



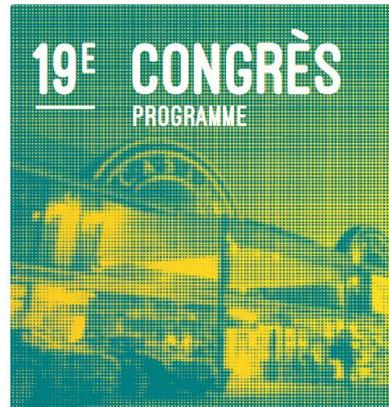
# GEMUB

GROUPE D'ÉTUDE DE LA MUQUEUSE BUCCALE

## JC Fricain

Président du GEMUB

SOCIETY FOR  
DENTAL SCIENCE



AVRIL 2019 CASINO DE MONTREUX  
Vendredi 27 - Samedi 28 Rue du Théâtre 9, 1820 Montreux

# La genèse du GEMUB

Qui traite les pathologies de la muqueuse buccale en Europe ?

**Partie de:** oral medicine, dental medicine, oral and maxillofacial medicine, Stomatology

**Liens avec spécialités dentaires:** oral surgery, oral pathology, periodontology, pediatric dentistry, special care dentistry

**Liens avec spécialités médicales:** dermatology, gastroenterology, hematology, hepatology, imaging, immunology, otorhinolaryngology, maxillo facial surgery, rheumatology, oncology, neurology, psychiatry.

# La genèse du GEMUB

Qui traite les pathologies de la muqueuse buccale en France ?

- **Partie de:** stomatologie, chirurgie orale,
- **Liens avec spécialités dentaires:** médecine bucco-dentaire et dentisterie générale
- **Liens avec spécialités médicales:** dermatologie, gastro-entérologie, hématologie, hépatologie, imagerie, immunologie, oto-rhino-laryngologie, ORL, rhumatologie, oncologie, neurologie, psychiatrie.

# La genèse du GEMUB



- « Oral medicine (stomatology) across the globe : birth, growth, and future » 2015

France

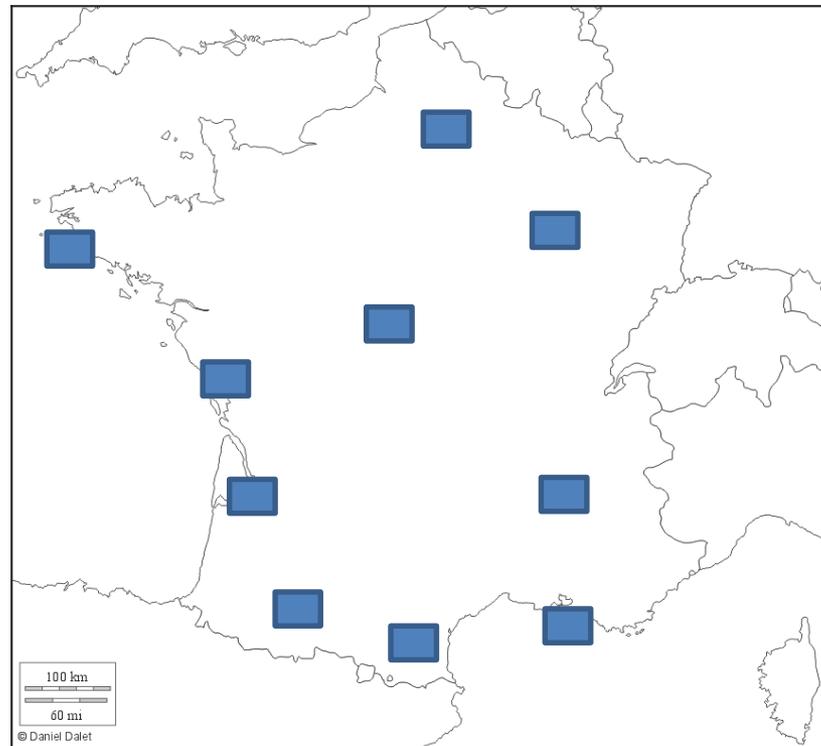
France has no current official oral medicine society. The Conseil de l'Ordre des Médecins (Council of the Medical Association), after political negotiations, suppressed stomatology as a specialty of medicine, and replaced it with *chirurgie orale* (oral surgery). Oral medicine is now a skill and competence of pathology and dermatology. The Société de Stomatologie et de Chirurgie Maxillofaciale (Society of Stomatology and Maxillofacial Surgery) is more surgery than oral medicine (stomatology).

