



La glossite exfoliatrice marginée : point actuel sur la question

Laure Pereira

► To cite this version:

Laure Pereira. La glossite exfoliatrice marginée : point actuel sur la question. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-03297632

HAL Id: hal-03297632

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297632>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADÉMIE DE NANCY – METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

ANNÉE 2018

N°10462

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE
par
Laure PEREIRA
Née le 21 juin 1991 à Laxou (MEURTHE-ET-MOSELLE)

**La glossite exfoliatrice marginée :
point actuel sur la question.**

Présentée et soutenue publiquement le 23 novembre 2018

Examineurs de la thèse :

Pr. E. MORTIER	Professeur des Universités	Président
<u>Dr. R. CURIEN</u>	<u>Praticien Hospitalier</u>	<u>Directeur</u>
Dr. J. GUILLET-THIBAUT	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr. N. HASNAOUI	Assistant Hospitalier Universitaire	Juge

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propre à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation*

Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen : Professeur Jean-Marc MARTRETTE

Vice-Doyens : Dr Céline CLEMENT – Dr Rémy BALTHAZARD – Dr Anne-Sophie VAILLANT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr ARTIS - Pr M. VIVIER

Doyens Honoraires : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Professeur émérite : Pr M-P FILLEUL

Département Odontologie pédiatrique Sous-section 56-01	Mme	<u>DROZ Dominique</u>	Maître de Conférences *
	Mme	JAGER Stéphanie	Maître de Conférences *
	M.	PREVOST Jacques	Maître de Conférences
	Mme	HERNANDEZ Magali	Maître de Conférences Associée *
	M.	LEFAURE Quentin	Assistant
Département Orthopédie dento-faciale Sous-section 56-01	Mme	DARSAT Claire	Assistante*
	M.	<u>EGLOFF Benoit</u>	Maître de Conférences *
	Mme	GREGOIRE Johanne	Assistante
Département Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale Sous-section 56-02	Mme	LAWTON Mathilde	Assistante
	Mme	<u>CLÉMENT Céline</u>	Maître de Conférences *
	M.	BAUDET Alexandre	Assistant *
Département Parodontologie Sous-section 57-01	Mme	NASREDDINE Greyce	Assistante
	M.	<u>AMBROSINI Pascal</u>	Professeur des Universités *
	Mme	BISSON Catherine	Maître de Conférences *
	M.	JOSEPH David	Maître de Conférences *
	M.	PENAUD Jacques	Maître de Conférences
	M.	LACH Patrick	Assistant
	Mme	MAYER-COUPIN Florence	Assistante
Département Chirurgie orale Sous-section 57-01	Mme	PAOLI Nathalie	Enseignante univ. – Praticien attachée*
	Mme	<u>GUILLET-THIBAUT Julie</u>	Maître de Conférences *
	M.	BRAVETTI Pierre	Maître de Conférences
	Mme	PHULPIN Bérengère	Maître de Conférences *
	M.	CLERC Sébastien	Assistant*
Département Biologie orale Sous-section 57-01	M.	HASNAOUI Nasr	Assistant
	Mme	KICHENBRAND Charlene	Enseignante univ. – Praticien attachée*
	M.	<u>YASUKAWA Kazutoyo</u>	Maître de Conférences *
Département Dentisterie restauratrice, endodontie Sous-section 58-01	M.	MARTRETTE Jean-Marc	Professeur des Universités *
	Mme	EGLOFF-JURAS Claire	Assistante*
	M.	<u>MORTIER Eric</u>	Maître de Conférences *
	M.	AMORY Christophe	Maître de Conférences
	M.	BALTHAZARD Rémy	Maître de Conférences *
	M.	ENGELS-DEUTSCH Marc	Maître de Conférences
	M.	VINCENT Marin	Maître de Conférences*
	Mme	GEBHARD Cécile	Assistante
Département Prothèses Sous-section 58-01	M.	GEVREY Alexis	Assistant
	M.	GISS Renaud	Assistant *
	M.	<u>DE MARCH Pascal</u>	Maître de Conférences
	M.	SCHOUVER Jacques	Maître de Conférences
	Mme	VAILLANT Anne-Sophie	Maître de Conférences *
	Mme	CORNE Pascale	Maître de Conférences Associée *
	M.	CIESLAK Steve	Assistant
	M.	HIRTZ Pierre	Assistant *
	M.	KANNENGIESSER François	Assistant
	Mme	MOEHREL Bethsabée	Assistante*
Département Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux Sous-section 58-01	M.	VUILLAUME Florian	Assistant
	Mme	<u>STRAZIELLE Catherine</u>	Professeur des Universités *
	Mme	MOBY (STUTZMANN) Vanessa	Maître de Conférences *
	M.	SALOMON Jean-Pierre	Maître de Conférences
	Mme	WILLEMIN Anne-Sophie	Assistante Associée

Souligné : responsable de département

* temps plein

Mis à jour le 08/02/2018

À NOTRE PRÉSIDENT,

Monsieur le Professeur Éric MORTIER

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Physique-Chimie de la Matière et des Matériaux – Université
Henri Poincaré

Habilité à diriger des Recherches

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section : Dentisterie restauratrice, endodontie, prothèses, fonction-
dysfonction, imagerie, biomatériaux

Responsable du département : Dentisterie restauratrice, endodontie

Chef de Service d'odontologie du CHRU de Nancy

*Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse,
Nous vous remercions pour les qualités de l'enseignement,
l'expérience clinique et la sympathie
que vous nous avez apporté tout au long de nos études.
Pour votre intérêt immédiat pour notre sujet et votre disponibilité.
Veuillez trouver ici le témoignage de notre respect
Ainsi que nos plus sincères remerciements.*

À NOTRE DIRECTEUR DE THESE ET JUGE,

Monsieur le Docteur Rémi CURIEN

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste qualifié en Chirurgie Orale

Docteur de l'Université de Lorraine mention Sciences de la Vie et de la Santé

Ancien interne en odontologie

Praticien hospitalier

Département d'Odontologie du CHR Metz-Thionville

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail

Après l'avoir dirigé avec implication et rigueur.

Nous vous remercions de nous avoir aidé à faire naître ce sujet

Mais surtout d'avoir provoqué la genèse

d'un intérêt marqué pour la dermatologie buccale.

Pour vos conseils, vos encouragements, votre disponibilité

et votre partage de connaissances.

Veillez trouver ici le témoignage de notre plus haute reconnaissance.

À NOTRE JUGE :

Mme le Docteur Julie GUILLET-THIBAUT

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste qualifiée en Chirurgie orale

Docteur de l'Université de Lorraine mention Sciences de la Vie et de la Santé

Ancien interne en odontologie

Maitre de Conférence – Praticien hospitalier

Sous-section : Chirurgie orale ; parodontologie ; biologie orale

Responsable du département de Chirurgie orale

*Vous nous faites l'honneur de juger notre travail
En participant au jury de notre thèse.
Nous vous remercions pour votre savoir
et pour toutes les connaissances scientifiques
que vous nous avez enseignées tout au long de notre cursus.
Pour votre disponibilité et votre sympathie.
Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.*

À NOTRE JUGE :

Mr le Docteur Nasr HASNAOUI

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste qualifié en Chirurgie Orale

Ancien interne du DESCO (Diplôme d'Etudes Spécialisées en Chirurgie Orale)

Assistant Hospitalier Universitaire

Sous-section : Chirurgie orale ; parodontologie ; biologie orale

*Nous vous remercions d'honorer notre travail
En acceptant de participer au jury de notre thèse.*

Nous vous sommes reconnaissants pour l'intérêt

Que vous portez pour notre sujet.

Veillez trouver ici le témoignage, de notre reconnaissance

Et de notre profond respect.

Sommaire

Liste des figures

Liste des tableaux

Table des abréviations

Introduction

1. Généralités sur la glossite exfoliatrice marginée
 - 1.1. Manifestations cliniques
 - 1.2. Epidémiologie
 - 1.3. Histologie
 - 1.4. Cytologie
 - 1.5. Etiopathogénie
 - 1.6. Associations pathologiques notables
2. Démarche diagnostique
 - 2.1. Anamnèse
 - 2.2. Examen clinique
 - 2.3. Examens complémentaires
 - 2.4. Diagnostic positif
 - 2.5. Diagnostic différentiel
 - 2.6. Arbre décisionnel
3. Prise en charge de la glossite exfoliatrice marginée
 - 3.1. Asymptomatique
 - 3.2. Avec symptomatologie légère
 - 3.3. Avec symptomatologie sévère
 - 3.4. Récapitulatif
 - 3.5. Arbre décisionnel
4. Cas cliniques
 - 4.1. Cas clinique J., 5 ans
 - 4.2. Cas clinique E., 27 ans
 - 4.3. Cas clinique M., 26 ans

Conclusion

Table des matières

Bibliographie

Liste des figures

Figure 1 : Glossite exfoliatrice marginée (source : Dr Curien)	14
Figure 2 : Glossite exfoliatrice marginée à J0 (à gauche) et à J+10 (à droite) chez la même patiente (source : Dr Curien)	15
Figure 3 : Forme sphéroïde plane (à gauche) et forme en spirale (à droite) chez deux patients différents (source : Seiden et Curland, 2015).....	16
Figure 4 : Schéma histologique de la glossite exfoliatrice marginée (source : Picciani et coll, 2016).....	22
Figure 5 : Glossite exfoliatrice marginée induite par Bevacizumab (à gauche), Sunitib (au centre) et Sorafenib (à droite) après quelques mois de traitement (source : Hubiche et coll, 2013).....	32
Figure 6 : Glossite exfoliatrice marginée induite après 12 mois de traitement par Pazopanib (source : Gilmore et coll, 2016).....	33
Figure 7 : Patiente de 27 ans avec langue fissurée présentant des épisodes de glossite exfoliatrice marginée depuis l'enfance.....	34
Figure 8 : Fissures et papilles lisses, élargies au niveau du bord latéral de la langue (source : Järvinen et coll, 2014).....	36
Figure 9 : Lésions orales de type langue fissurée (flèches noires) et glossite exfoliatrice marginée (flèches bleues) chez un patient atteint de psoriasis (source : Picciani et coll, 2016).....	38
Figure 10 : Psoriasis cutané palmo-plantaire associé à des lésions orales de type glossite exfoliatrice marginée et langue fissurée (source : Singh et coll, 2013).....	38
Figure 11 : Candidose érythémateuse (source : Laskaris, 2006)	49
Figure 12 : Glossite rhomboïde médiane (source : Dr Curien)	50
Figure 13 : Glossite rhomboïde médiane et ouranite candidosique associée (source : Dr Curien).....	50
Figure 14 : Glossite granulomateuse de Schuermann (source : Kuffer et coll, 2009).....	53
Figure 15 : Macules érythémateuses chez un patient présentant un syndrome de Reiter (source : Kuffer et coll, 2009)	54
Figure 16 : Syphilides secondaires linguales « en prairie fauchée » (source : Swanson et Welch, 2016).....	56
Figure 17 : Roséole syphilitique (source : Wolff et coll, 2007)	57

Figure 18 : Eruption papulosquameuse disséminée sur les paumes (source : Wolff et coll, 2007).....	57
Figure 19 : Lichen plan atrophique (source : Dr Curien).....	59
Figure 20 : Kératose tabagique irrégulière à risque de transformation maligne (source : Kosinski et coll, 2009).....	60
Figure 21 : Stomatite allergique de contact à un dentifrice (source : Kuffer et coll, 2009)	62
Figure 22 : Arbre décisionnel du diagnostic différentiel de la glossite exfoliatrice marginée.....	64
Figure 23 : Glossite exfoliatrice marginée chez un patient de 6 ans avant (à gauche) et après traitement de 10 jours par tacrolimus (à droite) (source : Purani et Purani, 2014).	71
Figure 24 : Arbre décisionnel de prise en charge de la glossite exfoliatrice marginée.	73
Figure 25 : Consultation du 18/10/2017.....	75
Figure 26 : Consultation du 26/02/2018.....	76
Figure 27 : Glossite exfoliatrice marginée et langue fissurée symptomatique suite à la prise alimentaire de tomates avec vinaigrette (à gauche) puis asymptomatique 1 mois plus tard (à droite).....	78
Figure 28 : Episode de glossite exfoliatrice marginée le 17/07/2018.....	80
Figure 29 : Episode unique de glossite exfoliatrice marginée le 21/02/2018 (à gauche) et le 26/02/2018 (à droite).....	80

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques permettant de distinguer psoriasis oral et véritable glossite exfoliatrice marginée	48
Tableau 2 : Les manifestations orales de la syphilis selon les stades de la maladie (source : Swanson et Welch, 2016).....	55

Introduction

Dans la philosophie médicale, la langue est un indicateur de santé depuis plusieurs siècles, à tel point qu'Hippocrate considérait la langue comme le baromètre de la santé.

Afin d'étayer cette idée, il est important de souligner que la muqueuse linguale est le siège d'un grand nombre de phénomènes dermatologiques qui peuvent aussi bien représenter une affection locale qu'un symptôme d'une affection systémique.

Il est donc essentiel pour le praticien de connaître et reconnaître le spectre des désordres affectant la langue.

Décrite pour la première fois par Rayet en 1831, la glossite exfoliatrice marginée ou plus communément appelée langue géographique fait partie des pathologies bénignes de la muqueuse linguale.

Son aspect atypique est un motif fréquent de consultation par le patient et à l'inverse, elle peut tout à fait être découverte fortuitement par le chirurgien-dentiste lors d'un contrôle dentaire.

Etant une source de questionnements concernant son étiopathogénie, elle suscite un intérêt croissant de la part de la littérature ce qui permet aux professionnels de santé de disposer de connaissances plus approfondies à son sujet.

Du fait de son étiologie incertaine mais surtout de l'étendue importante du panel de diagnostics différentiels, l'établissement du diagnostic par le praticien reste incertain et hasardeux. Paradoxalement, il s'agit d'une pathologie fréquente mais encore insuffisamment connue du monde médical, et il n'est pas rare de voir des patients errer pendant des mois ou des années en quête d'un diagnostic définitif, passant de praticien en praticien et de traitement inefficace en traitement inadapté, avec une augmentation perpétuelle de leur anxiété.

Face à cette problématique, nous avons décidé d'orienter notre travail, dans un premier temps, sur une description détaillée de la lésion afin de mieux l'appréhender au quotidien ainsi que sur une synthèse des connaissances actuelles concernant son étiopathogénie.

Dans un second temps, nous proposerons une démarche diagnostique comprenant un arbre décisionnel afin d'aider le praticien à l'établissement du diagnostic.

Puis dans un troisième temps, nous détaillerons l'arsenal thérapeutique envisageable face à une glossite exfoliatrice marginée. Un arbre décisionnel viendra compléter le propos pour apporter davantage de clarté.

La finalité de ce travail sera multiple :

- permettre au praticien de reconnaître et diagnostiquer la lésion afin d'apporter le maximum d'informations au patient
- pouvoir établir, a contrario, un diagnostic différentiel afin d'orienter le patient vers le spécialiste concerné
- proposer au patient une prise en charge adaptée.

1. Généralités sur la glossite exfoliatrice marginée

1.1. Manifestations cliniques

La glossite exfoliatrice marginée est une affection inflammatoire transitoire et bénigne intéressant principalement le dos et les faces latérales de la langue (Nandini et coll, 2016).

Elle se manifeste sous la forme de plaques érythémateuses, irrégulières, circinées, multifocales entourées par des lignes kératosiques blanchâtres, légèrement surélevées et bien définies (Goswami et coll, 2012).

Ces plaques érythémateuses résultent de l'atrophie et/ou de la perte des papilles filiformes ce qui leur confère un aspect érosif (Purani et Purani, 2014).



Figure 1 : Glossite exfoliatrice marginée (source : Dr Curien)

La glossite exfoliatrice marginée est caractérisée par des périodes d'exacerbation et de rémission avec guérison des lésions sans formation de cicatrices résiduelles (Nandini et coll, 2016).

Une autre particularité de la glossite exfoliatrice marginée est son changement de taille, d'apparence et de localisation sur une période de temps (Picciani et coll, 2016). En effet, les lésions peuvent apparaître dans une zone puis guérir et ré-

apparaître très rapidement dans une autre zone, d'où son aspect migratoire (Honarmand et coll, 2013).



Figure 2 : Glossite exfoliatrice marginée à J0 (à gauche) et à J+10 (à droite) chez la même patiente (source : Dr Curien)

Chronologiquement, le stade initial de la lésion correspond à l'apparition d'une macule blanchâtre de quelques millimètres de diamètre qui s'élargit peu à peu et s'exfolie au centre, formant un anneau blanchâtre à centre rouge. Puis, la congestion de la lésion diminue et les papilles filiformes exfoliées s'aplatissent et s'atrophient plus ou moins partiellement. Parallèlement, l'anneau blanchâtre périphérique peut être fréquemment amené à se rompre. Le stade terminal correspond à la disparition progressive de l'anneau périphérique et à la régénération de papilles filiformes de teinte rosée (Kuffer et coll, 2009).

La glossite exfoliatrice marginée évolue donc en 3 états principaux (Seiden et Curland, 2015) :

- un état de repos, guéri
- un état actif aigu
- un état en voie de guérison.

Il peut s'agir soit d'une lésion isolée soit de lésions multiples (Nandini et coll, 2016) avec une taille variant de 0,5 à 1,5 cm de diamètre (Ching et coll, 2012).

Seiden et Curland (2015) ont mis en évidence une expansion anisotropique des lésions sur l'épithélium lingual et ont suggéré des stades de sévérité en fonction de la forme des lésions.

Dans leur étude, la forme sphéroïde plane très fréquente, serait moins symptomatique que la forme en spirale.

En effet, la forme sphéroïde plane implique que l'inflammation ne revient pas sur des zones déjà touchées et parcourt progressivement la muqueuse linguale.

Au contraire, dans le cas des formes en spirale, l'inflammation est auto-entretenu et répétée dans les mêmes zones ce qui accentue la symptomatologie et retarde la guérison.



Figure 3 : Forme sphéroïde plane (à gauche) et forme en spirale (à droite) chez deux patients différents (source : Seiden et Curland, 2015)

Un gradient colorimétrique est constaté au sein même de la lésion avec un rouge/rose foncé adjacent à l'anneau périphérique qui s'estompe à mesure que l'on se rapproche du centre de la lésion (Seiden et Curland, 2015).

Il est possible de distinguer 3 formes selon la classification de Kuffer (1968) :

- la forme typique : lésions migrantes avec un bord blanc
- la forme atypique : lésions non migrantes sans bord blanc, qui peut poser des problèmes de diagnostic différentiel
- la forme mixte : combinaison des deux formes chez un seul patient.

Elle est très souvent asymptomatique et il est rare qu'une douleur significative se développe et persiste (Jainkittivong et Langlais, 2005).

Dafar et coll (2017) évoque une symptomatologie dans 9% des cas.

Sa symptomatologie peut en outre se caractériser par :

- des sensations de brûlures (Honarmand et coll, 2013)
- un inconfort (Hooda et coll, 2009)
- une dysgueusie (Nandini et coll, 2016)
- des sensibilités lors de l'ingestion d'aliments chauds, épicés, acides (Nandini et coll, 2016)
- des douleurs référées à la région auriculaire et aux ganglions lymphatiques submandibulaires homolatéraux (Nandini et coll, 2016)
- une hypersalivation (Purani et Purani, 2014)
- une sensation de corps étrangers (Rezaei, 2015).

La durée de la symptomatologie est variable allant de 2 semaines à parfois 1 an (Scariot et coll, 2017).

