en fonction de la localisation des lésions dans la cavité buccale.

### Traitement des formes cliniques du lichen oral (tableau II)

#### 1. Lichen oral kératosique

Cette forme, souvent asymptomatique, ne nécessite généralement aucun traitement. Exceptionnellement, une exérèse chirurgicale ou par vaporisation laser peut être proposée devant une forme verruqueuse suspecte. Une surveillance annuelle est recommandée.

#### 2. Lichen oral érythémateux, bulleux, érosif et ulcéré

Ces formes sont généralement douloureuses et requièrent un traitement adapté à la localisation et à l'étendue des lésions. Selon la situation :

- crèmes pour les lésions localisées (les gels sont à éviter car trop liquides, et les pommades, trop grasses) ;
- sprays pour les zones postérieures ;
- comprimés à laisser fondre pour les lésions du plancher buccal ou vestibulaires ;
- bains de bouche pour les lésions diffuses ;
- injections sous-lésionnelles pour les lésions uniques localisées sur la joue, la langue ou la lèvre.

En première intention, les traitements locaux à base de corticoïdes sont privilégiés, suivis d'immunosuppresseurs, si nécessaire. Le clobétasol en crème est recommandé pour les lésions localisées, tandis que la prednisolone en bains de bouche (20 mg/60 mL) est préconisée pour les lésions diffuses. Ces traitements sont généralement appliqués 2 à 3 fois

par jour pendant 2 mois. En cas d'échec, le tacrolimus en pommade (0,1 %) ou en bain de bouche (1 mg/100 mL) peut être utilisé avec la même fréquence et durée. Une réévaluation du patient est ensuite effectuée pour ajuster le traitement.

Dans certains cas, des injections sous-lésionnelles de triamcinolone (40 mg) peuvent être administrées tous les 15 jours pendant 3 à 4 semaines. Des traitements locaux supplémentaires comme les rétinoïdes, le sirolimus, la ciclosporine ou le pimecrolimus peuvent aussi être envisagés, bien que plus rarement.

L'hydroxychloroquine s'est imposée comme traitement systémique de première ligne en association, ou non, avec une corticothérapie orale sur 4 à 6 semaines, le temps de gérer la poussée inflammatoire.

Pour les formes sévères et diffuses (notamment œsophagiennes) ou en cas de résistance aux traitements de première et deuxième ligne, une corticothérapie orale prolongée, éventuelle-