## En réalité...

- Société Française de Chirurgie Orale
- Société Française de Stomatologie Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale
- Société Française de Dermatologie (SFD),
- Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de chirurgie de la face et du Cou

# La genèse du GEMUB

- Une particularité Française: les consultations multidisciplinaires:



# GEMUB

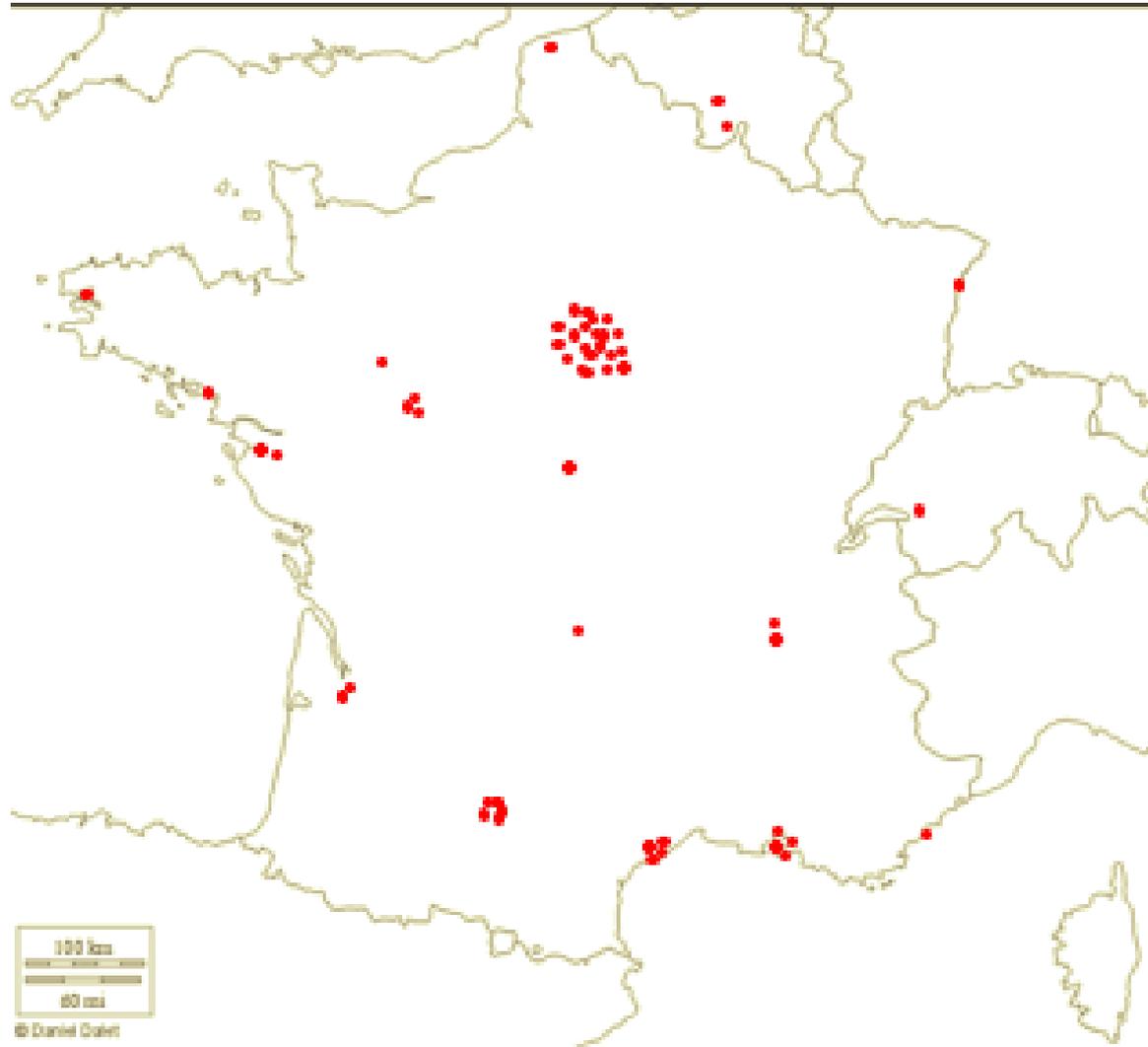
GRUPE D'ÉTUDE DE LA MUQUEUSE BUCCALE

- Création du **GEMUB** (Groupe d'Etude de la Muqueuse Buccale) en 2017
- **Groupe pluridisciplinaire**  
(Chirurgie Orale, Stomatologie-CMF, Dermatologie, Anatomo-pathologie, Médecine bucco-dentaire, Chirurgie-Dentaire, ...)
- Bureau
  - Président: Pr JC Fricain
  - Secrétaire: Pr M Samami
  - Trésorier: Dr V Sibaud
- Contact:

[sibaud.vincent@iuct-oncopole.fr](mailto:sibaud.vincent@iuct-oncopole.fr)



## *Répartition géographique des membres au 12-12-2017*



## Répartition des membres par spécialité

SPECIALITES	REPRESENTANTS	REPARTITION
Chirurgie orale	15	<i>Province</i>
Dermatologie	14	
Stomatologie/maxillofacial	10	
Anatomopathologie	5	
Chirurgien-dentiste	5	<i>Paris et autour</i>
Médecine bucco-dentaire	2	
Dermatologie buccale	1 ?	
Biologie orale	1. ?	
Autre (?)	1	<i>Francophone</i>
		<b>3</b> (Belgique, Suisse)
<b>Total</b>	<b>54 adhérents</b>	