1.2. Epidémiologie

1.2.1. Prévalence

La glossite exfoliatrice marginée touche environ 2% de la population mondiale (Kayhan et coll, 2011 ; Varoni et Decani, 2016 ; Seiden et Curland, 2015).

En raison des différences de tailles d'échantillons et de populations étudiées, il est fréquent que la prévalence de la glossite exfoliatrice marginée varie considérablement selon les études. C'est le cas par exemple dans l'étude de Rezaei et coll faite en Iran (2015) où la prévalence atteint 7,86%.

Ces différences ont amené Scariot et coll (2017) à proposer un intervalle de prévalence de 1% à 12,7%.

1.2.2. Âge

La glossite exfoliatrice marginée peut apparaître pour la première fois à tout âge, aussi bien chez le tout jeune enfant que chez l'adulte (Yarom et coll, 2004).

Certains auteurs affirment que la glossite exfoliatrice marginée est davantage présente chez les enfants avec une apparition vers l'âge de 4-5 ans (Miloglu et coll, 2009) et tend à diminuer avec l'âge (Kayhan et coll, 2011 ; Picciani et coll, 2016).

A l'opposé, d'autres auteurs démontrent que la glossite exfoliatrice marginée est davantage présente chez les adultes (Shulman, 2005).

Des études récentes mettent en évidence une prévalence élevée dans les deuxième et troisième décades de vie (Jainkittivong et Langlais, 2005 ; Nandini et coll, 2016 ; Picciani et coll, 2017 ; Scariot et coll, 2017).

Enfin, Hornarmand et coll (2012) ne démontrent aucune relation statistique significative concernant l'âge des patients même si la fréquence de la glossite exfoliatrice marginée semble tout de même plus élevée chez les individus de moins de 30 ans.

1.2.3. Genre

Selon certains auteurs, l'incidence de la glossite exfoliatrice marginée serait plus importante chez les femmes (Burkhart, 2008 ; Kumar et coll, 2015 ; Mumcu et coll, 2005 ; Nandini et coll, 2016 ; Picciani et coll, 2016 ; Taheri et Maleki, 2000).

A l'opposé, d'autres études montrent une prévalence plus élevée chez les hommes (Rezaei et coll, 2015 ; Voros-Balog et coll, 2003).

Enfin, plusieurs auteurs ne semblent pas mettre en évidence de prédispositions liées au genre concernant une apparition de la lésion (Goswami et coll, 2012 ; Hornarmand et coll, 2012 ; Jacob et coll, 2016 ; Kayhan et coll, 2011 ; Miloglu et coll, 2009 ; Najafi et coll, 2016 ; Scariot et coll, 2017 ; Shulman et Carpenter, 2006).

Ces différences de résultats peuvent être dues à l'âge de la population étudiée et à l'interférence des hormones, en particulier féminines qui peuvent interférer avec l'induction ou l'intensification des lésions dans le cas d'une glossite exfoliatrice marginée (Greenburg et Glick, 2014 ; Neville et coll, 2014 ; Waltimo, 1991).

1.2.4. Variations inter-populationnelles

Concernant ce critère, les résultats des différentes études sont, eux aussi, très variés et se basent sur des critères dits « raciaux » qui sont à considérer avec précaution.

Par exemple, aux Etats-Unis, une étude longitudinale portant sur 16 833 adultes démontre que la prévalence de la glossite exfoliatrice marginée est plus importante pour les « populations blanches et noires » que pour les « populations hispaniques » (Shulman et Carpenter, 2006).

Yarom et coll (2004) supposent que, bien qu'il n'existe pas de différences significatives concernant la prévalence de la glossite exfoliatrice marginée dans les différentes populations, l'origine populationnelle semblerait jouer un rôle dans son occurrence.

Au contraire, certaines études affirment qu'aucune prédisposition populationnelle n'est inhérente à la glossite exfoliatrice marginée (Jainkittinvong et Langlais, 2005 ; Kayhan et coll, 2011).

1.2.5. Facteur externe : le tabac

La littérature s'accorde à dire que la consommation de tabac aurait un effet protecteur concernant une éventuelle apparition de glossite exfoliatrice marginée (Jacob et coll, 2016 ; Nandini et coll, 2016 ; Shulman et Carpenter, 2006 ; Tarakji et coll, 2014).

Dans l'étude de Miloglu et coll (2009), la glossite exfoliatrice marginée est davantage associée aux personnes non fumeuses (2%) par rapport aux personnes fumeuses (0,3%).

La présence de nicotine entraînerait une diminution de la production de $\text{TNF}\alpha$, d'IL-1 et d'IL-6 par les macrophages et par conséquent une diminution de l'inflammation et une production de glucocorticoïdes (Dafar et coll, 2016 ; Honarmand et coll, 2012 ; Picciani et coll, 2016).

Cependant, il est important de souligner qu'aucune information n'est relatée dans les études concernant la fréquence, le type et la durée de la consommation de tabac, élément pourtant important à prendre en considération (Gonzaga et coll, 2015).

Malgré ce consensus, Scaliot et coll (2017) ne montrent aucun lien dans leur étude entre la consommation tabagique et un potentiel effet protecteur sur l'apparition d'une glossite exfoliatrice marginée.

1.3. Histologie

1.3.1. Aspects généraux

La glossite exfoliatrice marginée se définit comme une pathologie inflammatoire locale d'aspect psoriasiforme touchant l'épithélium de la muqueuse linguale (Haddad et coll, 2015).

Alors qu'une desquamation de l'épithélium a lieu dans une zone déterminée, une prolifération épithéliale dans une autre zone s'opère en concomitance conférant à la lésion son aspect migratoire (Picciani et coll, 2016).

Elle se compose plus précisément d'une zone érythémateuse et d'un liseré blanchâtre en relief qui auront chacun leurs propres caractéristiques histologiques.

1.3.2. Zone érythémateuse

La zone érythémateuse est caractérisée par l'atrophie des papilles filiformes et par l'hypertrophie des papilles fongiformes, toutes deux de manière plus ou moins partielle (Picciani, 2017).

Au microscope électronique à balayage, les cils des papilles filiformes sont absents mais les corps gardent leur architecture normale (Hooda et coll, 2009).

Une desquamation et un amincissement de l'épithélium sont observés sur toute la zone érythémateuse (Goswami et coll, 2012 ; Picciani et coll 2016).

On note la présence d'un infiltrat sous-épithélial de cellules inflammatoires de type leucocytes et lymphocytes ce qui justifie le caractère inflammatoire de la lésion (Scariot et coll, 2017).

Une ectasie vasculaire est également constatée avec un capillaire vertical dilaté dans l'axe de chaque papille (Kuffer et coll, 2009 ; Picciani et coll, 2016).

1.3.3. Liseré blanchâtre en relief

Le liseré blanchâtre en relief correspond à une hyperkératose parakératosique et à une acanthose (Tarakji et coll, 2014).

Elle est constituée de papilles filiformes en cours de régénération, de kératine et de neutrophiles (Goregen et coll, 2010).

Une desquamation de cellules nécrotiques est observée dans la couche de surface de ce liseré blanchâtre.

L'abondante exocytose de neutrophiles peut former soit des micro-abcès dans la couche cornée appelés micro-abcès de Munro soit des pustules dans la couche épineuse appelées pustules de Kogoj (Picciani et coll, 2016).

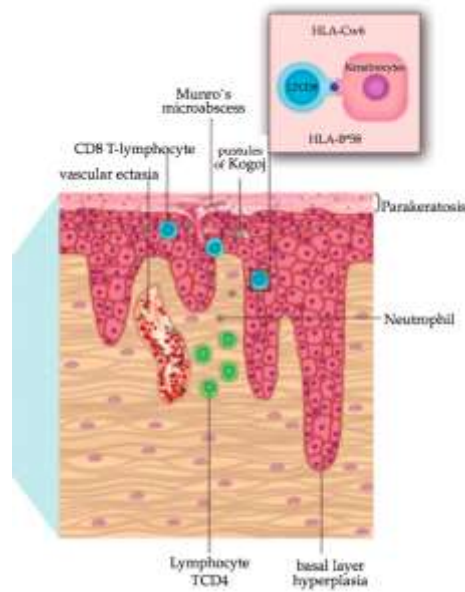


Figure 4 : Schéma histologique de la glossite exfoliatrice marginée (source : Picciani et coll, 2016)

1.4. Cytologie

Au niveau cytologique, la glossite exfoliatrice marginée est caractérisée par des modifications cellulaires au niveau de l'épithélium qui peuvent varier de zones de spongiose avec des ponts intercellulaires distincts à des augmentations nucléaires et de l'hyperchromatisme.

De temps en temps, une destruction nucléaire et cytoplasmique peut se produire (Brooks et Balciunas, 1987).

Dans l'étude de Scariot et coll (2017), les auteurs ont étudié les changements cytologiques au sein d'une lésion de type glossite exfoliatrice marginée.

Ils ont remarqué une diminution de la taille du cytoplasme, une augmentation des cellules squameuses parabasales, une diminution de la métachromasie cellulaire, la présence d'un halo périnucléaire, l'épaississement des contours nucléaires et une binucléation.

Ces résultats amènent alors les auteurs à envisager un schéma cytologique de la glossite exfoliatrice marginée qui pourrait aider au diagnostic clinique de la lésion.

1.5. Etiopathogénie

L'étiopathogénie de la glossite exfoliatrice marginée est à ce jour inconnue (Alikhani et coll, 2014 ; Dafar et coll, 2017 ; Ebrahimi et coll, 2010 ; Goregen et coll, 2010 ; Honarmand et coll, 2012 ; Ishibashi et coll, 2010 ; Kayhan et coll, 2011 ; Kosinski et coll, 2009 ; Kumar et coll, 2013 ; Liang et coll, 2017 ; Purani et Purani, 2014 ; Scariot et coll, 2017 ; Tarakji et coll, 2014).

Cependant, différents facteurs et conditions associés ont été proposés afin d'expliquer une potentielle susceptibilité individuelle.

La glossite exfoliatrice marginée semble plutôt être la conséquence d'un désordre multifactoriel (Dafar et coll, 2017 ; Picciani et coll, 2017).

1.5.1. Facteurs génétiques

Certains auteurs considèrent la glossite exfoliatrice marginée comme une anomalie congénitale héréditaire (Goswami et coll, 2012).

Tout d'abord, Redman et coll (1972) évoquent une occurrence familiale évidente, une hérédité polygénique avec un seuil de susceptibilité aux facteurs environnementaux et un mode de transmission autosomique dominant avec faible pénétrance.

Eidelman et coll (1976) soulignent le rôle prépondérant de l'hérédité en démontrant que la prévalence de la glossite exfoliatrice marginée est plus élevée chez les enfants d'un parent atteint que chez les enfants dont les parents ne sont pas atteints. Enfin, la présence de la pathologie chez deux jumelles de 5 ans renforce la thèse d'une possible étiologie génétique (Shekhar, 2014) qui peut être liée au Complexe Majeur d'Histocompatibilité (Ebrahimi et coll, 2010) ou système HLA.

La fréquence de HLA-B15 est plus importante chez un patient présentant une glossite exfoliatrice marginée (Marks et Tait, 1980 ; Kumar et coll, 2013). Les résultats sont similaires concernant HLA-DR5 et HLA-DRW6 (Fenerli et coll, 1993).

Etant établi par la littérature que le psoriasis est fortement associé à HLA-Cw6, l'étude pionnière de Gonzaga et coll (1996) sur l'association significative entre HLA-

Cw6 et la glossite exfoliatrice marginée renforce le lien pathogénétique entre la glossite exfoliatrice marginée et le psoriasis.

Une association avec HLA-B13 est également constatée.

Enfin, une récente étude comprenant un échantillon de population hétérogène a montré une association entre HLA-B58 et la glossite exfoliatrice marginée (Picciani et coll, 2014).

Le rôle et le mécanisme de l'association entre le complexe HLA et la glossite exfoliatrice marginée sont encore peu étudiés mais participent à la théorie d'une possible prédisposition génétique et héréditaire.

1.5.2. Facteurs immunologiques

- Les facteurs de croissance EGF (Epidermal Growth Factor) et VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor)

L'épithélium lingual possède la plus forte activité mitotique au sein de la cavité orale en se renouvelant continuellement par prolifération, maturation et apoptose.

Ces processus sont, en partie, contrôlés par les facteurs de croissance EGF et VEGF.

La protection des muqueuses contre les facteurs environnementaux délétères (physique, chimique, bactériens) requiert également l'intervention de EGF et VEGF synthétisés dans les glandes salivaires.

Dafar et coll (2017) ont démontré très récemment que la diminution des facteurs de croissance EGF et VEGF perturbe le processus de régénération de l'épithélium et son intégrité ce qui entraîne une atrophie des papilles.

Ainsi, la variation de EGF et VEGF dans le processus constant de développement et guérison des lésions pourrait être présentée selon eux comme une caractéristique immunologique représentative de la glossite exfoliatrice marginée.

- Les cytokines

L'atrophie des papilles est un environnement approprié pour la croissance d'agents pathogènes bactériens et fongiques conduisant à l'induction du processus inflammatoire.

La réponse inflammatoire, une fois enclenchée, implique l'interaction de plusieurs complexes cellulaires passant par des cytokines.

Celles-ci peuvent moduler la dégradation des composants de la matrice extracellulaire.

IL-8, en tant que cytokine pro-inflammatoire, va activer la production de neutrophiles et autres cellules immunitaires prenant part à la réponse inflammatoire. Cela va aboutir à la présence de neutrophiles dans l'infiltrat sous-épithélial, accumulés sous forme de pustules.

Ainsi, Dafar et coll (2017) démontrent d'une part une augmentation d'IL-8 lors d'un épisode de glossite exfoliatrice marginée et d'autre part une corrélation positive entre la valeur d'IL-8 et la sévérité de la symptomatologie.

Cependant, il est impossible selon les auteurs d'affirmer qu'IL-8 soit un marqueur spécifique de la glossite exfoliatrice marginée.

IL-6 joue un rôle dans la réponse immunitaire, l'hématopoïèse, le métabolisme osseux et l'inflammation.

Elle est produite par les macrophages et les lymphocytes T dans les sites d'inflammation aigue et chronique. Elle est sécrétée afin d'induire une réponse inflammatoire.

Dans l'étude de Alikhani et coll (2014), le taux d'IL-6 est significativement plus élevé dans le groupe présentant une glossite exfoliatrice marginée que dans le groupe contrôle. Un résultat identique est observé pour la cytokine $TNF\alpha$.

Concernant le polymorphisme du gène codant pour IL-6, seul le tagSNP rs2069843 dans le modèle dominant G est associé à la présence de la glossite exfoliatrice marginée (Scariot et coll, 2017).

1.5.3. Diabète

Une association significative entre le diabète de type 1 et la glossite exfoliatrice marginée a été avancée dans plusieurs articles ou études (Ebrahimi et coll, 2010 ; Hooda et coll, 2009 ; Jacob et coll, 2016 ; Jainkittivong et Langlais, 2005 ; Liang et coll, 2017 ; Miloglu et coll, 2009 ; Purani et Purani, 2014 ; Picciani et coll, 2016).

Dans leur étude datant de 1987, Wysocki et Daley observent une prévalence de 8% chez les patients diabétiques insulino-dépendants et de seulement 1,9% chez les patients non diabétiques. Ils aboutissent donc à la conclusion qu'un éventuel lien existe entre ces deux pathologies.

De manière opposée, certaines études ne constatent aucune corrélation significative entre les deux pathologies (Honarmand et coll, 2013 ; Shulman et Carpenter, 2006).

Aucune étude n'a été réalisée concernant le diabète de type 2.

1.5.4. Facteurs hormonaux

Une apparition ou une symptomatologie plus marquée de glossite exfoliatrice marginée ont été décrites au début du cycle menstruel chez la femme, lors d'une grossesse ou lors de la prise d'une contraception orale. Cette observation suggère un rôle d'induction ou d'intensification des lésions de la part des hormones féminines (Ebrahimi et coll, 2010 ; Najafi et coll, 2016 ; Miloglu et coll, 2009 ; Nandini et coll, 2016 ; Picciani et coll, 2016 ; Purani et Purani, 2014 ; Rezaei et coll, 2015).

La prise d'une contraception hormonale amène un développement progressif des lésions au début du cycle menstruel et un pic autour du 17^{ème} jour du cycle menstruel (Waltimo, 1991).

De manière opposée, Shulman et Carpenter (2006) ne trouvent aucune association significative entre glossite exfoliatrice marginée et contraception orale dans leur étude.

Dans l'étude de Diaz-Guzman et Castellanos-Suarez (2004), la glossite exfoliatrice marginée montre une prévalence nettement plus élevée dans le groupe des femmes enceintes (3,23%) que dans le groupe des femmes non enceintes (0,72%).

Cependant, les résultats de l'étude de Honarmand et coll (2013) ne montrent aucune association entre grossesse et glossite exfoliatrice marginée.

1.5.5. Facteurs biologiques/nutritionnels

Un déficit nutritionnel ou vitaminique peut entraîner l'apparition de glossite exfoliatrice marginée (Miloglu et coll, 2009 ; Najafi et coll, 2016 ; Purani et Purani, 2014), en particulier un déficit en vitamines B6, B9, B12, en zinc et en fer (Nandini et coll, 2016).

1.5.6. Syndrome de Down

La glossite exfoliatrice marginée est l'une des manifestations cliniques du syndrome de Down (Liang et coll, 2017 ; Nandini et coll, 2016 ; Picciani et coll, 2016).

L'étude de Ercis et coll (1996) s'intéresse aux manifestations dermatologiques de 71 enfants atteints du syndrome de Down.

Les prévalences de la glossite exfoliatrice marginée et de la langue fissurée chez les patients atteints du syndrome de Down sont respectivement de 11,2% et de 20%.

Bien que la langue fissurée soit la caractéristique la plus commune, la présence éventuelle d'une glossite exfoliatrice marginée est à prendre en considération.

Dans une étude plus récente concernant 100 patients atteints du syndrome de Down, la glossite exfoliatrice marginée est présente chez 4% des patients (Daneshpazhooh et coll, 2007).

Avec l'augmentation de l'espérance de vie durant ces dernières années chez ces patients, les études concernant les manifestations cutanéomuqueuses sont plus nombreuses permettant ainsi une meilleure prise en charge en cas de douleurs.

1.5.7. Facteurs psychologiques

La grande majorité des publications s'accorde à dire que le stress émotionnel a un impact négatif sur la glossite exfoliatrice marginée en favorisant son apparition et en accentuant sa symptomatologie (Daneshpazhooh et coll, 2002 ; Jacob et coll, 2016 ; Liang et coll, 2017 ; Najafi et coll, 2016 ; Purani et Purani, 2014 ; Shekar et coll, 2014)

Ce lien éventuel pourrait permettre d'expliquer les périodes de rémission et d'exacerbation caractéristiques de la glossite exfoliatrice marginée (Picciani et coll, 2016).

Le stress serait un potentiel facteur de risque modifiable pouvant influencer dans la fréquence de la récurrence (Nandini et coll, 2016).

En effet, le stress peut entraîner une augmentation des cytokines salivaires (IL-1 β , IL-6 et IL-8) engendrant un processus inflammatoire (Dafar et coll, 2017).

En diminuant le stress chez les patients, la symptomatologie semble diminuer et l'on assiste à une guérison de la lésion (Ebrahimi et coll, 2010).

Des mordillements des bords latéraux de la langue peuvent venir se surajouter à la glossite exfoliatrice marginée. Ces signes d'habitudes parafonctionnelles dus au stress accentuent ainsi la symptomatologie (Dafar et coll, 2017).