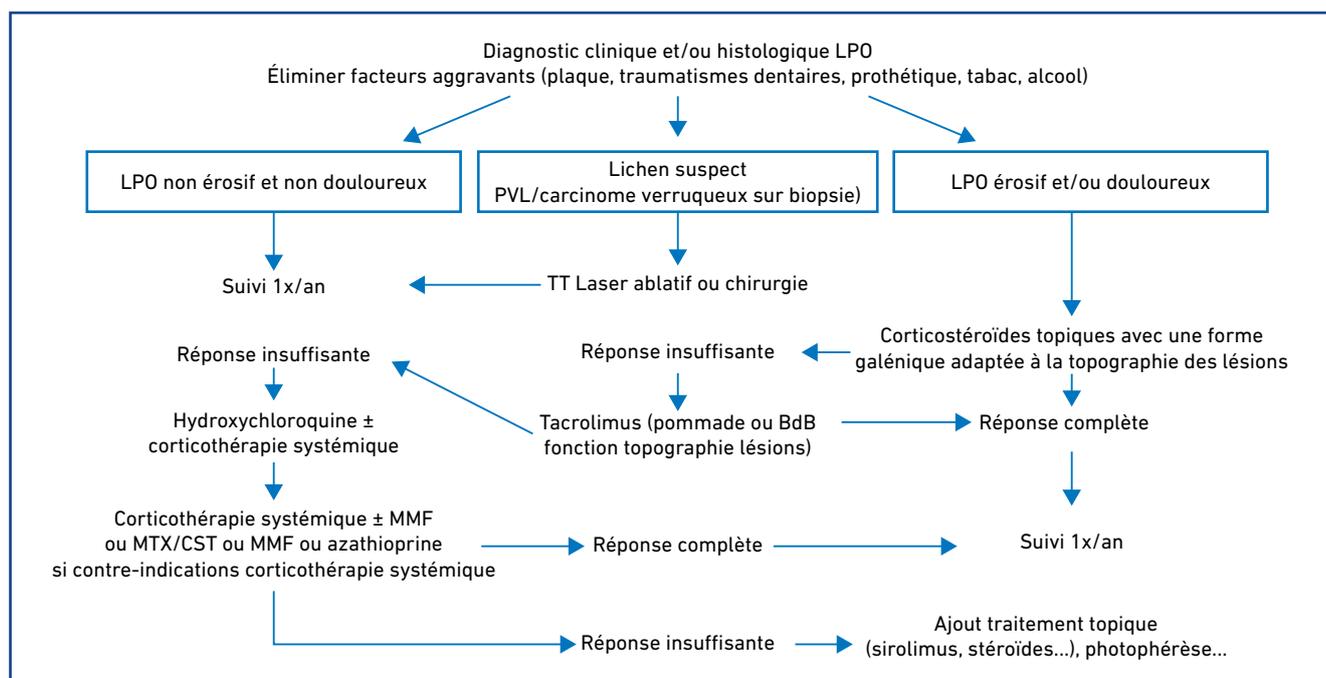


Tableau II : Arbre décisionnel thérapeutique du lichen oral [3-4].

ment associée à un immunosuppresseur (comme le mycophénolate mofétil), peut être nécessaire. D'autres traitements systémiques, tels que les rétinoïdes, le méthotrexate, l'azathioprine, les anti-TNF, les inhibiteurs de JAK peuvent également être utilisés.

### 3. Lichen oral atrophique

Il n'existe pas de traitement réellement efficace pour le lichen atrophique buccal, considéré comme une séquelle de l'inflammation chronique. Une surveillance régulière est recommandée.

### 4. Lichen plan suspect de PVL ou de carcinome verruqueux

Après une biopsie confirmant l'absence de transformation cancéreuse, un traitement ablatif par lame ou au laser CO<sup>2</sup> est conseillé, car ces lésions évoluent invariablement en carcinome épidermoïde.

## Gestion des lésions lichénoïdes orales induites [5-10]

Le traitement des LLOIS est identique à celui du lichen oral avec, en plus, la gestion de la maladie sous-jacente. Pour les LLOIM, l'arrêt du traitement incriminé est recommandé. Si cet arrêt n'est pas

envisageable (comme avec les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire), le traitement des lésions sera similaire à celui du lichen oral.

Dans le cas des LLOIC, le remplacement des restaurations dentaires (notamment l'amalgame) est indiqué. Pour les couronnes métalliques ou céramiques, une évaluation bénéfique/risque doit être effectuée avec le dentiste. Si le retrait des matériaux dentaires n'est pas possible, le traitement sera le même que pour le lichen oral.

### BIBLIOGRAPHIE

1. CAMPANA F, LAN R, GIRARD C *et al.* French guidelines for the management of oral lichen planus (excluding pharmacological therapy). *Ann Dermatol Venereol*, 2022;149:14-27.
2. VAN DER MEIJ EH, SCHEPMAN KP, VAN DER WAAL I. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions A prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2003;96:164-171.
3. HUSEIN-ELAHMED H, GIELER U, STEINHOFF M. Lichen planus: a comprehensive evidence-based analysis of medical treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2019;33:1847-1862.
4. TEKIN B, XIE F, LEHMAN JS. Lichen planus: what is new in diagnosis and treatment? *Am J Clin Dermatol*, 2024;25:735-764.
5. ISSA Y, BRUNTON PA, GLENNY AM *et al.* Healing of oral lichenoid lesions after replacing amalgam restorations: a systematic review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2004; 98:553-565.
6. FORTUNA G, ARIA M, SCHIAVO JH. Drug-induced oral lichenoid reactions: a real clinical entity? A systematic review. *Eur J Clin Pharmacol*, 2017;73:1523-1537.
7. HWANG SJ, CARLOS G, WAKADE D *et al.* Cutaneous adverse events (AEs) of anti-programmed cell death (PD) 1 therapy in patients with metastatic melanoma: A single-institution cohort. *J Am Acad Dermatol*, 2016;74:455-461.
8. FRICAIN JC, SIBAUD S, HAFIAN H *et al.* Les manifestations orales de la réaction du greffon contre l'hôte. *Ann Dermatol Venerol*, 2005;132:1017-1025.
9. LODI G, PELLICANO R, CARROZZO M. Hepatitis C virus infection and lichen planus: a systematic review with meta-analysis. *Oral Dis*, 2010;16:601-612.
10. ALIZARINA, AL-MAWERI SA, AL-SHAMIRI HM *et al.* Hépatites C virus infections in oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. *Aust Dent J*, 2016;61:282-287.

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