## Le GEMUB : première association francophone d'études de la muqueuse buccale

### **BUTS:**

- Améliorer l'état des connaissances et des pratiques dans le domaine des pathologies de la muqueuse buccale par le biais d'action communes de formation initiale et continue
- Elaborer des recommandations diagnostiques et de traitements
- Mettre en place des projets de recherche scientifique et/ou clinique



## **Les Travaux en cours:**

- Organiser une à 2 journées par an en marge des congrès sfco, sfd, sfcmfco
- Elaborer des recommandations
- Elaborer des fiches patients
- Discuter des cas cliniques

# Première Journée du GEMUB

## *Groupe d'Etude de la Muqueuse Buccale*

*Professeur de médecine orale, Newcastle, UK.*

*Conférence sur l'évolution de la discipline «Médecine orale » en Europe, de la description de cas cliniques aux investigations biologiques plus récentes*

*Présentation de « The European Association of Oral Medicine » : site internet (<http://www.eaom.eu/>), modalités d'inscription et congrès à venir 27-28/09 à Gothenburg (Suède) : <http://eaom2018.se/>*

*Note : Le GEMUB n'a pas de liens avec l'EAOM*



**EAOM**  
EUROPEAN ASSOCIATION OF ORAL MEDICINE

# *Elaboration des recommandations sur le lichen plan oral*

- 2017-2018: recommandations diagnostiques
- 2018-2019: recommandations thérapeutiques

**Etat des recommandations actuelles ?**

# Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology



Yi-Shing Lisa Cheng, DDS, MS, PhD,<sup>a</sup> Alan Gould, DDS, MS,<sup>b</sup> Zoya Kurago, DDS, PhD,<sup>c</sup> John Fantasia, DDS,<sup>d</sup> and Susan Muller, DMD, MS<sup>c</sup>

Texas A&M University College of Dentistry, Dallas, TX, USA, Louisville Oral Pathology Laboratory, Louisville, KY, USA, Augusta University, Augusta, GA, USA, Hofstra North Shore-Long Island Jewish Health System, New Hyde Park, NY, USA, and Atlanta Oral Pathology, Decatur, GA, USA

Despite being one of the most common oral mucosal diseases and recognized as early as 1866, oral lichen planus (OLP) is still a disease without a clear etiology or pathogenesis, and with uncertain premalignant potential. More research is urgently needed; however, the research material must be based on an accurate diagnosis. Accurate identification of OLP is often challenging, mandating inclusion of clinico-pathological correlation in the diagnostic process. This article summarizes current knowledge regarding OLP, discusses the challenges of making an accurate diagnosis, and proposes a new set of diagnostic criteria upon which to base future research studies. A checklist is also recommended for clinicians to provide specific information to pathologists when submitting biopsy material. The diagnostic process of OLP requires continued clinical follow-up after initial biopsy, because OLP mimics can manifest, necessitating an additional biopsy for direct immunofluorescence study and/or histopathological evaluation in order to reach a final diagnosis. (Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2016;122:332-354)

- Pas de méthodologie définie
- Pas de grades de recommandations
- Recommandations faites par anatomopathologistes