La première étude apportant une preuve objective concernant le rôle des facteurs psychologiques dans l'étiologie de la glossite exfoliatrice marginée fut celle de Redman et coll en 1966.

Celle-ci met en évidence de manière objective, à l'aide du MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), l'implication du stress émotionnel dans l'étiologie de la pathologie mais sans démontrer l'importance relative de cette implication.

Alikhani et coll (2014) confirment cette association en utilisant un outil de test psychologique (STAI) en concomitance avec un outil de test physiologique (taux salivaire de cortisol).

Récemment, la conviction d'une association entre stress émotionnel et glossite exfoliatrice marginée a été renforcée par une étude utilisant le Hamilton Anxiety Scale (Echelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété).

Un fort niveau de stress est constaté dans la population présentant une glossite exfoliatrice marginée comparée à la population ne présentant aucune lésion linguale (Scariot et coll, 2017).

A l'opposé, certaines études n'ont démontré aucun lien entre stress émotionnel et glossite exfoliatrice marginée (Kumar et coll, 2013 ; Shulman et Carpenter, 2006).

Cependant, il est difficile pour les auteurs de mesurer à travers un questionnaire le stress des patients (Gonzaga et coll, 2015), et parfois même le fait de répondre à un questionnaire suscite directement du stress chez le patient (Alikhani et coll, 2014).

Enfin ces études n'utilisaient pas un outil de mesure physiologique comme le taux de cortisol dans le sang.

1.5.8. Pathologies systémiques

Concernant les pathologies systémiques et leur implication dans l'étiopathogénie de la glossite exfoliatrice marginée, la littérature reste encore à ce jour très divisée.

En effet, certains auteurs ne démontrent aucun lien entre maladies systémiques et glossite exfoliatrice marginée (Honarmand et coll, 2012 ; Kumar et coll, 2013 ; Scariot et coll, 2017).

Au contraire, certaines études avancent la possibilité d'une association entre maladies systémiques et glossite exfoliatrice marginée (Assimakopoulos et coll, 2002 ; Dafar et coll, 2016 ; Jainkittivong et Langlais, 2005).

Par exemple, l'hypertension est un des désordres les plus communs chez les patients présentant des lésions linguales, ceci étant dû à l'activation d'une voie immunologique commune entraînant l'augmentation d'IL-8, de VEGF et d'EGF (Dafar et coll, 2017). Les désordres gastro-intestinaux sont également cités comme étant potentiellement associés à la glossite exfoliatrice marginée (Jainkittivong et Langlais, 2005) sans oublier les pathologies telles que le diabète, l'atopie, le psoriasis développés par ailleurs.

Devant cette littérature controversée, il serait intéressant de réaliser différentes études chez des patients dont le diagnostic de glossite exfoliatrice marginée est déjà posé. L'objectif serait de dépister chez ces patients une maladie systémique spécifique pour chaque étude à travers un examen clinique et des tests para-cliniques précis et détaillés (Honarmand et coll, 2012).

1.5.9. Atopie et allergie

Depuis plusieurs années, la littérature s'accorde à dire que l'atopie et/ou un terrain allergique joueraient un rôle dans l'étiopathogénie de la glossite exfoliatrice marginée (Daneshpazhooh et coll, 2002 ; Jacob et coll, 2016 ; Järvinen et coll, 1989 ; Liang et coll, 2017 ; Najafi et coll, 2016 ; Purani et Purani, 2014 ; Ullman, 1981).

McLendon et Jaeger (1943) ont été les premiers à mettre en évidence cette association en constatant une forte présence de glossite exfoliatrice marginée chez des enfants allergiques au lait.

Marks en 1977 établit que la glossite exfoliatrice marginée est un stigmate d'une allergie alimentaire aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Barton et coll (1982) concluent qu'entre 28,7% et 53% des patients avec une glossite exfoliatrice marginée présents dans l'étude sont sujets à une allergie (médicamenteuse, alimentaire, au pollen, aux poils d'animaux ou aux cosmétiques).

Voros-Balog et coll (1999) ont conduit une étude montrant que 56% des patients souffrant d'une glossite exfoliatrice marginée ont un terrain allergique.

De façon similaire, dans l'étude de Miloglu et coll (2009), 24,1% des patients présentant une glossite exfoliatrice marginée sont allergiques ou atopiques.

Les résultats de ces études sont donc en faveur d'une association significative entre ces deux conditions. Toutefois, des études statistiques de corrélation sont encore nécessaires avant de pouvoir l'affirmer.

La glossite exfoliatrice serait un indicateur concernant la tendance du corps à développer des réactions allergiques dans le cas d'une exposition environnementale à des irritants (Honarmand et coll, 2012).

Elle serait plus fréquente chez les patients présentant des conditions inflammatoires aiguës récurrentes (asthme, rhinite), qu'ils soient atopiques ou non (Marks et Czarny, 1984 ; Picciani et coll, 2016).

L'hypothèse selon laquelle la glossite exfoliatrice marginée serait un signe d'atopie chez certains patients est confirmée par l'augmentation constatée du taux d'IgE (Marks et Simons, 1979).

Cependant, les résultats de certaines études ne démontrent aucune association entre conditions atopiques ou allergiques et glossite exfoliatrice marginée (Jainkittivong et coll, 2005 ; Scariot et coll, 2017 ; Shulman et Carpenter, 2006).

La divergence des résultats des études peut s'expliquer par des différences de diagnostic dues à la diversité des tests allergiques et au choix des critères et méthodes de sélection des patients (Goregen et coll, 2010).

De plus, il est parfois difficile pour les patients de discriminer hypersensibilité générale et véritable allergie (Dafar et coll, 2016).

Une allergie doit être détectée grâce à une multitude de critères (Goregen et coll, 2010) :

- des manifestations cliniques (asthme, eczéma, rhume des foins)
- un historique familial ou personnel
- un taux élevé d'IgE
- la présence d'IgE contre des antigènes spécifiques (mastocytes par exemple)
- des tests cutanés positifs (prick-test et patch-test)
 - tests épicutanés ou patch-tests : hypersensibilité cellulaire retardée
 - prick-tests : hypersensibilité immédiate.

Ainsi, aucun consensus scientifique n'est établi à ce jour concernant l'association entre conditions atopiques/allergiques et glossite exfoliatrice marginée.

1.5.10. Réactions médicamenteuses

Outre le rôle éventuel de la contraception orale sur l'apparition d'une glossite exfoliatrice marginée vu précédemment, d'autres médicaments peuvent contribuer à développer une symptomatologie :

- les thérapeutiques d'inhibition du VEGF ou de ses récepteurs telles que Bevacizumab (Gavrilovic et coll, 2012 ; Hubiche et coll, 2013), ce qui renforce l'hypothèse du rôle du VEGF dans l'étiopathogénie de la glossite exfoliatrice marginée.
- les thérapeutiques d'inhibition des récepteurs à activité tyrosine-kinase telles que le Sunitib, le Sorafenid ou le Pazopanib (Gilmore et coll, 2016)
- le carbonate de lithium utilisé dans les traitements des troubles de l'humeur (Daneshpazhooh et coll, 2002 ; Miloglu et coll, 2009 ; Picciani et coll, 2016 ; Zargari, 2006)
- les anti-hypertenseurs (Dafar et coll, 2016).

Cependant, dans l'étude de Scariot et coll (2017), aucun lien entre l'usage systémique de médicaments et la glossite exfoliatrice marginée n'est démontré.



Figure 5 : Glossite exfoliatrice marginée induite par Bevacizumab (à gauche), Sunitib (au centre) et Sorafenib (à droite) après quelques mois de traitement (source : Hubiche et coll, 2013)



Figure 6 : Glossite exfoliatrice marginée induite après 12 mois de traitement par Pazopanib (source : Gilmore et coll, 2016)

1.5.11. Nutrition et consommation

Les aliments chauds, épicés et acides sont des facteurs déclencheurs d'un épisode de glossite exfoliatrice marginée (Honarmand et coll, 2013 ; Jacob et coll, 2016 ; Kumar et coll, 2015 ; Picciani et coll, 2016 ; Rezaei et coll, 2015).

Une association entre glossite exfoliatrice marginée et alcool a été démontrée mais cette observation est à considérer avec précaution du fait de la présence de biais et du manque d'informations concernant la fréquence, le type et la durée de la consommation (Gonzaga et coll, 2015 ; Jacob et coll, 2016 ; Rezaei et coll, 2015 ; Scariot et coll, 2017).

1.6. Associations pathologiques notables

1.6.1. Langue fissurée

La langue fissurée est aussi dénommée langue plicaturée, langue scrotale ou langue rainurée (Daneshpazhooh et coll, 2004).

Elle se manifeste cliniquement par la présence de fentes ou sillons de profondeur et taille variables sur les faces dorsale et/ou dorsolatérale de la langue. Elle apparaît essentiellement sur les deux tiers antérieurs de la langue (Gonzaga et coll, 2013 ; Järvinen et coll, 2014 ; Sudarshan et coll, 2015).

Il s'agit très souvent de lésions irréversibles (Picciani et coll, 2016).

La langue fissurée est très souvent retrouvée en association avec la glossite exfoliatrice marginée (Goswami et coll, 2012 ; Jainkittivong et Langlais, 2005 ; Järvinen et coll, 2014 ; Picciani et coll, 2017 ; Scariot et coll, 2017 ; Shulman et Carpenter, 2006 ; Varoni et Decani, 2016), dans environ 50% des cas selon Dafar et coll (2017).



Figure 7 : Patiente de 27 ans avec langue fissurée présentant des épisodes de glossite exfoliatrice marginée depuis l'enfance

Dans l'étude de Miloglu et coll (2009) et de Jainkittivong et Langlais (2005), respectivement 34,5% et 60,1% des patients présentant une glossite exfoliatrice marginée ont également une langue fissurée.

Elle est dans la plupart des cas asymptomatique (Dafar et coll, 2016 ; Goswami et coll, 2012 ; Picciani et coll, 2017 ; Sudarshan et coll, 2015) et par conséquent souvent diagnostiquée lors d'un examen de routine (Sudarshan et coll, 2015). Cependant, lorsque les fissures sont profondes, elles accumulent en leurs seins des débris alimentaires ce qui provoque une symptomatologie de type brûlures, inflammation par rétention de bactéries, mauvaise haleine (Dafar et coll, 2016 ; Gonzaga et coll, 2013 ; Nandini et coll, 2016 ; Picciani et coll, 2017 ; Sudarshan et coll, 2015).

La sensation de brûlure est exacerbée lorsque la langue fissurée est associée à des facteurs systémiques ou une hygiène orale insuffisante (Sudarshan et coll, 2015).

La prévalence se situe entre 5% et 10% de la population mondiale (Picciani et coll, 2016).

Aucune prédominance de genre n'est constatée (Picciani et coll, 2017 ; Sudarshan et coll, 2015).

La langue fissurée a tendance à se développer lors de la 3^{ème} décade de vie (Picciani et coll, 2017) avec une prévalence qui augmente avec l'âge (Dafar et coll, 2016 ; Daneshpazhooh et coll, 2004 ; Gonzaga et coll, 2013 ; Järvinen et coll, 2014 ; Picciani et coll, 2016) ce qui a tendance à exclure une potentielle origine congénitale.

L'étiologie est, à ce jour, encore inconnue (Dafar et coll, 2016 ; Gonzaga et coll, 2013 ; Goswami et coll, 2012 ; Järvinen et coll, 2014 ; Sudarshan et coll, 2015).

La langue fissurée est souvent décrite comme une anomalie de développement (Gonzaga et coll, 2013).

Cependant, plusieurs études prétendent que la langue fissurée se transmettrait selon un mode polygénique d'hérédité (Dafar et coll, 2016 ; Daneshpazhooh et coll, 2004 ; Goswami et coll, 2012 ; Picciani et coll, 2016 ; Sudarshan et coll, 2015)

Plusieurs associations sont évoquées dans la littérature avec :

- psoriasis (Picciani et coll, 2017 ; Rogers et Bruce, 2004 ; Zargari, 2006)
- granulomatose orofaciale (McCartan et coll ; 2011 ; Marcoval et coll, 2012)
- anémie pernicieuse (Gonzaga et coll, 2013 ; Järvinen et coll, 2014)
- faible taux en vitamine A (Wiktop et Barros, 1963)
- syndrome de Down (Daneshpazhooh et coll, 2007 ; Gonzaga et coll, 2013)
- syndrome de Melkersson-Rosenthal (Daneshpazhooh et coll, 2004 ; Gonzaga et coll, 2013 ; Järvinen et coll, 2014)
- diabète (Gonzaga et coll, 2013 ; Guggenheimer et coll, 2000)
- maladie chronique granulomateuse (voir → Goswami et coll, 2012 ; Nandini et coll, 2016)
- fièvre typhoïde (Gonzaga et coll, 2013)
- déficit en vitamine B3 (Gonzaga et coll, 2013)
- une xérostomie (Gonzaga et coll, 2013).

Au niveau histologique (Järvinen et coll, 2014), l'infiltration intra-épithéliale et sous-épithéliale de leucocytes et lymphocytes induit une inflammation de la muqueuse linguale. Un œdème se forme provoquant une augmentation de l'épaisseur du tissu conjonctif sous-jacent puis sa rupture. De façon similaire, l'œdème tissulaire engendre une rupture des faisceaux musculaires.

Au microscope électronique à balayage, les papilles filiformes apparaissent élargies, lisses et sans cils.

Ces phénomènes pourraient donc être, selon les auteurs, à l'origine de l'apparition des fissures sur la muqueuse linguale et de la variation de taille des papilles filiformes.

Ainsi, une similarité histologique entre langue fissurée et zone érythémateuse de la glossite exfoliatrice marginée est établie grâce à la présence de leucocytes et lymphocytes en sous-épithélial et à l'absence de cils des papilles filiformes en présence de ces deux lésions.

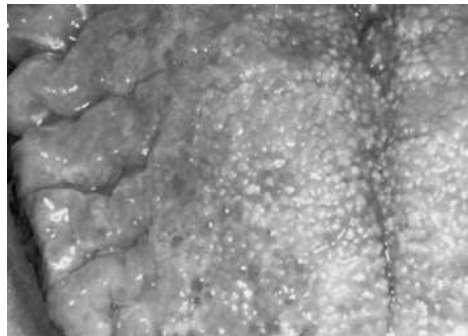


Figure 8 : Fissures et papilles lisses, élargies au niveau du bord latéral de la langue (source : Järvinen et coll, 2014)

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que la langue fissurée serait la séquelle des manifestations cliniques de la glossite exfoliatrice marginée (Dafar et coll, 2016 ; Gonzaga et coll, 2013 ; Picciani et coll, 2016). En effet, cette hypothèse est renforcée par les histopathologies similaires de la glossite exfoliatrice marginée et de la langue fissurée à l'exception près concernant la situation de l'inflammation qui se situe dans l'épithélium pour la glossite exfoliatrice marginée et dans le tissu conjonctif pour la langue fissurée (Järvinen et coll, 2014).

Cependant, malgré la présence de nombreux cas familiaux de glossite exfoliatrice marginée et de langue fissurée, aucun facteur génétique commun n'a à ce jour été trouvé, comme par exemple avec HLA-Cw6 (Gonzaga et coll, 2013).

1.6.2. Psoriasis

Le psoriasis est une pathologie dermatologique inflammatoire, chronique et cyclique (Curien et coll, 2011 ; Raut et coll 2013 ; Tarakji et coll, 2014).

Il s'agit d'une pathologie multifactorielle d'étiologie inconnue dans laquelle le complexe génétique et les facteurs environnementaux interagissent ensemble pour produire des aberrations immunologiques (Gonzaga et coll, 2015 ; Picciani et coll, 2016 ; Singh et coll, 2013).

Un traumatisme, une infection, certains médicaments, l'alcool, le tabac ou du stress peuvent déclencher un nouvel épisode (Curien et coll, 2011 ; Dreyer et Brown, 2012).

Il se caractérise par des papules érythémateuses recouvertes par des squames blanchâtres qui se propagent en périphérie pour former des plaques (Curien et coll, 2011). Il est régulièrement associé à des démangeaisons (Tarakji et coll, 2014).

Il touche environ 1-3% de la population mondiale (Curien et coll, 2012 ; Parisi et coll, 2013) et semble ne pas avoir de prédominance au niveau du genre (Picciani et coll, 2016).

Environ 50% des cas de psoriasis se manifestent avant la 2^{ème} décennie de vie (Curien et coll, 2011).

Le psoriasis peut provoquer des lésions muqueuses dont certaines évoluant dans la cavité orale (Singh et coll, 2013 ; Tarakji et coll, 2014).



Figure 9 : Lésions orales de type langue fissurée (flèches noires) et glossite exfoliatrice marginée (flèches bleues) chez un patient atteint de psoriasis (source : Picciani et coll, 2016)



Figure 10 : Psoriasis cutané palmo-plantaire associé à des lésions orales de type glossite exfoliatrice marginée et langue fissurée (source : Singh et coll, 2013)

Deux groupes de lésions orales peuvent être décrits lors d'un psoriasis (Bruce et Rogers, 2003 ; Femiano, 2001) :

- les lésions psoriasiques authentiques : décelées grâce à une biopsie et à un examen clinique des lésions cutanées associées
- les lésions non spécifiques (langue fissurée) et les lésions psoriasiformes (glossite exfoliatrice marginée) avec un intervalle de prévalence chez ce type de patients de 1-10,3% (Daneshpazhoo et coll, 2004).

Des similarités entre ces psoriasis et glossite exfoliatrice marginée sont retrouvées sur le plan clinique, histopathologique et génétique (Bruce et Rogers, 2003 ; Femiano, 2001 ; Gonzaga et coll, 1996 ; Gonzaga et coll, 2013 ; Picciani et coll, 2011 ; Picciani et coll, 2016 ; Picciani et coll, 2017 ; Tarakji et coll, 2014 ; Ulmanský et coll, 1995 ; Yesudian et coll, 2012 ; Younai et Phelan, 1997).

Au niveau histologique (Femiano et coll, 2001 ; Jacob et coll, 2016 ; Picciani et coll, 2012 ; Tarakji et coll, 2014 ; Yesudian et coll, 2012), la glossite exfoliatrice marginée et le psoriasis ont en commun:

- une hyperparakératose
- une acanthose
- une spongiose
- une infiltration inflammatoire sous-épithéliale de lymphocytes
- une migration de neutrophiles et granulocytes dans la couche épithéliale superficielle d'où la formation de micro-abcès
- une atrophie épithéliale supra-papillaire
- une vasodilatation à l'extrémité des papilles dermiques.

Au niveau génétique, psoriasis et glossite exfoliatrice marginée partagent l'allèle de susceptibilité HLA-Cw6 (Gonzaga et coll, 1996 ; Picciani et coll, 2015).

Des cas familiaux de glossite exfoliatrice marginée et psoriasis ont été rapportés (Gonzaga et coll, 1996).

L'allèle de susceptibilité HLA-B57 est présent lors d'un psoriasis et HLA-B58 lors d'une glossite exfoliatrice marginée. Ces deux allèles ont un équivalent sérologique : l'allèle HLA-B17 (Picciani et coll, 2015).

Cependant, la variété des tableaux cliniques soulève la controverse de l'existence du psoriasis oral (Bruce et Rogers, 2003 ; Hernandez-Perez et coll, 2008 ; Younai et coll, 1997).

Plusieurs théories sont avancées :

- les lésions orales associées à un psoriasis ne se produisent que dans les cas de psoriasis pustuleux généralisé (Bruce et Rogers, 2003 ; Tomb et coll, 2010 ; Younai et Phelan, 1997)

- les lésions orales peuvent précéder les lésions cutanées et donc inaugurer la maladie (Gonzaga et Consolaro, 1993).
- les lésions orales peuvent exister seules sans manifestations cutanées associées et donc constituer par elles-mêmes la forme orale du psoriasis (Ulmansky et coll, 1994 ; Femiano, 2001)
- les lésions orales représentent des modifications orales non pathognomoniques qui sont plus susceptibles de se développer dans un contexte de psoriasis cutané (Hernandez-Perez et coll, 2008 ; Mattsson et coll, 2015)
- les lésions orales peuvent être considérées comme une manifestation orale du psoriasis si ces lésions suivent une évolution clinique parallèle à des lésions cutanées avec des caractéristiques histologiques similaires (Bruce et Rogers, 2003 ; Migliari et coll, 2004 ; Younai et Phelan, 1997 ; Zargari, 2006 ; Zhu et coll, 1996).

Malgré l'existence admise par la littérature de lésions orales dans une symptomatologie de psoriasis, leur rareté fait débat concernant le diagnostic du psoriasis oral (Younai et Phelan, 1997).

En effet, certaines études ne décrivent aucune lésion orale dans une symptomatologie de psoriasis (Buchner et Begleiter, 1976) et d'autres affirment que les lésions orales ne se produisent que très rarement (Migliari et coll, 2004 ; Younai et Phelan, 1997).

Le faible nombre de cas de lésions orales dans un contexte de psoriasis peut être le reflet d'un taux de renouvellement de l'épithélium rapide, de sorte que les manifestations buccales sont cliniquement subtiles et difficiles à reconnaître (Dreyer et Cohen Brown, 2012). De plus, les lésions orales peuvent être rapidement altérées par la microbiologie et l'environnement buccaux et donc par la suite ne pas être attribuées au psoriasis (Tomb et coll, 2010).

Selon des études récentes, la grande majorité des auteurs s'accorde sur la théorie selon laquelle la glossite exfoliatrice marginée est une manifestation orale du psoriasis (Femiano et coll, 2001 ; Kayhan et coll, 2011 ; Nandini et coll, 2016 ; Picciani et coll, 2011 ; Picciani et coll, 2016 ; Zargari, 2006).

Les caractéristiques histopathologiques associées à l'amélioration concomitante des lésions cutanées et des lésions linguales avec un traitement systémique au rétinoïde supportent l'hypothèse que la glossite exfoliatrice marginée représente une forme de psoriasis (Abe et coll, 2007).

La glossite exfoliatrice marginée et la langue fissurée sont les lésions linguales les plus majoritairement associées au psoriasis mais elles ne sont pas pour autant exclusives à cette pathologie (Costa et coll, 2009 ; Femiano, 2001 ; Tomb et coll, 2010). On dit alors que les trois conditions sont associées.

La glossite exfoliatrice marginée est davantage présente dans les cas de psoriasis d'apparition précoce (Picciani et coll, 2011 ; Picciani et coll, 2015 ; Zargari, 2006) tandis que la langue fissurée est, quant à elle, plus retrouvée dans les cas de psoriasis à apparition tardive (Picciani et coll, 2011 ; Picciani et coll, 2015).

La glossite exfoliatrice marginée serait donc plutôt l'expression transitoire du psoriasis et la langue fissurée l'expression tardive, plus permanente (Picciani et coll, 2011 ; Ulmanky et coll, 1995).

Cependant, de nos jours, aucun marqueur génétique commun entre ces trois conditions n'est connu (Gonzaga et coll, 2013 ; Picciani et coll, 2017).

Les patients présentant une glossite exfoliatrice ont plus souvent un psoriasis de forme sévère de type psoriasis pustuleux généralisé (Dawson, 1974 ; Liang et coll, 2017 ; Picciani et coll, 2011 ; Picciani et coll, 2017 ; Singh et coll, 2013 ; Tarakji et coll, 2014 ; Tomb et coll, 2010).

Cette théorie est renforcée par la forte prévalence de pustules de Kogoj (collection de neutrophiles dans la couche épineuse) retrouvées à la fois dans les cas de psoriasis pustuleux généralisé et à la fois en présence de glossite exfoliatrice marginée (Picciani et coll, 2016).

La glossite exfoliatrice marginée serait donc un indicateur de sévérité de la maladie (Daneshpazhooh et coll, 2004 ; Hernandez-Perez et coll, 2008 ; Nandini et coll, 2016 ; Picciani et coll, 2015 ; Zargari, 2006).

La présence d'une glossite exfoliatrice marginée chez un sujet exempt de psoriasis augmenterait la probabilité pour ce patient de développer par la suite un psoriasis pustuleux généralisé (Daneshpazhooh et coll, 2004 ; Dawson, 1974).

Il serait intéressant d'effectuer un suivi des patients présentant une glossite exfoliatrice marginée sans psoriasis pour observer dans le temps s'ils développent un phénotype de psoriasis (Singh et coll, 2013).

L'étude de Zargari (2006) sur le psoriasis met en évidence l'association fréquente de lésions linguales avec des lésions des ongles et des appareils génitaux. De façon inverse, peu de lésions linguales et du cuir chevelu sont observées ensemble.

Ainsi, ces études montrent l'importance de l'examen intra-buccal des patients psoriasiques et de l'examen cutané des patients présentant une glossite exfoliatrice marginée (Picciani et coll, 2015 ; Picciani et coll, 2017 ; Tarakji et coll, 2014).

2. Démarche diagnostique

2.1. Anamnèse

2.1.1. Générale : historiques médical et familial

L'historique médical doit rechercher l'existence ou non :

- de pathologies métaboliques graves (Purani et Purani, 2014)
- de pathologies dermatologiques de type psoriasis, candidose, lichen plan (Cigic et coll, 2016 ; Ikeda et coll, 2017)
- de perturbations hormonales (Purani et Purani, 2014)
- d'une maladie liée à l'IgG4 (Ikeda et coll, 2017)
- de désordres gastro-intestinaux (Cigic et coll, 2016)
- de maladies auto-immunes (Cigic et coll, 2016)
- d'allergies à certains médicaments ou à certains aliments (Purani et Purani, 2014)
- d'un déficit nutritionnel (fer, vitamine B12, folates, ferritine) (Kayhan et coll, 2011 ; Shekhar, 2014)
- d'un diabète de type 1 (Cigic et coll, 2016 ; Kayhan et coll, 2011).

Le recueil d'une photocopie de l'ordonnance du médecin traitant listant les médications en cours est fortement recommandé (Cigic et coll, 2016 ; Honarmand et coll, 2013 ; Kayhan et coll, 2011).

Une attention particulière doit être faite concernant un éventuel traitement immunosuppresseur (Kayhan et coll, 2011) ou traitement contre l'hypertension (Ikeda et coll, 2017). En effet, l'apparition d'une glossite exfoliatrice peut faire partie de leurs effets secondaires connus.

L'hérédité semblant jouer un rôle non négligeable dans l'étiopathogénie de la glossite exfoliatrice marginée, un historique familial est essentiel (Purani et Purani, 2014).

Le praticien doit donc chercher dans la famille proche du patient d'éventuels épisodes de glossite exfoliatrice marginée, de langue fissurée ou de psoriasis.

2.1.2. Locale : historique de la lésion

Elle consiste en un interrogatoire précis fait par le praticien au patient concernant les caractéristiques de la lésion.

Le praticien devra laisser le patient décrire, avec ses propres termes, la symptomatologie et le guider dans ses explications en abordant les points suivants (Goswami et coll, 2012 ; Haddad et coll, 2015 ; Ikeda et coll, 2017 ; Jacob et coll, 2016 ; Khalighinejad et Gorsky, 2015 ; Kumar et coll, 2013 ; Shekhar, 2014) :

- récurrence des épisodes
- durée approximative des épisodes
- notion d'un caractère migratoire des lésions
- existence ou non d'une symptomatologie
- si existence d'une symptomatologie, description détaillée des symptômes (inconfort ? brûlures ? diminution de la salivation ? etc) et évaluation de la douleur grâce à l'Echelle Numérique (EN)
- facteurs déclenchants et aggravants (travail, stress, nourriture, etc)
- résolution spontanée ou à l'aide de certains facteurs
- présence ou non de manifestations cliniques similaires sur d'autres parties du corps.

2.2. Examen clinique

2.2.1. Examen extra-oral

L'examen extra-oral consiste en l'inspection des téguments et autres muqueuses de l'ensemble du corps afin de détecter toute anormalité.

Une attention particulière sera accordée aux régions corporelles suivantes : cuir chevelu, cheveux, yeux, nez, ongles, paume des mains (Goswami et coll, 2012 ; Jacob et coll, 2016 ; Khalighinejad et Gorsky, 2015 ; Kumar et coll, 2013 ; Shekhar, 2014).

En cas de suspicion d'un trouble systémique, un examen médical général réalisé par le médecin traitant avant la consultation peut être demandé (Kumar et coll, 2013 ; Purani et Purani, 2014).

2.2.2. Examen intra-oral

L'inspection de l'ensemble de la cavité orale doit permettre au praticien :

- de détecter la présence d'anomalies associées sur les muqueuses jugale, gingivale, palatine (Cigic et coll, 2016 ; Jacob et coll, 2016 ; Purani et Purani, 2014)
- d'évaluer l'hygiène bucco-dentaire du patient (Kumar et coll, 2013)
- de réaliser un examen dentaire minutieux (Purani et Purani, 2014)
- de déceler une éventuelle inflammation généralisée de la muqueuse orale (Kumar et coll, 2013).

2.2.3. Examen lingual

Il consiste à examiner la langue sur toutes ses faces et bords en effectuant une légère traction de celle-ci au niveau de la pointe préalablement enroulée d'une compresse.

Il s'agit d'observer la forme de la langue et l'aspect de la muqueuse : couleur, hyperplasie des papilles ou dépapillation, présence de lésions élémentaires (macules, papules, ulcérations, etc).

La description détaillée de la lésion devra aboutir aux caractéristiques typiques d'une glossite exfoliatrice marginée :

- zones érythémateuses, circonscrites, irrégulières, dénudées de papilles filiformes sur la surface dorsale ou les bords latéraux de la langue (Cigic et coll, 2016 ; Ferreira et coll, 2013 ; Goswami et coll, 2012 ; Ikeda et coll, 2017 ; Jacob et coll, 2016 ; Kumar et coll, 2013 ; Shekhar, 2014)
- lignes blanchâtres, légèrement surélevées, hyperkératosiques, en périphérie des zones érythémateuses, qui ne se détachent pas au grattage (Cigic et coll, 2016 ; Goswami et coll, 2012 ; Ikeda et coll, 2017 ; Kumar et coll, 2013 ; Shekhar, 2014)
- absence de sensibilité à la palpation, aucune évidence de leucoplasie, aucune pseudo-membrane semblable à du lait caillé (Kumar et coll, 2013).

2.3. Examens complémentaires

Dans un contexte de glossite exfoliatrice marginée, les examens complémentaires ne sont pas nécessaires.

Cependant, si aucun diagnostic certain n'a pu être établi ou qu'il persiste un doute, des examens complémentaires orientés peuvent être prescrits en fonction des hypothèses du diagnostic différentiel. Ces points sont abordés ci-après.

2.4. Diagnostic positif

Le diagnostic de glossite exfoliatrice marginée par le praticien est basé sur l'examen clinique et l'historique du patient (Goswami et coll, 2012 ; Honarmand et coll, 2013 ; Hooda et coll, 2009 ; Ikeda et coll, 2017 ; Kumar et coll, 2013 ; Kumar et coll, 2015 ; Picciani et coll, 2016 ; Shekhar, 2014 ; Sigal et Mock, 1992 ; Varoni et Decani, 2016).

Les caractéristiques requises pour aboutir au diagnostic sont (Goswami et coll, 2012 ; Jainkittivong et Langlais, 2005 ; Picciani et coll, 2016 ; Shekhar, 2014) :

- un schéma migratoire
- un aspect circiné
- des douleurs légères
- une chronicité.

Purani et Purani (2014) proposent 5 critères essentiels pour établir le diagnostic de glossite exfoliatrice marginée :

- la migration de plaques érythémateuses
- la présence de bandes blanches plus ou moins marquées
- sur une période de temps
- sur la surface dorsale de la langue
- une évolution différente selon les épisodes.

Le signe pathognomonique est la migration de la plaque érythémateuse (Ikeda et coll, 2017 ; Kosinski et coll, 2009 ; Varoni et Decani, 2016).

Un suivi périodique à 15 jours et 1 mois est nécessaire pour confirmer le diagnostic dans les situations où il s'agit d'une première visite du patient ou si l'historique apparaît flou (Goswami et coll, 2012 ; Ikeda et coll, 2017 ; Jacob et coll, 2016 ; Nandini et coll, 2016).

2.5. Diagnostic différentiel

2.5.1. Psoriasis oral

Le diagnostic de psoriasis oral peut être établi à l'aide de trois critères (Curien et coll, 2012) :

- la présence d'un psoriasis généralisé
- la concomitance entre le début de la symptomatologie orale et la crise de psoriasis généralisé
- la présence d'un schéma histopathologique de type psoriasiforme.

Comme vu précédemment, glossite exfoliatrice marginée et psoriasis présentent des similarités cliniques, histopathologiques et génétiques renforçant la thèse d'une association notable entre ces deux pathologies.

Cependant, au vu de la variété des tableaux cliniques et grâce à certaines études, une distinction entre psoriasis oral et glossite exfoliatrice marginée est possible et est à prendre en considération par le praticien afin d'affiner son diagnostic.

Picciani et coll (2016) ont mis en évidence plusieurs critères de diagnostic pour différencier psoriasis oral et glossite exfoliatrice marginée seule : le typage HLA, l'immunohistochimie et l'histopathologie.

L'analyse immunohistochimique de la zone périphérique de la lésion de glossite exfoliatrice marginée permet une première distinction : une forte présence de LT CD8 sera observée dans les cas de psoriasis oral et une forte présence de LT CD4 dans les cas de glossite exfoliatrice marginée seule (Picciani et coll, 2012 ; Safia Rana et coll, 2012).

Au niveau histopathologique, le halo périphérique blanchâtre présent lors d'une glossite exfoliatrice marginée est plus fin dans un cas de psoriasis oral et plus épais dans le cas d'une glossite exfoliatrice seule. En effet, l'augmentation de la réponse inflammatoire par les lymphocytes T dans les cas de psoriasis accentue la zone érythémateuse centrale avec une perte accentuée des papilles.

Concernant la symptomatologie, on note une légère distinction entre psoriasis oral et glossite exfoliatrice marginée seule. Les patients atteints de psoriasis oral ont tendance à se concentrer davantage sur l'apparition des lésions cutanées et à mettre au second plan les douleurs buccales (Gonzaga et col, 2015).

Tableau 1 : Caractéristiques permettant de distinguer psoriasis oral et véritable glossite exfoliatrice marginée

	Psoriasis oral	Véritable glossite exfoliatrice marginée
Typage HLA dans la zone périphérique de la lésion de glossite exfoliatrice marginée	HLA-B57	HLA-B58
Immunohistochimie	LT CD8	LT CD4
Histopathologie	Halo blanc fin	Halo blanc épais
Symptomatologie	Souvent asymptomatique	Souvent symptomatique

2.5.2. Candidoses orales

Les candidoses orales sont des infections opportunistes de la cavité orale causées par l'infection et la prolifération de levures fongiques de type Candida (Candida Albicans de façon très majoritaire) (Akpan et Morgan, 2002).

Deux types de candidoses orales font partie du diagnostic différentiel de la glossite exfoliatrice marginée :

- la candidose orale érythémateuse ou atrophique (Akpan et Morgan, 2002 ; Ferreira et coll, 2013 ; Goswami et coll, 2012 ; Hooda et coll, 2009 ; Kuffer et coll, 2009 ; Nandini et coll, 2016 ; Terai et Shimahara, 2005)
- la glossite rhomboïde médiane (Akpan et Morgan, 2002 ; Goregen et coll, 2011 ; Kuffer et coll, 2009 ; Terai et Shimahara, 2005).

La candidose orale érythémateuse ou atrophique est caractérisée par l'apparition de macules rouges qui tendent à confluer. L'enduit blanchâtre, caractéristique typique des candidoses aiguës ou pseudo-membraneuses, est minime voire inexistant. L'érythème peut être diffus ou réduit à quelques macules (Kuffer et coll, 2009).



Figure 11 : Candidose érythémateuse (source : Laskaris, 2006)

La glossite rhomboïde médiane se manifeste, quant à elle, par une atrophie papillaire centrale typiquement localisée autour de la ligne médiane de la surface dorsale de la langue. La zone dépapillée est symétrique, de forme plutôt ovoïde, bien démarquée, située en avant des papilles circumvallées conférant une surface lisse ou lobulée (Akpan et Morgan, 2002 ; Goregen et coll, 2011 ; Kuffer et coll, 2009).

Très majoritairement asymptomatique, elle peut néanmoins provoquer des douleurs persistantes, une irritation et un prurit (Goregen et coll, 2011).



Figure 12 : Glossite rhomboïde médiane (source : Dr Curien)

Une ouranite candidosique siégeant au niveau du palais en regard de la lésion linguale peut être mise en évidence. Il s'agit d'une plaque érythémateuse parfois parsemée de quelques granulations blanches, localisée sur le palais médian postérieur juste en avant des fossettes palatines (Kuffer et coll, 2009).



Figure 13 : Glossite rhomboïde médiane et ouranite candidosique associée (source : Dr Curien)

Des facteurs de risque systémiques et locaux spécifiques à une candidose orale sont à rechercher à travers l'anamnèse médicale :

- systémiques :
 - âge avancé (Akpan et Morgan, 2002)
 - médicaments (antibiothérapie à large spectre, immunosuppresseurs, glucocorticoïdes) (Akpan et Morgan, 2002 ; Kayhan et coll, 2011)
 - tabac (Akpan et Morgan, 2002 ; Goregen et coll, 2011)
 - diabète (Akpan et Morgan, 2002 ; Goregen et coll, 2011 ; Kayhan et coll, 2011 ; Terai et Shimahara, 2005)
 - syndrome de Cushing (Akpan et Morgan, 2002)
 - immunodéficience (VIH par exemple) (Akpan et Morgan, 2002 ; Kayhan et coll, 2011 ; Terai et Shimahara, 2005)
 - malignité (leucémie par exemple) (Akpan et Morgan, 2002 ; Kayhan et coll, 2011)
 - radiothérapie de la tête ou du cou (Kayhan et coll, 2011)
 - déficiences nutritives (en vitamine B9 et B12, en fer par exemple) (Akpan et Morgan, 2002 ; Kayhan et coll, 2011 ; Terai et Shimahara, 2005)
 - régime riche en glucides (Akpan et Morgan, 2002)
- locaux :
 - présence de d'appareils prothétiques amovibles (Akpan et Morgan, 2002 ; Goregen et coll, 2011)
 - défaillance des glandes salivaires (Akpan et Morgan, 2002 ; Terai et Shimahara, 2005)
 - cancer oral ou leucoplasie (Akpan et Morgan, 2002).

Plusieurs éléments peuvent également servir à l'établissement du diagnostic différentiel avec la glossite exfoliatrice marginée et donc orienter le diagnostic vers une candidose orale :

- le retrait facile grâce à un abaisse-langue de l'enduit blanchâtre sans faire saigner la lésion érythémateuse sous-jacente oriente le diagnostic vers une candidose orale atrophique (Jacob et coll, 2016 ; Kayhan et coll, 2011 ; Kosinski et coll, 2009 ; Kuffer et coll, 2009)

- l'absence de caractère migratoire et la présence au long terme des lésions linguales sans changement de forme (Jacob et coll, 2016 ; Kosinski et coll, 2009 ; Terai et Shimahara, 2005)
- la présence d'une lésion symétrique palatine en regard de la lésion linguale (Goregen et coll, 2011 ; Kuffer et coll, 2009).