**Table 1.** Differential diagnosis of oral lichen planus

<i>Pathologic condition</i>	<i>Clinical features</i>	<i>Histopathological features</i>	<i>Immunofluorescent findings</i>
<i>OLP</i>	Multifocal, usually bilateral affecting buccal mucosa, tongue, lips, and gingiva; can appear as desquamative gingivitis; white reticular patches with or without erosions and ulcerations.	Reticular form: Hyperkeratosis with basal cell degeneration, necrosis of basal and parabasal keratinocytes, and a band-like predominantly lymphocytic infiltrate adjacent to basal cells. Erosive form: Sub-basal separation with basal cell degeneration; inflammation may contain plasma cells; reactive, regenerative, or reparative epithelial changes may be seen in these cases and depending on the degree of ulceration, pathologic features may be less distinct.	<b>DIF:</b> Usually negative, may see shaggy fibrinogen deposition at BMZ and colloid bodies. <b>IIF:</b> Negative.
<i>MMP</i>	Often presents as desquamative gingivitis; erosions and ulcers without a reticular component; rare intact bullae; frequently affects other oral mucosal sites, such as buccal mucosa and palate.	Sub-basilar epithelial separation without basal cell liquefaction; inflammation mixed and often sparse.	<b>DIF:</b> Linear IgG and C3 at BMZ; less often IgA, IgM, and fibrin. <b>IIF:</b> Linear IgG and/or IgA at BMZ (low titer); salt split skin shows linear IgG and/or IgA at roof or floor of the split.
<i>Lichen planus pemphigoides</i>	Combined features of lichen planus and pemphigoid (vesicles or bullae) on oral mucosa, skin, or both. Most often affects buccal mucosa and gingiva, although palate, vestibule, and labial mucosa can also be involved.	Features of OLP (basal cell degeneration, thickening and dissolution of basement membrane, band-like lymphocytic infiltrate in superficial lamina propria), MMP (sub-basilar epithelial separation), or both.	<b>DIF:</b> Same as MMP. <b>IIF:</b> Immunoglobulin (most often IgG) at BMZ.
<i>Chronic graft-versus-host disease</i>	Similar to OLP; history of bone marrow transplant.	Basal cell degeneration with subepithelial lymphocytic infiltrate (may be sparse).	<b>DIF:</b> May be similar to OLP. <b>IIF:</b> Negative.
<i>Chronic ulcerative stomatitis</i>	Similar to OLP.	Similar to OLP.	<b>DIF:</b> Stratified SES-ANA in lower third of epithelium. <b>IIF:</b> SES-ANA positive.
<i>Oral lichenoid drug reactions</i>	Similar to OLP; may see a temporal relationship with offending drug, but delayed onset of more than 1 year has been reported.	Similar to OLP but mixed inflammation, may extend into the deep lamina propria, may show perivascular inflammation.	<b>DIF:</b> Similar to OLP. <b>IIF:</b> Usually negative.
<i>Oral lichenoid contact hypersensitivity reactions</i>	Can be unilateral or bilateral; topographic relationship to dental restorations, flavoring agents (Table III).	Similar to OLP but inflammation mixed; may see lymphoid follicles in reactions to dental materials; perivascular inflammation and scattered eosinophils; epithelial acanthosis in cinnamon reaction.	<b>DIF:</b> Similar to OLP. <b>IIF:</b> Usually negative.
<i>Lupus erythematosus</i>	Oral involvement in up to 25% of cases and resembles erosive OLP; hard palate often affected; central area of ulceration surrounded by radiating keratotic striae.	Similar to OLP; sometimes deep perivascular inflammation.	<b>DIF:</b> Linear band or continuous granular IgG, IgM, IgA, or C3 at BMZ. <b>IIF:</b> Negative.
<i>Proliferative verrucous leukoplakia</i>	Multifocal keratotic lesions with a predilection for the gingiva, palate, and tongue in elderly females; erosive lesions can occur, mimicking erosive OLP.	Varies, but one pattern may exhibit a lichenoid appearance with a band-like inflammatory cell infiltrate, saw-tooth rete ridges, and inflammatory cell transmigration through the epithelium; hyperchromatic, pleomorphic nuclei with varying degrees of cytologic atypia may be present.	<b>DIF:</b> May show fibrinogen deposition along BMZ <b>IIF:</b> Unknown.

*(continued on next page)*

**Table II. Triggers of oral lichenoid drug reactions**<sup>21,28-30</sup>

<i>Type of trigger</i>	<i>Specific examples</i>
<i>Anti-anxiety/psychotropic agents</i>	Benzodiazepines Lithium
<i>Antibiotics</i>	Tricyclic antidepressants Isoniazid Rifampin Streptomycin
<i>Anticonvulsants</i>	Tetracyclines Carbamazepine Phenytoin
<i>Antidiabetics</i>	Valproate Glipizide Insulin Tolbutamide
<i>Antifungals</i>	Amphotericin B Ketoconazole
<i>Antihypertensives</i>	Atenolol Captopril Chorothiazide Enalapril Furosemide Hydrochlorothiazide Metoprolol Propranolol
<i>Antimalarials</i>	Chloroquine Hydroxychloroquine Quinacrine Quinidine
<i>Antiretrovirals</i>	Zidovudine
<i>Nonsteroidal anti-inflammatory drugs</i>	Naproxen Ibuprofen Diclofenac Indomethacin Aspirin
<i>Miscellaneous</i>	Bismuth Dapsone Gold Penicillamine Allopurinol

**Table III. Triggers of oral lichenoid contact hypersensitivity reactions**<sup>21,28-31</sup>

<i>Type of trigger</i>	<i>Specific examples</i>
<i>Metals used in dental restorations</i>	0.1% mercury chloride 1% ammoniated mercury Beryllium Bismuth Chromium Cobalt Copper Gold Metallic mercury Nickel Palladium Silver Tin
<i>Other dental restorative materials</i>	Acrylate compounds Composite Glass ionomer Porcelain
<i>Flavoring agents</i>	Balsam of Peru Cinnamon (cinnamic aldehyde) Eugenol Menthol Mint ( <i>mentha piperita</i> )
<i>Tartar control toothpaste</i>	

**Table IV.** Comparison of the WHO criteria,<sup>19</sup> the modified WHO criteria,<sup>1</sup> and the proposed criteria for OLP

	<i>WHO criteria</i>	<i>Modified WHO criteria</i>	<i>Proposed criteria</i>
<i>Clinical criteria</i>	<p>Usually multiple, and often symmetric in distribution</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- White papular, reticular (lace-like network of slightly raised gray-white lines), annular, or plaque-type lesions</li> <li>- White lines radiating from the papules</li> <li>- Atrophic lesions with or without erosion</li> <li>- Bullae are rare</li> </ul>	<p>Bilateral, more or less symmetric lesions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erosive, atrophic, bullous, and plaque-type lesions are only accepted as a subtype in the presence of reticular lesions elsewhere in the oral mucosa</li> <li>- Lace-like network of slightly raised gray-white lines (reticular pattern)</li> </ul>	<p>Multifocal symmetric distribution</p> <p>White and red lesions exhibiting one or more of the following forms:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reticular/papular</li> <li>- Atrophic (erythematous)</li> <li>- Erosive (ulcerative)</li> <li>- Plaque</li> <li>- Bullous</li> </ul> <p>Lesions are not localized exclusively to the sites of smokeless tobacco placement</p> <p>Lesions are not localized exclusively adjacent to and in contact with dental restorations</p> <p>Lesion onset does not correlate with the start of a medication</p> <p>Lesion onset does not correlate with the use of cinnamon-containing products</p>
<i>Histopathologic criteria</i>	<p>Orthokeratosis or parakeratosis</p> <p>Epithelial thickness varies, saw-tooth rete ridges sometimes seen</p> <p>Civatte bodies in the basal layer of the epithelium or superficial lamina propria</p> <p>A narrow band of eosinophilic material in the basement membrane</p> <p>Well-defined band-like zone of cellular infiltration that is confined to the superficial lamina propria, consisting mainly of lymphocytes</p> <p>Liquefaction degeneration in the basal cell layer</p>	<p>Well-defined, band-like zone of cellular infiltration consisting mainly of lymphocytes and confined to the superficial lamina propria</p> <p>Liquefaction degeneration in the basal cell layer</p> <p>Absence of epithelial dysplasia</p>	<p>Band-like or patchy, predominately lymphocytic infiltrate in the lamina propria confined to the epithelium-lamina propria interface</p> <p>Basal cell liquefactive (hydropic) degeneration</p> <p>Lymphocytic exocytosis</p> <p>Absence of epithelial dysplasia</p> <p>Absence of verrucous epithelial architectural change</p>

# AAOM Clinical Practice Statement

## Subject: Oral lichen planus and oral cancer

### METHODS

This statement is based on a detailed review of the literature as well as major past reviews frequently cited by these papers. A MEDLINE search was performed using the terms “oral lichen planus,” “malignant transformation,” “oral cancer,” “oral dysplasia,” and “oral squamous cell carcinoma.”

- Recos très focalisées
- Pas de graduation

### POLICY STATEMENT

After review of the current literature, studies, reviews and systematic reviews published during the past decade, the AAOM recommends the following:

1. Patients with a diagnosis of OLP or OLL should be periodically monitored by an experienced clinician for possible malignant and premalignant lesions and these suspicious areas biopsied.
2. At the time of diagnosis of OLP and OLL, patients should be counselled about the low but potential increased risk of oral cancer so that they understand that periodic examinations are necessary even if the patients are asymptomatic or their symptoms are well controlled.
3. The AAOM strongly supports development of well-planned, multicentered, prospective studies of malignancy and OLP to further determine the risk of oral cancer developing in patients with OLP and OLL and subsets of these patients with the greatest risk of oral malignancy.

---

# The British Society for Oral Medicine - Guidelines for the Management of Oral Lichen Planus In Secondary Care

---



## Disclaimer

These guidelines have been prepared for use by clinicians specialising in the practice of Oral Medicine. They represent current knowledge and opinion at the time of their preparation, and their recommendations are clearly subject to change with emerging data, evidence for the efficacy of treatment and the development of novel therapies. It is acknowledged that the evidence base for the treatment regimes is to date limited in terms of rigorously conducted randomised clinical trials. Although the guidelines aim to highlight current knowledge and practice, they should not be regarded as being prescriptive. There will be occasions where due to individual circumstances, deviation from these guidelines may well be appropriate and as such should not be regarded as evidence of inadequate patient management. Equally, adherence to the guidelines may not always be evidence of best practice in individual circumstances.

*Guidelines for the Management of Oral Lichen Planus In Secondary Care - October 2010*

Pas de méthodologie claire

Pas de graduation des recommandations

Recos anciennes

# Interventions for treating oral lichen planus

New search

Conclusions changed

Review

Intervention

[Kobkan Thongprasom](#) ✉, [Marco Carrozzo](#), [Susan Furness](#), [Giovanni Lodi](#)

First published: 6 July 2011

Editorial Group: [Cochrane Oral Health Group](#)

- 28 études ont été inclus
- Les traitements ont été considérés quand le critère d'évaluation était la réduction de la douleur
- Les stéroïdes n'ont pas été comparés à placebo
- Il n'y a pas de preuve que le pimécrolimus est plus efficace que placebo
- Les inhibiteurs des calcineurines ne semblent pas plus efficace que les stéroïdes
- Il n'y a pas de preuve qu'un stéroïde est plus efficace que l'autre
- La ciclosporine pourrait être efficace
- 2 études avec un risque de biais semble montrer une efficacité supérieure de l'aloé vera par rapport à placebo