Enfin, en cas de doute, une cytologie exfoliative peut être réalisée : la présence de cellules kératinisées agglomérées, de leucocytes polymorphonucléaires, pseudohyphes et de Candida sous forme pseudo-filamenteuse à l'examen direct et présentant des colonies en nombre abondant après mise en culture, confirmera le diagnostic de candidose orale (Kumar et coll, 2013 ; Picciani et coll, 2013).

Cet examen complémentaire peut être particulièrement recommandé face à des personnes âgées fragiles, porteuses d'appareils amovibles qui ont reçu récemment une antibiothérapie ou qui ont réalisé des inhalations contenant des stéroïdes (Akpan et Morgan, 2002).

2.5.3. Syndrome de Melkersson-Rosenthal

Il s'agit d'un syndrome neuro-muco-cutané rare comprenant la triade (Elias et coll, 2013 ; Jasinska et Boczon, 2015 ; Kuffer et coll, 2009) :

- œdème orofacial, cutanéomuqueux, récurrent, ne prenant pas le godet et prédominant au niveau des lèvres. Il est dû à la perturbation lymphatique et vasculaire causée par les granulomes
- dos de la langue fissurée
- paralysie faciale ponctuelle.

Cependant, l'oligosymptomatologie et la monosymptomatologie (macrochéilite granulomateuse de Miescher) sont des formes plus communes que la triade (Elias et coll, 2013).

L'atteinte de la langue due à la tuméfaction, nommée « glossite granulomateuse de Schuermann », est caractérisée par :

- une macroglossie
- une disparition plus ou moins totale des papilles

- des taches kératosiques
- et parfois une surface d'aspect bosselé avec nodules séparés par des sillons.



Figure 14 : Glossite granulomateuse de Schuermann (source : Kuffer et coll, 2009)

En présence d'une glossite granulomateuse de Schuermann, l'établissement du diagnostic différentiel avec la glossite exfoliatrice marginée sera possible grâce :

- à la présence concomittante d'un ou de plusieurs symptômes de la triade : tuméfaction, érythème, paralysie faciale (Elias et coll, 2013 ; Jasinska et Boczon, 2015)
- à l'historique familial avec un mode de transmission autosomique dominant dû au chromosome 9p11 (Jasinska et Boczon, 2015 ; Kuffer et coll, 2009)
- à une biopsie en cas de doute : présence de granulomes non caséifiés, constitués de cellules épithélioïdes et de très rares cellules géants de type Langhans entourées de nombreux lymphocytes (Elias et coll, 2013 ; Kuffer et coll, 2009).

2.5.4. Syndrome de Reiter (Ferreira et coll, 2013 ; Hooda et coll, 2009 ; Kuffer et coll, 2009 ; Nandini et coll, 2016 ; Scariot et coll, 2017)

Le syndrome de Reiter est une pathologie réactionnelle à une infection bactérienne génitale (souvent *Chlamydia trachomatis*) ou à une entérite à *Salmonella*, *Shigella* ou *Yersinia* (Kuffer et coll, 2009).

Elle touche majoritairement l'homme jeune et se caractérise par la triade suivante (Hooda et coll, 2009 ; Kuffer et coll, 2009) :

- urétrite non gonococcique
- polyarthrite oligoarticulaire asymétrique touchant le plus souvent les membres inférieurs
- conjonctivite (50% des cas).

Les manifestations orales sont fréquentes et caractérisées par des plaques ovales érythémateuses à bords circlinés résultant de l'ulcération peu profonde de papules grises ou rouges (Hooda et coll, 2009 ; Kuffer et coll, 2009).

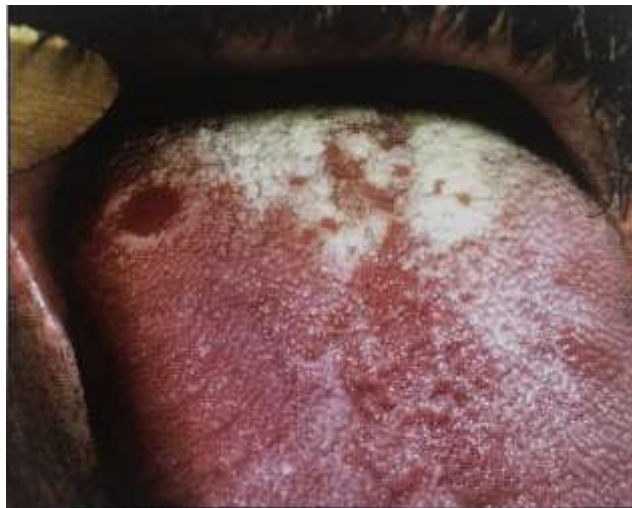


Figure 15 : Macules érythémateuses chez un patient présentant un syndrome de Reiter (source : Kuffer et coll, 2009)

Le diagnostic différentiel est établi grâce au contexte clinique et à la présence de manifestations cutané-muqueuses associées évocatrices (Kuffer et coll, 2009) :

- des lésions palmo-plantaires papulo-pustuleuses ou croûteuses et kératosiques
- une balanite circinée et érosive, douloureuse et croûteuses en cas d'absence de prépuce.

2.5.5. Syphilis secondaire

La syphilis est une maladie sexuellement transmissible causée par le spirochète *Treponema pallidum* (De Andrade et coll, 2018 ; Eyer-Silva et coll, 2017 ; Hayes et coll, 2008).

Elle est caractérisée par plusieurs stades cliniques et l'implication de différents tissus et organes dont la muqueuse linguale (Pires et coll, 2016).

Les manifestations orales sont, dans de très nombreux cas, un des premiers signes de la pathologie (De Andrade et coll, 2018) et peuvent être décrites à tous les stades de la syphilis (Eyer-Silva et coll, 2017 ; Swanson et Welch, 2016).

Tableau 2 : Les manifestations orales de la syphilis selon les stades de la maladie (source : Swanson et Welch, 2016)

Stade de la maladie	Manifestations orales
Syphilis primaire	Chancres : indolores ou pas
Syphilis secondaire	- plaques muqueuses - ulcérations : solitaires ou multiples - plaques de type leucoplasies - lésions maculo-papuleuses - lésions aphteuses - lésions pseudo-membraneuses - condylome lata
Syphilis tertiaire	- gomme ou masse - glossite atrophique - leucoplasie syphilitique

Les manifestations orales de la syphilis secondaire sont hétérogènes et non spécifiques (De Andrade et coll, 2018 ; Eyer-Silva, 2017 ; Pires et coll, 2016) mais ce sont les syphilides érythémateuses qui portent à confusion et font partie du diagnostic différentiel de la glossite exfoliatrice marginée.

D'après Kuffer et coll (2009), les syphilides érythémateuses sont des « macules rondes, rougeâtres, de 0,5 à 1cm de diamètre en moyenne, pouvant siéger en tout point de la muqueuse, réalisant sur le dos de la langue un aspect en « prairie fauchée » ».



Figure 16 : Syphilides secondaires linguales « en prairie fauchée » (source : Swanson et Welch, 2016)

Environ 30% des patients présentant une syphilis secondaire ont une atteinte de la cavité buccale mais celle-ci reste rarement la seule manifestation (Lim et Chio, 2015 ; Swanson et Welch, 2016).

En effet, des signes cutanés et loco-régionaux sont très majoritairement présents et sont à prendre en considération pour établir le diagnostic différentiel:

- Une éruption cutanéomuqueuse disséminée et symétrique caractéristique qui évolue en deux phases (De Andrade et coll, 2018 ; Eyer-Silva et coll, 2017 ; Hayes et coll, 2008 ; Kuffer et coll, 2009 ; Lu et Eng, 2002 ; Pires et coll, 2016 ; Swanson et Welch, 2016) :

- La roséole syphilitique : macules rose pâles du tronc et de la racine des membres.

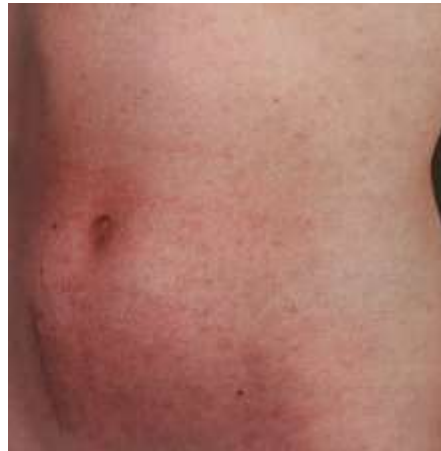


Figure 17 : Roséole syphilitique (source : Wolff et coll, 2007)

- Les syphilides secondaires papuleuses de teinte rouge cuivré et entourées par une fine collerette squameuse, appelée collerette de Biètt. Elles peuvent être observées sur tout le corps y compris la paume des mains, la plante des pieds et la face, en particulier autour de l'orifice buccal et au niveau de la commissure labiale.



Figure 18 : Eruption papulosquameuse disséminée sur les paumes (source : Wolff et coll, 2007)

- Une lymphadénopathie généralisée et symétrique (Eyer-Silva et coll, 2017 ; Hayes et coll, 2008 ; Kosinski et coll, 2009 ; Lu et Eng, 2002) et particulièrement marquée au niveau de la région cervicale postérieure (Kuffer et coll, 2009).
- Une alopecie irrégulière (Hayes et coll, 2008).

La présence de signes généraux tels que de la fièvre, de la fatigue, des céphalées, des maux de gorge, des arthralgies, une perte de poids est également importante pour l'établissement du diagnostic différentiel (De Andrade et coll, 2018 ; Kosinski et coll, 2009 ; Kuffer et coll, 2009 ; Lu et Eng, 2002 ; Pires et coll, 2016 ; Swanson et Welch, 2016).

La nature transitoire et l'hétérogénéité de la symptomatologie de la syphilis secondaire entraînent un sous-diagnostic si aucune manifestation cutanée n'est associée (Eyer-Silva et coll, 2017).

Une disparition des symptômes et l'entrée dans une phase de latence peuvent être grave de conséquences pour le patient (Pires et coll, 2016).

2.5.6. Lichen plan atrophique (Ferreira et coll, 2013 ; Goswami et coll, 2012 ; Hooda et coll, 2009 ; Jacob et coll, 2016 ; Nandini et coll, 2016 ; Purani et Purani, 2014 ; Scariot et coll, 2017)

Le lichen plan atrophique est une maladie cutanéomuqueuse inflammatoire, chronique, courante.

L'étiologie est inconnue mais le processus immunologique est provoqué par un antigène qui altère les kératinocytes basaux par l'intermédiaire des lymphocytes T CD8+ et des cytokines pro-inflammatoires (Suter et coll, 2017).

Au niveau lingual, il se caractérise par une décapillation marginale symétrique définitive et irréversible, avec persistance de stries blanches lichénoïdes (Kuffer et coll, 2009 ; Suter et coll, 2017).

L'étendue de l'érythème témoigne de l'activité plus ou moins marquée du lichen plan atrophique ; il peut s'étendre à la quasi-totalité de la surface dorsale de la langue à l'exception d'une aire médiane triangulaire en avant du V lingual et parfois d'une petite zone au niveau de la pointe de la langue (Kuffer et coll, 2009).



Figure 19 : Lichen plan atrophique (source : Dr Curien)

L'examen histologique montre la présence d'un épithélium aminci ayant perdu ses crêtes, d'un infiltrat lymphocytaire plus ou moins dense et de lésions lichénoïdes de l'interface chorion/épithélium (Kuffer et coll, 2009).

Le diagnostic s'orientera davantage vers un lichen plan atrophique par rapport à une glossite exfoliatrice marginée face à plusieurs éléments notoires :

- la présence de stries en réseau particulièrement au niveau des joues qui représente le signe pathognomique du lichen plan (Purani et Purani, 2014 ; Suter et coll, 2017)
- l'absence de caractère migratoire (Kosinski et coll, 2009)
- l'absence d'épisodes de récurrence/guérison (Purani et Purani, 2014).

2.5.7. Kératoses inhomogènes à risque de transformation maligne

(Ferreira et coll, 2013 ; Goswami et coll, 2012 ; Hooda et coll, 2009 ; Jacob et coll, 2016 ; Kosinski et coll, 2009 ; Kumar et coll, 2013 ; Nandini et coll, 2016)

Il s'agit de la lésion pré-maligne la plus commune de la muqueuse orale (Hooda et coll, 2009 ; Nandini et coll, 2016).

Elle se caractérise par une plaque blanche homogène ou mouchetée qui ne peut être retirée par un grattage vigoureux et dont les bords sont généralement nettement délimités (Hooda et coll, 2009 ; Kosinski et coll, 2009 ; Kumar et coll, 2013).

Une zone érythémateuse peut également être présente dans le cas de la kératose tabagique (Kosinski et coll, 2009).



**Figure 20 : Kératose tabagique irrégulière à risque de transformation maligne
(source : Kosinski et coll, 2009)**

L'absence du caractère migratoire et la présence de facteurs de risque associés au cancer oral (âge, consommation alcool/tabac) permettent d'établir le diagnostic différentiel concernant une glossite exfoliatrice marginée (Kosinski et coll, 2009 ; Nandini et coll, 2016).

2.5.8. Lupus érythémateux systémique (Ferreira et coll, 2013 ; Goswami et coll, 2012 ; Hooda et coll, 2009 ; Jacob et coll, 2016 ; Nandini et coll, 2016)

Il se manifeste au niveau lingual par des nappes érythémateuses et érosives sur la surface dorsale de la langue (Kuffer et coll, 2009).

Des signes généraux présents systématiquement et cutanéomuqueux sont à rechercher et permettent d'orienter le diagnostic (Kuffer et coll, 2009) :

- fièvre, malaise, fatigue, anorexie, perte de poids
- rash malaire ou érythème en vespertilio : rougeur symétrique du nez et des pommettes respectant les plis naso-géniens
- éventuelles petites ulcérations douloureuses comparables à des aphtes communs
- éventuel érythème gingival en bande au collet des dents, préférentiellement côté palatin, pouvant laisser penser à une gingivite chronique.

Une biopsie de la zone de jonction entre la lésion et la muqueuse voisine saine sera réalisée afin de confirmer le diagnostic de lupus érythémateux systémique.

Ensuite, le patient sera adressé par le chirurgien-dentiste vers son médecin traitant et/ou un rhumatologue (Kuffer et coll, 2009).

2.5.9. Stomatite allergique de contact (Kuffer et coll, 2009 ; Laskaris, 2006 ; Minciullo et coll, 2016 ; Waroquier et coll, 2009)

Elle est caractérisée au niveau lingual par un érythème et une exfoliation des papilles associés ou non à une empreinte des dents voisines au niveau des bords latéraux de la langue.

Une sensation de brûlure est très souvent décrite par le patient.



Figure 21 : Stomatite allergique de contact à un dentifrice (source : Kuffer et coll, 2009)

Elle peut être déclenchée par différents facteurs :

- des produits d'hygiène et de soins dentaires utilisés par le patient à son domicile (dentifrices, bains de bouche, brosse à dents)
- des produits pour soins utilisés au cabinet dentaire (eugénol, anesthésiques de contact, créosote, formol)
- des produits pour prothèses, matériel d'orthodontie et obturations dentaires (résine acrylique, résines époxy et épimine, différents métaux tels que le nickel, le chrome, le mercure, le palladium et l'or)
- divers instruments portés en bouche par le patient
- des aliments.

Le diagnostic différentiel s'établira à la fois grâce à l'anamnèse médicale du patient et grâce à la guérison complète des lésions suite à l'éviction du produit contenant l'allergène et à la récurrence en cas de ré-introduction de l'allergène.

Il sera confirmé par des tests allergologiques en confrontation avec les manifestations cliniques.

2.5.10. Réactions systémiques médicamenteuses (Goswami et coll, 2012 ; Hooda et coll, 2009 ; Jacob et coll, 2016 ; Kumar et coll, 2013 ; Nandini et coll, 2016)

Elles se manifestent également par des plages érythémateuses avec décapillation plus ou moins partielle.

L'anamnèse médicale ainsi que la disparition de la symptomatologie à l'arrêt du traitement serviront à l'établissement du diagnostic différentiel.

Ces réactions médicamenteuses sont plus fréquentes en pédiatrie et doivent faire l'objet de recherches plus approfondies pour déterminer la molécule mise en cause.

2.5.11.

Arbre décisionnel

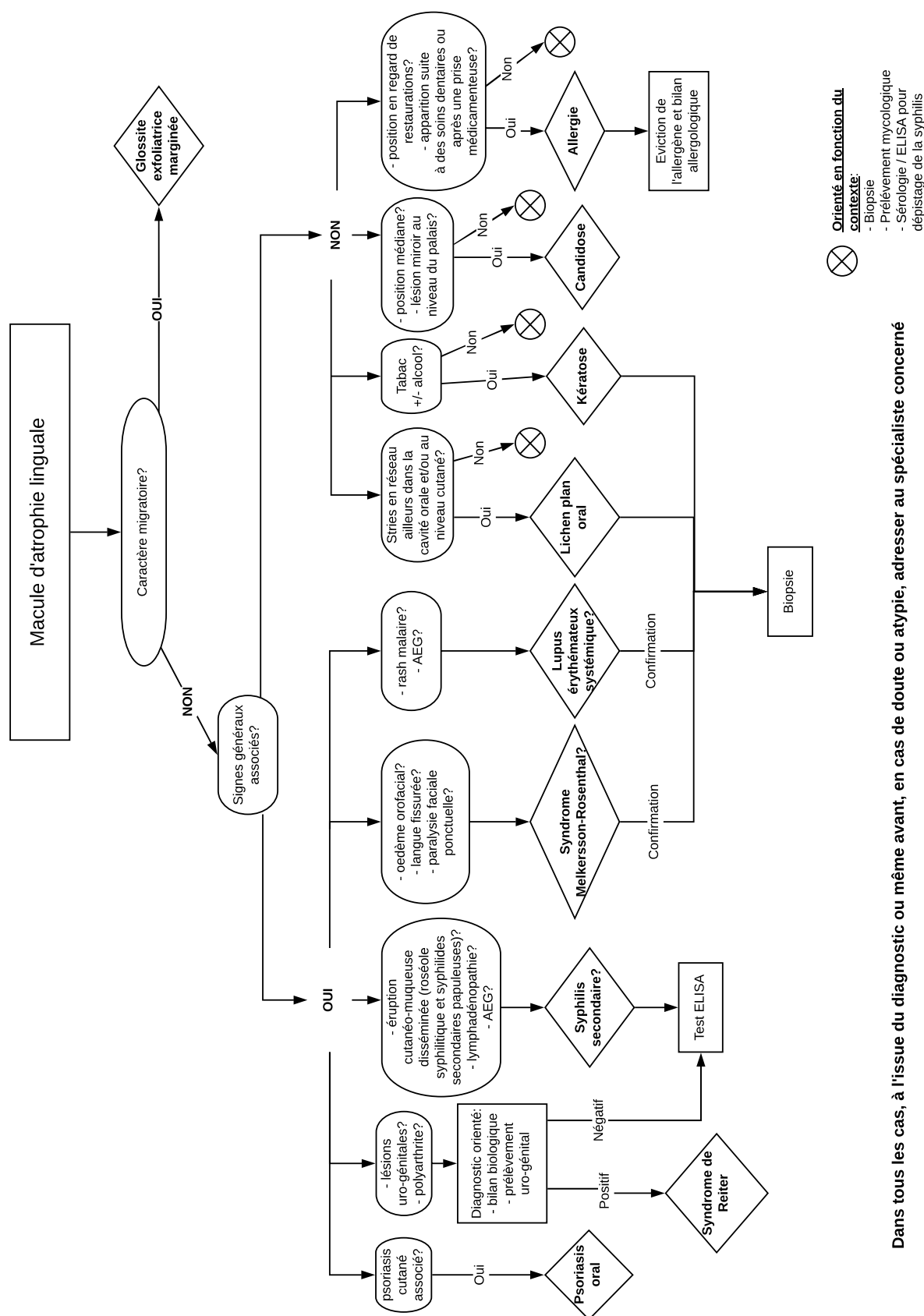


Figure 22 : Arbre décisionnel du diagnostic différentiel de la glossite exfoliatrice marginée

3. Prise en charge de la glossite exfoliatrice marginée

Les critères de choix concernant la prise en charge de la glossite exfoliatrice marginée sont l'existence ou non d'une symptomatologie et son intensité dans le cas où elle serait symptomatique.

Le praticien devra traiter uniquement les formes symptomatiques présentant des signes subjectifs qui altèrent le confort de vie du patient (douleurs, anxiété,...).

3.1. Asymptomatique

La majorité des auteurs préconise l'abstention thérapeutique en présence d'une glossite exfoliatrice marginée asymptomatique (Goswami et coll, 2012 ; Kosinski et coll, 2009 ; Kuffer et coll, 2009 ; Masferrer et Jucgla, 2009 ; Picciani et coll, 2016 ; Purani et Purani, 2014 ; Rezaei et coll, 2015 ; Shekhar, 2014 ; Sigal et Mock, 1992 ; Tarakji et coll, 2014).

En effet, la résolution est spontanée, sans séquelles malgré le caractère récurrent (Jacob et coll, 2016).

Le praticien devra rassurer le patient sur le caractère bénin et la nature limitée de la lésion, ainsi que sur l'absence totale de risque de transmission (Gonzalez-Alvarez et coll, 2018 ; Hooda et coll, 2009 ; Jacob et coll, 2016 ; Jainkittivong et Langlais, 2005 ; Kosinski et coll, 2009 ; Kumar et coll, 2013 ; Laskaris, 2006 ; Nandini et coll, 2016 ; Sigal et Mock, 1992).

Certains facteurs seront à éviter afin de ne pas provoquer ou accentuer une symptomatologie :

- l'alcool (Nandini et coll, 2016)
- les aliments chauds, épicés, aigres (Hooda et coll, 2009 ; Kosinski et coll, 2009 ; Nandini et coll, 2016 ; Picciani et coll, 2016 ; Shekhar, 2014 ; Sigal et Mock, 1992)
- les boissons et fruits acides (Hooda et coll, 2009 ; Nandini et coll, 2016 ; Picciani et coll, 2016 ; Shekhar, 2014 ; Sigal et Mock, 1992)
- les dentifrices qui contiennent des additifs contre le tartre (Kosinski et coll, 2009)

- les agents riches en saveur (Nandini et coll, 2016)
- les agents blanchissants (Nandini et coll, 2016)
- les noix séchées et salées (Hooda et coll, 2009 ; Nandini et coll, 2016)
- le fromage, les tomates et les aubergines (Rezaei et coll, 2015).

3.2. Avec symptomatologie légère

3.2.1. Agents anesthésiants

Certains auteurs préconisent de prescrire au patient des bains de bouche contenant des agents anesthésiants face à des glossites exfoliatrices légèrement symptomatiques afin de soulager la douleur locale (Honarmand et coll, 2012 ; Hooda et coll, 2009 ; Kumar et coll, 2013 ; Kumar et coll, 2015 ; Nandini et coll, 2016 ; Picciani et coll, 2016 ; Purani et Purani, 2014 ; Shekhar, 2014 ; Sigal et Mock, 1992).

En France, cette variété de bain de bouche n'existe pas.

Nous préférons une application locale au coton tige sur la langue de Xylocaïne® visqueuse 2% en gel oral ou à l'aide de Xylocaïne Nebuliseur® 5% en solution pulvérisable buccale.

3.2.2. Kérato-régulateurs

Certains auteurs ont constaté une amélioration partielle de la symptomatologie chez certains patients ayant reçu une thérapeutique à base de kérato-régulateurs de type rétinoïdes locaux (Hooda et coll, 2009 ; Kumar et coll, 2015 ; Picciani et coll, 2016).

Le mécanisme d'action des kérato-régulateurs va permettre de réguler la transcription de gènes impliqués dans :

- la différenciation anormale des kératinocytes
- l'hyperprolifération des kératinocytes
- l'expression des protéines inflammatoires.

Les rétinoïdes en application locale tels que l'Effederm® 0,05% en crème (hors AMM) avec une application au coton tige une fois par jour pendant 3 mois sur la zone atteinte peut aider à diminuer la symptomatologie chez le patient.

3.2.3. Supplémentation en zinc

Une supplémentation en zinc lors de la prise en charge d'une glossite exfoliatrice marginée a également été documentée par certains auteurs notamment pour son rôle dans la cicatrisation, dans le bon fonctionnement du système immunitaire et dans le renouvellement des papilles filiformes (Honarmand et coll, 2012 ; Nandini et coll, 2016 ; Picciani et coll, 2016).

Vahedi et coll (2009) ont mené une étude randomisée comprenant 40 patients : 20 patients ont reçu la supplémentation en zinc et 20 patients ont reçu un placebo.

Les auteurs ont ainsi démontré l'effet positif du traitement de la glossite exfoliatrice marginée par du sulfate de zinc avec 85% de guérison contre 15% de guérison avec le placebo.

Ils recommandent une posologie de 200 à 220mg de sulfate de zinc par jour en une prise unique.

Récemment, Cankovic et coll (2018) ont démontré qu'une faible dose de gluconate de zinc pourrait aider à soulager la symptomatologie chez des patients souffrant de glossite exfoliatrice marginée. Ils recommandent une supplémentation d'environ 3-5 mg/j de zinc élémentaire.

Par souci de simplicité du fait de la nécessité d'une préparation magistrale par le pharmacien concernant le sulfate de zinc en gélules, le praticien pourra prescrire au patient du gluconate de zinc Rubozinc® 15mg en gélules, 2 gélules par jour pendant 3 mois.

3.2.4. Anxiolytiques

Comme vu précédemment, la littérature tend à incriminer le stress comme potentiel facteur de risque.

Face à ce constat, certains auteurs soulignent l'utilité d'une prescription d'anxiolytiques face à un patient souffrant à la fois de glossite exfoliatrice marginée

et de stress chronique évident (Hooda et coll, 2009 ; Kumar et coll, 2015 ; Sigal et Mock, 1992).

Le praticien pourra orienter le patient vers son médecin traitant afin que celui-ci puisse évaluer le niveau de stress et, s'il le juge nécessaire, mettre en place une thérapeutique anxiolytique.

3.2.5. Anti-histaminiques

Dans l'étiopathogénie de la glossite exfoliatrice marginée, l'atopie et les allergies sont également rapportées.

Ainsi, la prescription d'un anti-histaminique peut s'avérer judicieuse et efficace en cas de symptomatologie et de suspicion d'atopie ou d'allergie (Goswami et coll, 2012 ; Honarmand et coll, 2012 ; Hooda et coll, 2009 ; Kumar et coll, 2013 ; Kumar et coll, 2015 ; Najafi et coll, 2016 ; Nandini et coll, 2016 ; Picciani et coll, 2016 ; Purani et Purani, 2014 ; Rezaei et coll, 2015).

L'administration pourra se réaliser en systémique (Jainkittivong et Langlais, 2005 ; Shekhar, 2014).

3.2.6. Antalgiques et anti-inflammatoires

Certains auteurs préconisent l'utilisation de paracétamol afin de soulager la douleur (Hooda et coll, 2009 ; Kumar et coll, Nandini et coll, 2016 ; Sigal et Mock, 1992).

Il peut donc s'avérer utile ponctuellement mais son incapacité à traiter la cause limite la pertinence de sa prescription.

Purani et Purani (2014) ne montrent aucune amélioration de la symptomatologie lors de l'utilisation d'AINS en présence d'une glossite exfoliatrice marginée.

La prescription d'AINS sera donc à éviter face à une glossite exfoliatrice marginée.

Concernant les glucocorticoïdes locaux, ils peuvent constituer une alternative thérapeutique intéressante (Haddad et coll, 2015 ; Hooda et coll, 2009 ; Jacob et coll,

2016 ; Kumar et coll, 2015 ; Honarmand et coll, 2012 ; Picciani et coll, 2016 ; Purani et Purani, 2014).

Plusieurs molécules peuvent être utilisées :

- betaméthasone associée à un adhésif de type Orabase® ou Corega® au sein d'une préparation magistrale pour une application topique (Honarmand et coll, 2012 ; Muster et coll, 2004 ; Nandini et coll, 2016 ; Rezaei et coll, 2015)
- dexaméthasone en systémique ou topique (Najafi et coll, 2016)
- triamcinolone en pâte dentifrice USP avec application sur les zones affectées au moment du coucher (Shekhar, 2014)
- prednisolone en systémique (Goswami et coll, 2012 ; Tarakji et coll, 2014).

Abe et coll (2007) ont mis en place une étude consistant, chez des patients souffrant de glossite exfoliatrice marginée, à administrer de la prednisolone en systémique à 20 mg/j et à appliquer de la dexaméthasone 0,1% en topique pendant 2 semaines.

Ils ont ainsi pu constater une amélioration de la symptomatologie mais également une récurrence lors de l'ajustement du dosage de prednisolone à 10 mg/j.

Il est cependant important de rappeler qu'une durée d'administration de corticoïdes systémiques de plus de 8 jours crée des effets secondaires chez le patient.

L'utilisation de glucocorticoïdes en systémique est donc à déconseiller concernant une simple glossite exfoliatrice marginée.

Najafi et coll (2016) ont, quant à eux, proposé comme traitement topique l'association d'acide rétinoïque et de triamcinolone. La combinaison des deux molécules permet de pouvoir baisser la dose de corticoïdes et donc de limiter les effets secondaires.

Cependant, la conclusion de leur étude est que la combinaison des deux molécules n'apporte pas plus d'efficacité que le triamcinolone seul.

Ne disposant pas de formulation adaptée de triamcinolone en France, le praticien pourra prescrire du Buccobet® (betaméthasone topique) ou du Solupred® en solution buvable.

3.3. Avec symptomatologie sévère : les immunosuppresseurs

3.3.1. Ciclosporine

Face à des cas sévères, l'administration en systémique d'une micro-émulsion pré-concentrée de ciclosporine à 3 mg/kg/j pendant 2 mois puis de 1,5 mg/kg/j en thérapie de maintien s'est révélée efficace selon certains auteurs et a permis de contrôler la pathologie (Abe et coll, 2007 ; Jacob et coll, 2016 ; Goswami et coll, 2012 ; Haddad et coll, 2015 ; Hooda et coll, 2009 ; Kumar et coll, 2015 ; Najafi et coll, 2016 ; Nandini et coll, 2016).

Cette option thérapeutique doit cependant rester exceptionnelle, réservée à des cas sévères et ne fait aucunement l'objet d'une quelconque standardisation (Shekhar, 2014 ; Tarakji et coll, 2014).

3.3.2. Tacrolimus

Le tacrolimus est un macrolide immuno-suppresseur très puissant souvent administré pour la prévention du rejet des allogreffes rein/foie/cœur et pour le traitement de certaines maladies inflammatoires dermatologiques cutanées et muqueuses.

Certaines études récentes ont démontré une amélioration significative de la symptomatologie suite à l'administration de tacrolimus face à des cas de glossite exfoliatrice marginée sévères et récalcitrants (Jacob et coll, 2016 ; Najafi et coll, 2016 ; Nandini et coll, 2016 ; Purani et Purani, 2014).

Les auteurs privilégient une application topique en pommade Protopic® avec une concentration de 0,1% deux fois par jour (Haddad et coll, 2015 ; Ishibashi et coll, 2010 ; Purani et Purani, 2014 ; Shekhar, 2014).

Seule la durée d'application varie entre les études allant de 10 jours à 1 mois.

Dans l'étude de Haddad et coll (2015), les auteurs ont noté une baisse de la symptomatologie grâce à l'utilisation de l'ENV (Echelle Numérique Verbale), une

diminution des lésions et une amélioration de la qualité de vie. Aucun effet secondaire grave n'a été constaté.

Purani et Purani (2014) ont, quant à eux, constaté suite au traitement un rétablissement d'une architecture normale des papilles filiformes.



Figure 23 : Glossite exfoliatrice marginée chez un patient de 6 ans avant (à gauche) et après traitement de 10 jours par tacrolimus (à droite) (source : Purani et Purani, 2014)

Cependant, les auteurs sont unanimes sur la dangerosité de l'application du tacrolimus sur le long terme avec un fort potentiel carcinogène (Haddad et coll, 2015 ; Purani et Purani, 2014).

Le traitement par tacrolimus doit rester exceptionnel avec une sélection rigoureuse des patients nécessitant ce traitement.

La lacune de ces études réside sur la difficulté d'interprétation des résultats : l'amélioration de la symptomatologie pouvant aussi bien résulter de l'efficacité du traitement par tacrolimus que de l'évolution naturelle de la pathologie.

Une étude tacrolimus/placebo serait donc bénéfique pour maîtriser ce biais (Haddad et coll, 2015).

3.4. Récapitulatif

Malgré un nombre croissant d'études concernant la prise en charge de la glossite exfoliatrice marginée, leur grande hétérogénéité ne permet pas de définir une prise en charge thérapeutique précise.

Il est difficile d'établir des études randomisées en double aveugle en raison de la nature migratoire des lésions et d'établir des études à haut niveau de preuve en raison du caractère bénin des lésions (De Campos et coll, 2018).

A l'heure actuelle, aucun traitement médicamenteux spécifique n'est préconisé pour le traitement d'une glossite exfoliatrice marginée.

3.5. Arbre décisionnel

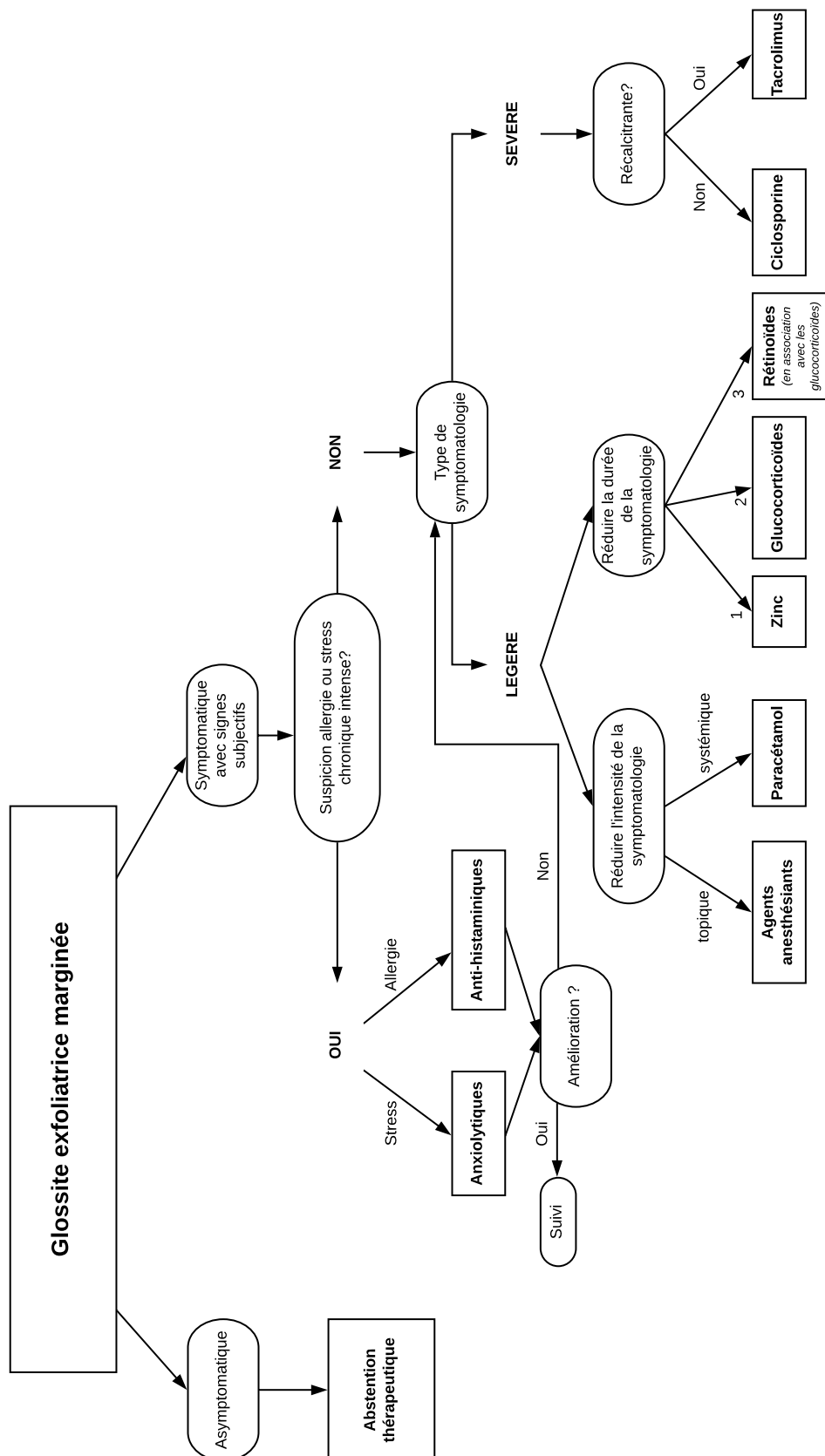


Figure 24 : Arbre décisionnel de prise en charge de la glossite exfoliatrice marginée

4. Cas cliniques

4.1. Cas clinique J., 5 ans

Une enfant de 5 ans a été reçue en consultation au sein du service d'odontologie d'Epinal pour un examen lingual suite à de multiples épisodes de plaques érythémateuses douloureuses.

L'enfant est en bonne santé, aucun antécédent médical ou chirurgical n'est rapporté.

Aucune éventuelle allergie n'est déclarée.

La maman évoque seulement des sécheresses cutanées importantes.

Le premier épisode de glossite exfoliatrice marginée a eu lieu vers l'âge de 2 ans et le diagnostic de glossite exfoliatrice marginée a été posé à ce moment là par le pédiatre.

A chaque épisode, la durée de la symptomatologie est d'environ 1 semaine avec une phase de guérison d'environ 4 jours avant le déclenchement d'un nouvel épisode.

La maman décrit des sensations de douleurs, de picotements ressentis par sa fille et une dépapillation totale de la langue.

Les épisodes se déclarent spontanément et s'intensifient avec certains facteurs irritants tels que les agrumes, le sel, les aliments acides et les fruits.

Une sélection alimentaire a été mise en place naturellement par la petite fille qui refuse catégoriquement de manger certains aliments qu'elle juge susceptibles de lui occasionner des douleurs.

La maman note cependant une diminution des épisodes depuis quelques mois.

Concernant la prise en charge de la symptomatologie, la maman nous avoue avoir été assez démunie.

Cependant, la petite patiente pratique après chaque repas un rinçage de la bouche à l'eau et un traitement homéopathique à base de racines de pissenlit « natrum

muriaticum 9ch » 5 granules/j est mis en place lors des épisodes de glossite exfoliatrice marginée.