# Interventions for erosive lichen planus affecting mucosal sites

Review

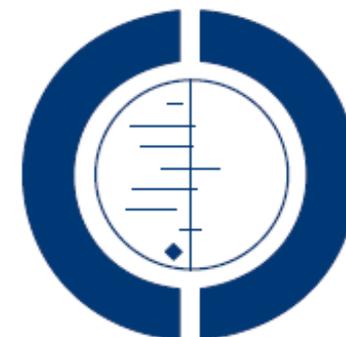
Intervention

Suzanne Cheng, Gudula Kirtschig, Susan Cooper, Martin Thornhill, Jo Leonardi-Bee, Ruth Murphy 

First published: 15 February 2012

Editorial Group: [Cochrane Skin Group](#)

- 15 études retenues
- Absence de preuves de l'efficacité des traitements car essais de qualité moyenne et faible effectifs
- CCL: propionate clobétasol réduit plus la douleur en spray qu'en crème
- Solution ciclosporine réduit plus la douleur que l'acétonide triamcinolone 0,1%
- Les chances de réduire la douleur par 2 avec un traitement à l'Aloé Vera sont 6 fois plus importantes qu'avec un placebo



THE COCHRANE  
COLLABORATION®

# Rationnel du travail

- Absence de recommandations françaises ou européennes des sociétés de dermatologie ou de chirurgie orale et maxillo-faciale
- Recommandations américaines et anglaises : méthodologie?
- Nombreuses revues systématiques dont deux revues Cochrane sur les traitements mais anciennes
- Absence de graduation des recommandations disponibles

# Rationnel du travail

## Recommandations GEMUB

- Méthodologie pré-définie (conférences de consensus HAS)
- Recommandations multidisciplinaires
- Basé sur analyse bibliographique systématique (EBM) et sur auditions d'experts
- Pour élaboration de recommandations gradées
- Deux parties :
  - Prise en charge diagnostique (2017-2018)
  - Prise en charge thérapeutique (2018-2019)

*en lien avec le CENTRE DE PREUVES EN DERMATOLOGIE*

# Méthode HAS

## GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

# Élaboration de recommandations de bonne pratique

## Méthode

### « Recommandations par consensus formalisé »

L'utilisation de la méthode « Recommandations par consensus formalisé » peut être envisagée si au moins deux des conditions suivantes sont remplies :

- absence ou insuffisance de littérature de fort niveau preuve répondant spécifiquement aux questions posées ;
- possibilité de décliner le thème en situations cliniques facilement identifiables (listes d'indications, de critères, etc.) ;
- controverse, avec nécessité d'identifier par un groupe indépendant et de sélectionner parmi plusieurs alternatives, les situations dans lesquelles une pratique est jugée appropriée.

# Méthode HAS

## GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

### Élaboration de recommandations de bonne pratique

#### Méthode « Recommandations par consensus formalisé »

**Complexe** à mettre en œuvre car:

- 3 groupes différents indépendants: pilotage, cotation, lecture
- 3 réunions rédaction proposition
- 2 cotations minimum avec évaluation par groupe de lecture
- 1 validation finale



Préférence pour méthode type **conférence de consensus**

# Méthode type conférence de consensus

- « Groupe questions » : élaboration des questions
- « Groupe bibliographie »:  
Analyse de la littérature (revue systématique, essais contrôlés randomisés, études observationnelles... ) en rapport avec les questions posées  
*Sélectionner sur titre puis sur résumé*  
*Analyse des articles et extraction selon grille préétablie*  
*Synthèse sous forme d'un ou plusieurs tableaux pour chaque question*  
*Élaboration de l'argumentaire qui sera présenté en réunion du groupe*
- « Groupe bibliographie élargi » élabore un texte de réponses aux questions posées basé sur la littérature et avis d experts
- Présentation en séance plénière au GEMUB, discussion et débat
- Un groupe d'experts « jury » finalise le texte en fonction du débat de la présentation en séance plénière GEMUB

# 1<sup>ère</sup> partie (2017-2018)

## Recommandations diagnostiques

- Travail déjà débuté (avril 2017)
- *Élaboration des questions par le groupe de travail*

F Campana ,S Poynard, E Vigarinos, MH Tessier

# Questions groupe de travail : 1ere partie

## Quel est le cadre nosologique du lichen plan et des réactions lichénoïdes?

*(LP idiopathique, réactions lichénoïdes médicamenteuses, réactions lichénoïdes de contact, GVH, lupus érythémateux chronique, leucoplasie verruqueuse proliférative...)*

- Existe-t-il des **critères cliniques et histologiques** pour distinguer lichen plan idiopathique et réaction lichénoïde ?
- Quels sont les **critères cliniques et histologiques** pour diagnostiquer un lichen plan pemphigoïde?.
- **Quels sont les médicaments inducteurs** de réaction lichénoïde ?
- **Quand rechercher** une réaction lichénoïde d'origine médicamenteuse?
- **Quand rechercher** une réaction lichénoïde aux matériaux dentaires?
- Quels facteurs **favorisent les poussées** (trauma, infections, psy, médicaments...) ?