Lors de la consultation du 18/10/2017, la langue présente un aspect normal. Une macule d'atrophie papillaire de relativement petite taille apparaît sur la partie postérieure de la face dorsale de langue côté droit.

La petite patiente ne décrit aucune douleur.

Au cours de la consultation, la maman évoque sa difficulté à trouver un dentifrice adéquat car les dentifrices saveur menthe ou fruit ne sont pas tolérés par sa fille. La patiente pratique donc quotidiennement un brossage sans dentifrice.

Après quelques recherches, un dentifrice sans saveur de chez OraNurse®, commercialisé dans les pays britanniques, contenant 1450 ppm de fluor, est prescrit à la patiente.



Figure 25 : Consultation du 18/10/2017

La patiente a été revue en consultation le 26/02/2018, pour un suivi et pour un retour d'utilisation concernant le dentifrice conseillé.

La maman évoque un épisode de glossite exfoliatrice marginée datant de 2 semaines avec une symptomatologie (douleurs) très sévère.



Figure 26 : Consultation du 26/02/2018

Lors de cette consultation, on note la présence d'une plaque érythémateuse sur la partie antéro-latérale droite de la langue, sans liseré périphérique blanchâtre. Les papilles filiformes sont en cours de régénération au sein de la plaque érythémateuse.

La patiente décrit une douleur légère ce jour.

Le dentifrice sans saveur a été toléré par la patiente et rentre désormais dans le rituel de brossage quotidien.

4.2. Cas clinique E., 27 ans

La patiente E., 27 ans, ne possède aucun antécédent médical.

Concernant les antécédents chirurgicaux, on note deux chirurgies pour des hernies et l'avulsion des 4 dents de sagesse.

Au niveau allergique, la patiente rapporte une allergie aux piqures d'insecte.

La seule médication en cours est une pilule contraceptive.

Concernant les antécédents familiaux, on note la présence d'une langue fissurée chez la grand-mère paternelle et le père de la patiente.

La patiente ne peut énoncer une date précise concernant la première apparition de glossite exfoliatrice marginée mais elle situe le premier épisode vers l'âge de 2 ans.

Le diagnostic a été posé par la pédiatre grâce à la présence de plaques érythémateuses avec atrophie papillaire et grâce aux phénomènes de guérison/récurrence avec migration des plaques érythémateuses.

Depuis quelques années, la patiente remarque que les plaques érythémateuses d'atrophie papillaire sont moins prononcées au détriment de fissures de plus en plus profondes voire nombreuses.

Cette observation est en adéquation avec la littérature qui avance que la langue fissurée serait la séquelle des manifestations cliniques de la glossite exfoliatrice marginée.



Figure 27 : Glossite exfoliatrice marginée et langue fissurée symptomatique suite à la prise alimentaire de tomates avec vinaigrette (à gauche) puis asymptomatique 1 mois plus tard (à droite)

La récurrence des épisodes est régulière, essentiellement en fonction de l'alimentation qui constitue le facteur déclenchant.

Les aliments irritants et déclenchants sont :

- certains fromages (comté)
- certains fruits et légumes (ananas, tomate, pomme, kiwi)
- les noix
- les épices fortes.

Les bains de bouche avec ou sans alcool sont aussi irritants.

La durée de la symptomatologie est en fonction de la durée de présence des aliments irritants en bouche.

La symptomatologie se manifeste directement par des douleurs immédiatement intenses et vives.

La patiente décrit une sensation de langue « qui se rétracte ».

Pour soulager la douleur, la patiente procède à un rinçage de la bouche à l'eau, si possible très fraîche.

4.3. Cas clinique M., 26 ans

La patiente M., 26 ans, ne possède aucun antécédent chirurgical et aucune allergie notable.

Concernant les antécédents médicaux, on note une mononucléose infectieuse en 2014 et un traitement systémique par rétinoïdes Roaccutane® en 2015.

La seule médication en cours est une pilule contraceptive.

Aucune pathologie dermatologique, glossite exfoliatrice marginée ou langue fissurée n'est rapportée au sein de la famille.

Le premier épisode de glossite exfoliatrice marginée chez la patiente a eu lieu en 2010 lors de la Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES).

Nous pouvons donc aisément suspecter un stress chronique important lors de cette période, qui pourrait éventuellement expliquer la survenue de glossite exfoliatrice marginée étant donnée l'étiopathogénie de la pathologie.

Le diagnostic a été posé par le médecin traitant suite à un examen clinique et à la mise en évidence de plaques érythémateuses avec atrophie papillaire associées à des phénomènes de guérison/récurrence avec migration des plaques érythémateuses.

Concernant les manifestations cliniques, la patiente décrit une dépapillation par plage associée à des saignements ponctuels et des sensations douloureuses de type picotements et brûlures.

Au fil des années, la patiente remarque cependant une baisse de la symptomatologie avec une quasi disparition des saignements et des sensations douloureuses diminuées.

La patiente estime la récurrence des épisodes à 2 à 3 fois par mois avec des épisodes asymptomatiques et d'autres symptomatiques.

Au niveau des facteurs déclenchants, plusieurs sont cités :

- certains aliments : tomates cerises, ananas, agrumes
- stress
- syndrome grippal, toux, rhume.

Les facteurs irritants lors des épisodes de glossite exfoliatrice sont identiques aux facteurs déclenchants.

L'utilisation de dentifrice saveur menthe n'est pas tolérée lors des épisodes.

La durée de la symptomatologie est d'environ 7 jours avec, dans les cas de glossite exfoliatrice marginée symptomatique, une période de 3 jours où la patiente est algique.

Aucun traitement n'est mis en place lors des épisodes de glossite exfoliatrice marginée mis à part l'arrêt des facteurs irritants.



Figure 28 : Episode de glossite exfoliatrice marginée le 17/07/2018



Figure 29 : Episode unique de glossite exfoliatrice marginée le 21/02/2018 (à gauche) et le 26/02/2018 (à droite)

A travers ces iconographies, nous pouvons remarquer la migration des plaques d'atrophie papillaire entre deux épisodes distincts mais aussi l'évolution de la plaque d'atrophie au cours d'un même épisode.

Conclusion

Bien que bénigne et dans la majorité des cas asymptomatique, la glossite exfoliatrice marginée est une affection de la muqueuse linguale qui peut provoquer de l'anxiété et être source d'interrogations de la part du patient voire du praticien.

Dans les cas où la symptomatologie est marquée, elle peut même altérer de façon transitoire la qualité de vie du patient.

Il est donc essentiel pour tout chirurgien-dentiste de pouvoir apporter une réponse satisfaisante au motif de consultation, autant pour rassurer le patient sur le caractère bénin en expliquant la pathogénèse que pour soulager les douleurs lors des futurs épisodes.

Le diagnostic est bien évidemment possible grâce à un examen clinique rigoureux et complet mais l'importance de l'anamnèse générale est sans équivoque face à une glossite exfoliatrice marginée.

La collecte des données recueillies lors de l'anamnèse et de l'examen clinique permettra d'établir un diagnostic positif et d'écarter les diagnostics différentiels, multiples s'agissant de la glossite exfoliatrice marginée.

C'est dans cette optique précise que la réalisation de l'arbre décisionnel regroupant tous les diagnostics différentiels possibles a été pensée, afin de permettre au praticien d'éviter au maximum une erreur de diagnostic qui aurait pour conséquence de passer à côté d'une autre pathologie, parfois plus grave.

Le but de tout diagnostic étant d'avoir lieu dans les stades les plus précoces possibles afin de limiter au maximum les conséquences de la pathologie.

Les connaissances actuelles en terme d'étiopathogénie sont relativement contradictoires et ne permettent pas d'expliquer de façon certaine le phénomène de glossite exfoliatrice marginée.

Plusieurs facteurs semblent entrer en jeu, certains d'entre eux (psoriasis cutané, stress, atonie, hérédité) démontrant une plus forte association avec la glossite exfoliatrice marginée que d'autres (diabète, facteurs hormonaux, désordres systémiques, etc).

Cependant, à l'heure actuelle, l'étiologie de la glossite exfoliatrice marginée est inconnue.

La prise en charge de la glossite exfoliatrice marginée va dépendre essentiellement de la présence ou non d'une symptomatologie.

Si l'épisode est asymptomatique, le praticien devra uniquement rassurer le patient sur le caractère bénin de la lésion.

Si l'épisode est symptomatique, la thérapeutique envisagée sera laissée à l'entière appréciation du praticien du fait de l'absence de recommandations concernant une éventuelle thérapeutique médicamenteuse.

Cependant, selon l'intensité de la symptomatologie, le praticien devra pratiquer une gradation dans sa prescription afin de limiter au maximum les effets indésirables des différentes molécules et de conserver systématiquement une balance bénéfices/risques positive pour le patient.

De nombreuses zones d'ombre persistent au sujet de la glossite exfoliatrice marginée et notamment concernant son étiopathogénie ; ceci ayant surtout un impact sur la prise en charge des glossites exfoliatrices marginées à symptomatologie sévère qui restent à l'heure actuelle relativement rares.

Le nombre croissant d'études au sujet de la glossite exfoliatrice marginée permettra peut être un jour d'éclaircir toutes ces zones d'ombre subsistantes et permettra ainsi aux praticiens d'avoir une vision et des connaissances plus complètes concernant cette pathologie de la muqueuse linguale.

Table des matières

Liste des figures	9
Liste des tableaux	11
Introduction.....	12
1. Généralités sur la glossite exfoliatrice marginée	14
1.1. Manifestations cliniques.....	14
1.2. Epidémiologie.....	17
1.2.2. Âge	18
1.2.3. Genre.....	18
1.2.4. Variations inter-populationnelles	19
1.2.5. Facteur externe : le tabac	19
1.3. Histologie	20
1.3.1. Aspects généraux	20
1.3.2. Zone érythémateuse	20
1.3.3. Liseré blanchâtre en relief.....	21
1.4. Cytologie.....	22
1.5. Etiopathogénie	23
1.5.1. Facteurs génétiques	23
1.5.2. Facteurs immunologiques	24
▪ Les facteurs de croissance EGF (Epidermal Growth Factor) et VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor)	24
▪ Les cytokines	25
1.5.3. Diabète.....	26
1.5.4. Facteurs hormonaux	26
1.5.5. Facteurs biologiques/nutritionnels.....	27
1.5.6. Syndrome de Down	27
1.5.7. Facteurs psychologiques	28
1.5.8. Pathologies systémiques	29
1.5.9. Atopie et allergie	30
1.5.10. Réactions médicamenteuses	32
1.5.11. Nutrition et consommation.....	33

1.6. Associations pathologiques notables	33
1.6.1. Langue fissurée	33
1.6.2. Psoriasis	37
2. Démarche diagnostique	43
2.1. Anamnèse	43
2.1.1. Générale : historiques médical et familial	43
2.1.2. Locale : historique de la lésion	44
2.2. Examen clinique	44
2.2.1. Examen extra-oral	44
2.2.2. Examen intra-oral	45
2.2.3. Examen lingual	45
2.3. Examens complémentaires	46
2.4. Diagnostic positif	46
2.5. Diagnostic différentiel	47
2.5.1. Psoriasis oral	47
2.5.2. Candidoses orales	48
2.5.3. Syndrome de Melkersson-Rosenthal	52
2.5.4. Syndrome de Reiter	54
2.5.5. Syphilis secondaire	55
2.5.6. Lichen plan atrophique	58
2.5.7. Kératoses inhomogènes à risque de transformation maligne	60
2.5.8. Lupus érythémateux systémique	61
2.5.9. Stomatite allergique de contact	61
2.5.10. Réactions systémiques médicamenteuses	63
2.5.11. Arbre décisionnel	64
3. Prise en charge de la glossite exfoliatrice marginée	65
3.1. Asymptomatique	65
3.2. Avec symptomatologie légère	66
3.2.1. Agents anesthésiants	66
3.2.2. Kérato-régulateurs	66
3.2.3. Supplémentation en zinc	67
3.2.4. Anxiolytiques	67
3.2.5. Anti-histaminiques	68

3.2.6. Antalgiques et anti-inflammatoires	68
3.3. Avec symptomatologie sévère : les immunosuppresseurs	70
3.3.1. Ciclosporine	70
3.3.2. Tacrolimus	70
3.4. Récapitulatif.....	72
3.5. Arbre décisionnel	73
4. Cas cliniques	74
4.1. Cas clinique J., 5 ans	74
4.2. Cas clinique E., 27 ans.....	77
4.3. Cas clinique M., 26 ans	79
Conclusion	82
Table des matières	84
Références bibliographiques	87
Références bibliographiques électroniques	101

Références bibliographiques

1. Abe M, Sogabe Y, Syuto T, Ishibuchi H, Yokoyama Y, Ishikawa O. Successful treatment with cyclosporin administration for persistent benign migratory glossitis. *J Dermatol*. 2007; 34(5): 340–3.
2. Akpan A, Morgan R. Oral candidiasis. *Postgrad Med J*. 2002; 78(922): 455–9.
3. Alikhani M, Khalighinejad N, Ghalaiani P, Khaleghi MA, Askari E, Gorsky M. Immunologic and psychologic parameters associated with geographic tongue. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2014; 118(1): 68–71.
4. Amadori F, Bardellini E, Conti G, Majorana A. Oral mucosal lesions in teenagers: a cross-sectional study. *Ital J Pediatr*. 2017; 43(1): 50.
5. Assimakopoulos D, Patrikakos G, Fotika C, Elisaf M. Benign migratory glossitis or geographic tongue: an enigmatic oral lesion. *Am J Med*. 2002; 113(9): 751–5.
6. Bordino L, Juchli ML, Fernández M, Fitz Maurice M de LÁ, Martins A, Ramírez ZE, et coll. Melkersson Rosenthal syndrome. Report of two pediatric cases. *Arch Argent Pediatr*. 2016; 114(4): e224-227.
7. Bruce AJ, Rogers RS. Oral psoriasis. *Dermatol Clin*. 2003; 21(1): 99–104.
8. Buchner A, Begleiter A. Oral lesions in psoriatic patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1976; 41(3): 327–32.
9. Camargo CM dos S, Brotas AM, Ramos-e-Silva M, Carneiro S. Isomorphic phenomenon of Koebner: facts and controversies. *Clin Dermatol*. 2013; 31(6): 741–9.

10. Čanković M, Bokor-Bratić M, Marinoski J, Stilinović N. The effect of zinc gluconate supplementation on the symptoms and tongue epithelium regeneration in non-psoriatic patients with migratory glossitis. *Acta Dermatovenereologica Croatica*. 2018; 26(2): 125.
11. Cascone M, Celentano A, Adamo D, Leuci S, Ruoppo E, Mignogna MD. Oral lichen planus in childhood: a case series. *Int J Dermatol*. 2017; 56(6): 641–52.
12. Ching V, Grushka M, Darling M, Su N. Increased prevalence of geographic tongue in burning mouth complaints: a retrospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012; 114(4): 444–8.
13. Cigic L, Galic T, Kero D, Simunic M, Medvedec Mikic I, Kalibovic Govorko D, et coll. The prevalence of celiac disease in patients with geographic tongue. *J Oral Pathol Med*. 2016; 45(10): 791–6.
14. Costa SC, Hirota SK, Takahashi MDF, Andrade H, Migliari DA. Oral lesions in 166 patients with cutaneous psoriasis: a controlled study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009; 14(8): e371-375.
15. Curien R, Maschino F, Guillet J, Bravetti P. Oral psoriasis: an atypical case. *Med Buccale Chir Buccale*. 2012; 18(1): 45–7.
16. Dafar A, Çevik-Aras H, Robledo-Sierra J, Mattsson U, Jontell M. Factors associated with geographic tongue and fissured tongue. *Acta Odontol Scand*. 2016; 74(3): 210–6.
17. Dafar A, Bankvall M, Garsjö V, Jontell M, Çevik-Aras H. Salivary levels of interleukin-8 and growth factors are modulated in patients with geographic tongue. *Oral Dis*. 2017; 23(6): 757-762.
18. Daneshpazhooh M, Moslehi H, Akhyani M, Etesami M. Tongue lesions in psoriasis: a controlled study. *BMC Dermatol*. 2004; 4(1): 16.

19. Daneshpazhooh M, Nazemi TM-J, Bigdeloo L, Yoosefi M. Mucocutaneous findings in 100 children with Down syndrome. *Pediatr Dermatol*. 2007; 24(3): 317–20.
20. Dawson TA. Tongue lesions in generalized pustular psoriasis. *Br J Dermatol*. 1974; 91(4): 419–24.
21. de Andrade R-S, de Freitas E-M, Rocha B-A, Gusmão E-S, Filho M-R-M, Júnior H-M. Oral findings in secondary syphilis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018; 23(2): e138–43.
22. de Campos WG, Esteves CV, Fernandes LG, Domaneschi C, Júnior CAL. Treatment of symptomatic benign migratory glossitis: a systematic review. *Clin Oral Investig*. 2018; 22(7): 2487–93.
23. Díaz-Guzmán LM, Castellanos-Suárez JL. Lesions of the oral mucosa and periodontal disease behavior in pregnant patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2004; 9(5): 434-437-433.
24. Dreyer LN, Brown GC. Oral manifestations of psoriasis. Clinical presentation and management. *N Y State Dent J*. 2012; 78(3): 14–8.
25. Ebrahimi H, Pourshahidi S, Andisheh Tadbir A, Bakhshi Shyan S. The Relationship between Geographic Tongue and Stress. *Iran Red Crescent Med J*. 2010; 12(3): 313-315.
26. Elias MK, Mateen FJ, Weiler CR. The Melkersson-Rosenthal syndrome: a retrospective study of biopsied cases. *J Neurol*. 2013; 260(1): 138–43.
27. Erics M, Balci S, Atakan N. Dermatological manifestations of 71 Down syndrome children admitted to a clinical genetics unit. *Clin Genet*. 1996; 50(5): 317–20.

28. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med*. 2003; 32(10): 571–5.
29. Eyer-Silva W de A, Freire MAL, Horta-Araujo CA, Almeida Rosa da Silva G, Francisco da Cunha Pinto J, Raphael de Almeida Ferry F. Secondary Syphilis Presenting as Glossodynia, Plaques en Prairie Fauchée, and a Split Papule at the Oral Commissure: Case Report and Review. *Case Rep Med*. 2017; 2017: 5p.
30. Kuffer R, Lombardi T, Husson-Bui C, Courrier B, Samson J. *La Muqueuse Buccale de la clinique au traitement*. Paris : Editions Med'Com ; 2009. 416p.
31. Fatahzadeh M, Schwartz RA. Oral Psoriasis: An Overlooked Enigma. *Dermatology*. 2016; 232(3): 319–25.
32. Femiano F. Geographic tongue (migrant glossitis) and psoriasis. *Minerva Stomatol*. 2001; 50(6): 213–7.
33. Fenerli A, Papanicolaou S, Papanicolaou M, Laskaris G. Histocompatibility antigens and geographic tongue. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1993; 76(4): 476–9.
34. Ferreira AO, Marinho RT, Velosa J, Costa JB. Geographic tongue and tenofovir. *BMJ Case Rep*. 2013; 2013.
35. Gavrilovic IT, Balagula Y, Rosen AC, Ramaswamy V, Dickler MN, Dunkel IJ, et coll. Characteristics of oral mucosal events related to bevacizumab treatment. *Oncologist*. 2012; 17(2): 274–8.
36. Germi L, De Giorgi V, Bergamo F, Niccoli MC, Kokelj F, Simonacci M, et coll. Psoriasis and oral lesions: multicentric study of Oral Mucosa Diseases Italian Group (GIPMO). *Dermatol Online J*. 2012; 18(1): 11.