# Questions groupe de travail : 2eme partie

## Quel est le bilan initial ?

- Doit on pratiquer **une biopsie systématique** ?
- Quelle est la place de **l'IFD** ?
- Doit on réaliser un **dépistage de l'hépatite c** ?
- Intérêt et quel bilan **cutané, gynécologique ou autre muqueuse et phanères** ?
- Faut-il rechercher **des comorbidités (diabète, HTA....)** ?
- Existe t il des **indications des tests épicutanés allergologiques** devant un lichen plan ou une réaction lichénoïde?

# Questions groupe de travail : 3eme partie

## Quels éléments utiles pour le suivi prospectif ?

- **Qui** assure le suivi ?
- **Quand** réévaluer un patient ?
- **Quel** schéma de surveillance ?
- **Comment** assurer le suivi ? (score, photo, biologie (selon traitement), biopsie,..)
- Quels liens entre lichen plan, réaction lichénoïde et **carcinome épidermoïde** ?
- **Quelles informations** donner au patient ?

# Appel à projets du GEMUB

- Virginie Massereau: Fiches conseils patients
- Glossodynie
- Lichen plan
- Aphtes
- BGSA
- Pemphigoïde muqueuse
- Xerostomie

# Discussion de cas

- Mailing liste : [gemub@medicalistes.org](mailto:gemub@medicalistes.org)

## HISTOIRE DE LA MALADIE :

- Début des symptômes en 2009
- Diagnostic en 2012 : histologie bulle sous épithéliale, IFD positive (Ig G, C3 et IgA mb basale)
- Atteinte bucco pharyngée isolée (gencive, pharynx post)



## Traitements :

- Disulone 150 mg/j (85kg) efficace dans un premier temps puis échappement et asthénie liée à chute hémoglobine
- On rajoute cyclines : insuffisant
- On rajoute dermocorticoïdes sous gouttière : insuffisant
- On passe au cellcept 500 2/0/2 pendant 3 ans, efficace au début puis échappement progressif
- On vient de rajouter doxy 200 mg / j 3 mois : insuffisant

Que peut-on lui proposer ?

salazopyrine ? (je n'en ai pas l'expérience)

endoxan ??

anti TNF ???

Rep 1: Bonjour, J'ai une patiente de 70 ans avec une pemphigoïde cicatricielle, atteinte gingivale et conjonctivale + cutanée qui a très bien répondu à l'**Etanercept**. Depuis 2 ans elle est en rémission complète, aucun effet secondaire. Le traitement est hors AMM mais il y a plusieurs études qui ont prouvé son efficacité.

Rep 2: Bonjour J'aurais Discuté le **rituximab**. On commence à avoir une bonne expérience dans les pemphigoides des muqueuses

Rep 3-4-5: 'aurais essayé le **rituximab**

Rep 6: J'ai une vraie expérience favorable avec l'**Endoxan**...Et je serai tenté d'essayer le **rituximab** qui pourrait être bientôt le traitement de 2<sup>ème</sup> intention de la pemphigoïde cicatricielle

## Rep 7:

- Chez ce patient qui a une atteinte résistante gingivale mais pas d'atteinte grave au sens où il n'a pas d'atteinte oculaire, laryngée ou oesophagienne, nous aurions tenté dans un premier temps l'association **disulone- salazopyrine** en ajoutant de la **spéciafoldine** 5 mg 1 cp/j pour une meilleure tolérance de l'hémolyse induite par la disulone et en introduisant tout doucement la salazopyrine (1cp/j pendant les repas au départ puis en augmentant progressivement d'1cp/ semaine jusqu'à l'absence d'apparition de nouvelles bulles).
- En cas d'échec, nous aurions proposé **l'endoxan** per os 2mg/kg au départ en l'absence de contre-indication et en surveillant les lympho (je peux vous donner notre mode de surveillance et d'adaptation de dose d'endoxan).
- Et enfin en cas de contre-indication ou échec aux traitements précédents, un traitement par **Rituximab** 1g J1J15 avec réévaluation tous les 2 mois



Fin 09/2017



Homme de 58 ans  
depuis avril 2017 une lésion médiane de la langue qui subit des poussées plus ou moins inflammatoires,  
avec une lésion en regard du palais, qui est plus ou moins épaisse.  
Diagnostic évoqué :glossite losangique médiane. , triflucan inefficace  
biopsie :aspect de white sponge nævus. Histo effectuée sur la langue et sur le palais  
Discordance anatomo clinique : les lésions sont hyperkératosiques ++notamment  
au niveau de la langue, début tardif et localisation pas du tout classique

## CONCLUSION

**AU TOTAL, LES BIOPSIES REALISEES (glossite et palais) PORTENT SUR UNE MUQUEUSE PAVIMENTEUSE ACANTHOSIQUE PARAKERATOSIQUE, SANS DYSPLASIE, SANS AGENT PATHOGENE RETROUVE.**

**Existe-t-il des arguments pour un White Sponge Naevus ?**

**Pas d'argument pour un lichen plan muqueux.**

**Nous restons à votre disposition pour discuter du dossier.**

**Pas de signe histologique de malignité.**

Rep 1: S'agit il d'un patient fumeur ?

S'il est fumeur, j'opte pour des lésions blanches tabagiques

La conduite à tenir est simple

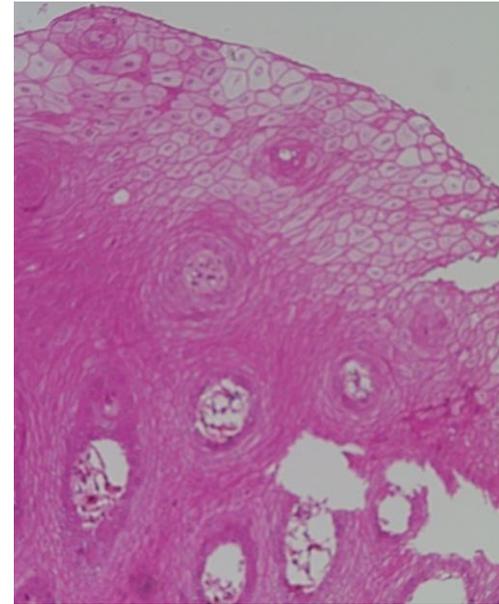
Arrêt du tabac et également stopper le brossage intempestif de la langue ou du palais. (tous les facteurs traumatiques sont des facteurs aggravants)

Rep 2: Le patient a t-il eu des prélèvements à la recherche de mycoses et d'herpès?

Rep 3:

- En tant qu'anapath, je pense que si les photos cliniques montrent bien les lésions, **il faudrait alors aussi des photos anapath** pour juger. En tant que clinicien, vous ne vous contenteriez pas de la description par des mots.
- Dans le cas présent, un anapath ne peut pas se représenter, d'après la description de mon confrère, comment on peut citer le nom du White sponge nevus
- D'après votre photo clinique, le palais du patient présente un relief en creux longitudinal, comme une crevasse, j'imagine un caractère constitutionnel. Donc je soulèverais l'hypothèse d'une **hyperplasie réactionnelle** de la langue, avec hyperkératose, tendant à combler cet espace palatin, car il me semble que la muqueuse buccale cherche toujours à combler les creux (diapneusies, hyperplasies sous-prothétiques).

# White Sponge Naevus





- Septembre 2017: lichen plan cutanéomuqueux traité par méthylprédnisolone 1 mois dose décroissante
- Apparition bulles avec décroissance LP
- Mars 2018: pas de lésion de lichen mais multiples vésicules récidivantes évoquant mucocèles
- **Avis confirmation diagnostic ?**
- **Avis traitement ?**

Rep 1: Il s'agit très probablement de **mucoécèles superficiels récidivants** associés à un lichen plan. Ce sont des lésions classiques dans les réactions lichénoïdes de GVH mais on peut aussi les observer associées à un lichen plan idiopathique. Pour le traitement, il est difficile et souvent peu efficace. En général **corticothérapie locale** en spray (Bécotide) sur lésions postérieures ou bains de bouche (solupred) ou crème (clobétasol) en fonction des localisations

Rep 2: **sialadénite des glandes salivaires accessoires**, avec difficulté d'excrétion par le canal naturel suite à un trouble de la kératinisation de la muqueuse dans ses couches les plus superficielles. J'ai traité efficacement un patient avec la simple application pendant de nombreuses semaines de bains de bouche avec des kératolytiques, et l'**aspirine** était celui que j'avais choisi : Trois bains de bouche avec 1 g d'Aspégic au début, puis dégressivité en fonction des résultats obtenus...

Rep 3: Vous avez posé le bon dg. Il s'agit de **pseudo-kystes salivaires multiples** (l'IFD négative élimine de façon formelle un LPP).

Les photos nous font également suspecter une sécheresse buccale.

Les pseudo-kystes salivaires multiples sont fréquents dans les GVH qui évoluent vers la chronicité avec un syndrome sec sévère définitif.

Votre patiente a peut-être un syndrome de Gougerot Sjögren débutant.

Il serait intéressant de rechercher les **AC anti SSA/SSB** et éventuellement réaliser une **BGSA**.



# GEMUB

GROUPE D'ÉTUDE DE LA MUQUEUSE BUCCALE

**Inscription:** [sibaud.vincent@iuct-oncopole.fr](mailto:sibaud.vincent@iuct-oncopole.fr)