37. Gilmore G, Qamar S, Chaudhary UB. Geographic tongue (benign migratory glossitis) in a patient treated with Pazopanib for metastatic renal cell carcinoma. *Cancer Treatment and Research Communications*. 2016; 6: 1–3.
38. Gonzaga HFS, Torres EA, Alchorne MMA, Gerbase-Delima M. Both psoriasis and benign migratory glossitis are associated with HLA-Cw6. *Br j dermatol*. 1996; 135(3): 368–70.
39. Gonzaga H f. s., Marcos E v. c., Santana F c. s., Jorge M a., Tomimori J. HLA alleles in Brazilian patients with fissured tongue. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013; 27(2): e166–70.
40. Gonzaga HFS, Chaves MD, Gonzaga LHS, Picciani BLS, Jorge MA, Dias EP, et coll. Environmental factors in benign migratory glossitis and psoriasis: retrospective study of the association of emotional stress and alcohol and tobacco consumption with benign migratory glossitis and cutaneous psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015; 29(3): 533–6.
41. Goregen M, Melikoglu M, Miloglu O, Erdem T. Predisposition of allergy in patients with benign migratory glossitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2010; 110(4): 470–4.
42. Goregen M, Miloglu O, Buyukkurt MC, Caglayan F, Aktas AE. Median Rhomboid Glossitis: A Clinical and Microbiological Study. *Eur J Dent*. 2011; 5(4): 367–72.
43. Goswami M, Verma A, Verma M. Benign migratory glossitis with fissured tongue. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2012; 30(2): 173–5.
44. Grossman ME, Stevens AW, Cohen PR. Brief report: herpetic geometric glossitis. *N Engl J Med*. 1993; 329(25): 1859–60.

45. Guggenheimer J, Moore PA, Rossie K, Myers D, Mongelluzzo MB, Block HM, et coll. Insulin-dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies: II. Prevalence and characteristics of Candida and Candidal lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000; 89(5): 570–6.
46. Guimarães ALS, Correia-Silva J de F, Diniz MG, Xavier GM, Horta MCR, Gomez RS. Investigation of functional gene polymorphisms: IL-1B, IL-6 and TNFA in benign migratory glossitis in Brazilian individuals. *J Oral Pathol Med.* 2007; 36(9): 533–7.
47. Haddad S, Boralévi F, Catros S, Fricain J-C. Étude rétrospective de l'efficacité du Protopic® (tacrolimus) dans le traitement de la langue géographique algique. *Med Buccale Chir Buccale.* 2015 ; 21(2) : 85–9.
48. Hayes M, White D, Richards A. Secondary syphilis presenting as atypical oral ulceration--a case report. *Dent Update.* 2008; 35(7): 465–7.
49. Hernández-Pérez F, Jaimes-Avelañez A, Urquiza-Ruvalcaba M de L, Díaz-Barcelot M, Irigoyen-Camacho ME, Vega-Memije ME, et coll. Prevalence of oral lesions in patients with psoriasis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008; 13(11): E703-708.
50. Honarmand M, Farhad Mollashahi L, Shirzaiy M, Sehhatpour M. Geographic Tongue and Associated Risk Factors among Iranian Dental Patients. *Iran J Public Health.* 2013; 42(2): 215–9.
51. Hubiche T, Valenza B, Chevreau C, Fricain J-C, Del Giudice P, Sibaud V. Geographic tongue induced by angiogenesis inhibitors. *Oncologist.* 2013; 18(4): e16-17.
52. Ikeda A, Sugita K, Ito A, Shiomi T, Yamamoto O. Geographic tongue associated with sialadenitis. *J Dermatol.* 2017; 44(9): 1071–2.

53. Ishibashi M, Tojo G, Watanabe M, Tamabuchi T, Masu T, Aiba S. Geographic tongue treated with topical tacrolimus. *J Dermatol Case Rep*. 2010; 4(4): 57–9.
54. Jacob CN, John TM, R J. Geographic tongue. *Cleve Clin J Med*. 2016; 83(8): 565–6.
55. Jainkittivong A, Langlais RP. Geographic tongue: clinical characteristics of 188 cases. *J Contemp Dent Pract*. 2005; 6(1): 123–35.
56. Järvinen J, Mikkonen JJW, Kullaa AM. Fissured tongue: a sign of tongue edema ?. *Med Hypotheses*. 2014; 82(6): 709–12.
57. Jasinska D, Boczon J. Melkersson–Rosenthal syndrome as an early manifestation of mixed connective tissue disease. *Eur J Med Res*. 2015; 20: 100.
58. Joseph BK, Savage NW. Tongue pathology. *Clin Dermatol*. 2000; 18(5): 613–8.
59. Kayhan TÇ, Bıllaç C, Bıllaç DB, Ecemış T, Ermertcan AT. Annular Plaques on the Tongue: What Is Your Diagnosis? *Ann Dermatol*. 2011; 23(4): 548–50.
60. Khalighinejad N, Gorsky M. Psychological parameters associated with geographic tongue: a clinical observation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2015; 119(1): 123.
61. Kumar D, Das A, Gharami RC. Benign migratory glossitis. *Indian Pediatr*. 2013; 50(12): 1178.
62. Kumar T, Puri G, Aravinda K, Arora N. Benign migratory glossitis: A rare presentation of a common disorder. *J Indian Acad Oral Med Radiol*. 2015; 27: 112.
63. Laskaris G. *Atlas de poche des maladies buccales*. 2^e éd. Paris : Lavoisier ; 2006. 370p.

64. Liang J, Huang P, Li H, Zhang J, Ni C, Wang Y, et coll. Mutations in IL36RN are associated with geographic tongue. *Hum Genet.* 2017; 136(2): 241–52.
65. Lim JH, Chio MT. Watch the Tongue. *Ann Acad Med Singap.* 2015; 44(12): 575–6.
66. Lu S-Y, Eng H-L. Secondary syphilis-related oral ulcers: report of four cases. *Chang Gung Med J.* 2002; 25(10): 683–8.
67. Mangold AR, Torgerson RR, Rogers RS. Diseases of the tongue. *Clin Dermatol.* 2016; 34(4): 458–69.
68. Marcoval J, Viñas M, Bordas X, Jucglà A, Servitje O. Orofacial granulomatosis: clinical study of 20 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012; 113(4): e12-17.
69. Marks R, Tait B. HLA Antigens in Geographic Tongue. *Tissue Antigens.* 1980; 15(1): 60–2.
70. Masferrer E, Jucgla A. Geographic Tongue. *N Eng J Med.* 2009; 361: e44.
71. Mattsson U, Warfvinge G, Jontell M. Oral psoriasis-a diagnostic dilemma: a report of two cases and a review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2015; 120(4): e183-189.
72. McCartan BE, Healy CM, McCreary CE, Flint SR, Rogers S, Toner ME. Characteristics of patients with orofacial granulomatosis. *Oral Dis.* 2011; 17(7): 696–704.
73. Meira HC, De Oliveira BM, Pereira IF, Naves MD, Mesquita RA, Santos VR. Oral candidiasis: A retrospective study of 276 Brazilian patients. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2017; 21(3): 351–5.

74. Migliari DA, Penha SS, Marques MM, Matthews RW. Considerations on the diagnosis of oral psoriasis: a case report. *Med Oral*. 2004; 9(4): 300–3.
75. Miloğlu O, Göregen M, Akgül HM, Acemoğlu H. The prevalence and risk factors associated with benign migratory glossitis lesions in 7619 Turkish dental outpatients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009; 107(2): e29-33.
76. Minciullo PL, Paolino G, Vacca M, Gangemi S, Nettis E. Unmet diagnostic needs in contact oral mucosal allergies. *Clin Mol Allergy*. 2016; 14(1): 10.
77. Najafi S, Gholizadeh N, Akhavan Rezayat E, Kharrazifard MJ. Treatment of Symptomatic Geographic Tongue with Triamcinolone Acetonide Alone and in Combination with Retinoic Acid: A Randomized Clinical Trial. *J Dent (Tehran)*. 2016; 13(1): 23–8.
78. Nandini DB, Bhavana SB, Deepak BS, Ashwini R. Paediatric Geographic Tongue: A Case Report, Review and Recent Updates. *J Clin Diagn Res*. 2016; 10(2): ZE05-09.
79. Nast A, Griffiths C e. m., Hay R, Sterry W, Bologna J I. The 2016 International League of Dermatological Societies' revised glossary for the description of cutaneous lesions. *Br J Dermatol*. 2016; 174(6): 1351–8.
80. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM, Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013; 133(2): 377–85.
81. Picciani BLS, Silva-Junior GO, Michalski-Santos B, Avelleira JCR, Azulay DR, Pires FR, et coll. Prevalence of oral manifestations in 203 patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011; 25(12): 1481–3.

82. Picciani B, Silva-Junior G, Carneiro S, Sampaio AL, Goldemberg DC, Oliveira J, et coll. Geographic stomatitis: an oral manifestation of psoriasis? *J Dermatol CaseRep*. 2012; 6(4): 113–6.
83. Picciani BLS, Michalski-Santos B, Carneiro S, Sampaio AL, Avelleira JCR, Azulay DR, et coll. Oral candidiasis in patients with psoriasis: correlation of oral examination and cytopathological evaluation with psoriasis disease severity and treatment. *J Am Acad Dermatol*. 2013; 68(6): 986–91.
84. Picciani BLS, Carneiro S, Sampaio ALB, Santos BM, Santos VCB, Gonzaga HFS, et coll. A possible relationship of human leucocyte antigens with psoriasis vulgaris and geographic tongue. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015; 29(5): 865–74.
85. Picciani BLS, Souza TT, Santos V de CB, Domingos TA, Carneiro S, Avelleira JC, et coll. Geographic tongue and fissured tongue in 348 patients with psoriasis: correlation with disease severity. *ScientificWorldJournal*. 2015; 2015: 564326.
86. Picciani BLS, Domingos TA, Teixeira-Souza T, Santos V de CBD, Gonzaga HF de S, Cardoso-Oliveira J, et coll. Geographic tongue and psoriasis: clinical, histopathological, immunohistochemical and genetic correlation - a literature review. *An Bras Dermatol*. 2016; 91(4): 410–21.
87. Picciani B, Santos V de C, Teixeira-Souza T, Izahias LM, Curty Á, Avelleira JC, et coll. Investigation of the clinical features of geographic tongue: unveiling its relationship with oral psoriasis. *Int J Dermatol*. 2017; 56(4): 421–7.
88. Pinto A, Haberland CM, Baker S. Pediatric soft tissue oral lesions. *Dent Clin North Am*. 2014; 58(2): 437–53.

89. Pires FR, da Silva PJS, Natal RF, Alves FA, Pinto CAL, Rumayor A, et coll. Clinicopathologic features, microvessel density, and immunohistochemical expression of ICAM-1 and VEGF in 15 cases of secondary syphilis with oral manifestations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2016; 121(3): 274–81.
90. Purani JM, Purani HJ. Treatment of geographic tongue with topical tacrolimus. *BMJ Case Rep*. 2014; 2014.
91. Redman RS, Vance FL, Gorlin RJ, Peagler FD, Meskin LH. Psychological component in the etiology of geographic tongue. *J Dent Res*. 1966; 45(5): 1403–8.
92. Redman RS, Shapiro BL, Gorlin RJ. Hereditary component in the etiology of benign migratory glossitis. *Am J Hum Genet*. 1972; 24(2): 124–33.
93. Rezaei F, Safarzadeh M, Mozafari H, Tavakoli P. Prevalence of Geographic tongue and Related Predisposing Factors in 7-18 Year-Old Students in Kermanshah, Iran 2014. *Glob J Health Sci*. 2015; 7(5): 91–5.
94. Rioboo-Crespo M del R, Planells-del Pozo P, Rioboo-García R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005; 10(5): 376–87.
95. Rogers RS, Bruce AJ. The tongue in clinical diagnosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004; 18(3): 254–9.
96. Saint-Jean M, Tessier M-H, Barbarot S, Billet J, Stalder J-F. Pathologie buccale de l'enfant. *Ann Dermatol Venereol*. 2010 ; 137(12) : 823-37.
97. Scariot R, Batista TBD, Olandoski M, Souza CM, Souza PHC, Lima AAS, et coll. Host and clinical aspects in patients with benign migratory glossitis. *Arch Oral Biol*. 2017; 73: 259–68.

98. Seiden G, Curland S. The Tongue as an Excitable Medium. *New J Phys.* 2015; 17(3): 33049.
99. Shekhar M G. Geographic tongue in monozygotic twins. *J Clin Diagn Res.* 2014; 8(4): ZD01-02.
100. Shulman JD. Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA. *Int J Paediatr Dent.* 2005; 15(2): 89–97.
101. Shulman JD, Carpenter WM. Prevalence and risk factors associated with geographic tongue among US adults. *Oral Dis.* 2006; 12(4): 381–6.
102. Sigal MJ, Mock D. Symptomatic benign migratory glossitis: report of two cases and literature review. *Pediatr Dent.* 1992; 14(6): 392–6.
103. Singh S, Nivash S, Mann BK. Matched case-control study to examine association of psoriasis and migratory glossitis in India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2013; 79(1): 59–64.
104. Stoopler ET, Thoppay JR, Sollectio TP. Psychological parameters associated with geographic tongue: a clinical observation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2015; 119(1): 122–3.
105. Stupica D, Lusa L, Ruzić-Sabljić E, Cerar T, Strle F. Treatment of erythema migrans with doxycycline for 10 days versus 15 days. *Clin Infect Dis.* 2012; 55(3): 343–50.
106. Sudarshan R, Sree Vijayabala G, Samata Y, Ravikiran A. Newer Classification System for Fissured Tongue: An Epidemiological Approach. *J Trop Med.* 2015; 2015: 1-5.
107. Sundar S, Burge F. Geographical tongue induced by axitinib. *BMJ Case Rep.* 2015; 2015.

108. Suter VGA, Negoias S, Friedrich H, Landis BN, Caversaccio M-D, Bornstein MM. Gustatory function and taste perception in patients with oral lichen planus and tongue involvement. *Clin Oral Investig*. 2017; 21(3): 957–64.
109. Swanson J, Welch J. The Great Imitator Strikes Again: Syphilis Presenting as 'Tongue Changing Colors'. *Case Rep Emerg Med*. 2016; 2016: 1607583.
110. Tarakji B, Umair A, Babaker Z, Sn A, Gazal G, Sarraj F. Relation between psoriasis and geographic tongue. *J Clin Diagn Res*. 2014; 8(11): ZE06-07.
111. Terai H, Shimahara M. Atrophic tongue associated with Candida. *J Oral Pathol Med*. 2005; 34(7): 397–400.
112. Tomb R, Hajj H, Nehme E. Oral lesions in psoriasis. *Ann Dermatol Venereol*. 2010; 137(11): 695–702.
113. Ulmansky M, Michelle R, Azaz B. Oral psoriasis: report of six new cases. *J Oral Pathol Med*. 1995; 24(1): 42–5.
114. Unsworth JD, Baldwin A, Byrd L. Systemic lupus erythematosus, pregnancy and carcinoma of the tongue. *BMJ Case Reports*. 2013; 2013: bcr2013008864.
115. Vahedi M, Abdolsamadi H, Mortazavi H, Abdollahzadeh S. Evaluation of the Therapeutic Effects of Zinc Sulfate in Patients with Geographic Tongue. *Avicenna J Dent Res*. 2009; 1(1): 11–4.
116. Varoni E, Decani S. Images in clinical medicine: Geographic Tongue. *N Engl J Med*. 2016; 374(7): 670.
117. Vörös-Balog T, Dombi C, Vincze N, Bánóczy J. Epidemiologic survey of tongue lesions and analysis of the etiologic factors involved. *Fogorv Sz*. 1999; 92(5): 157–63.

118. Waltimo J. Geographic tongue during a year of oral contraceptive cycles. *Br Dent J*. 1991; 171(3–4): 94–6.
119. Waroquier D, Evrard L, Nelis M, Parent D. Allergic contact stomatitis presenting as geographical tongue with pruritus. *Contact Derm*. 2009; 60(2): 106.
120. Witkop CJ, Barros L. Oral and genetic studies of Chileans, 1960. I. Oral anomalies. *Am J Phys Anthropol*. 1963; 21: 15–24.
121. Wysocki GP, Daley TD. Benign migratory glossitis in patients with juvenile diabetes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1987; 63(1): 68–70.
122. Yarom N, Cantony U, Gorsky M. Prevalence of fissured tongue, geographic tongue and median rhomboid glossitis among Israeli adults of different ethnic origins. *Dermatology*. 2004; 209(2): 88–94.
123. Yesudian PD, Chalmers RJG, Warren RB, Griffiths CEM. In search of oral psoriasis. *Arch Dermatol Res*. 2012; 304(1): 1–5.
124. Yilmaz AE, Gorpelioglu C, Sarifakioglu E, Dogan DG, Bilici M, Celik N. Prevalence of oral mucosal lesions from birth to two years. *Niger J Clin Pract*. 2011; 14(3): 349–53.
125. Younai FS, Phelan JA. Oral mucositis with features of psoriasis: report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997; 84(1): 61–7.
126. Zargari O. The prevalence and significance of fissured tongue and geographical tongue in psoriatic patients. *Clin Exp Dermatol*. 2006; 31(2): 192–5.
127. Zhu JF, Kaminski MJ, Pulitzer DR, Hu J, Thomas HF. Psoriasis: pathophysiology and oral manifestations. *Oral Dis*. 1996; 2(2): 135–44.

Références bibliographiques électroniques

128. Hooda A, Rathee M, Gulia JS, Yadav SPS. Benign Migratory Glossitis: A Review. Internet J Fam Pract [Internet]. 2009 [consulté le 15 février 2018] ; 9(2). Disponible sur : <http://ispub.com/IJFP/9/2/9625>
129. Scully C, Hegarty A. The Oral Cavity and Lips. Dans: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Rook's Textbook of Dermatology. 8^e éd. [Internet]. West Sussex : Wiley-Blackwell ; 2010 [consulté le 03 juin 2018]: p1–129. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781444317633.ch69>

PEREIRA Laure : La glossite exfoliatrice marginée : point actuel sur la question.

Nancy 2018 : 101 pages. 29 figures ; 2 tableaux

Th : Chir.-Dent. : Nancy 2018

Mots-clefs :

- dermatologie buccale / oral dermatology
- glossite exfoliatrice marginée / glossitis areata exfoliativa
- langue géographique / geographic tongue
- glossite migratoire bénigne / benign migratory glossitis

Résumé :

Au sein de la dermatologie buccale, la glossite exfoliatrice marginée fait partie des pathologies bénignes de la muqueuse linguale.

Relativement fréquente et pourtant souvent méconnue de la profession médicale, elle suscite un grand nombre de questionnements autant sur son étiologie, ses critères de diagnostic que sur sa prise en charge.

L'existence de pathologies multiples parfois graves ayant un tableau clinique similaire à celui de la glossite exfoliatrice marginée rend le diagnostic primordial et la connaissance du panel de diagnostics différentiels fondamentale.

Dans un premier temps, les généralités concernant la glossite exfoliatrice seront abordées notamment à propos de ses manifestations cliniques, son épidémiologie et son étiopathogénie.

Dans un second temps, une démarche diagnostique sera proposée tout en développant les différentes voies diagnostiques différentielles existantes. L'ensemble est synthétisé grâce à la réalisation d'un arbre décisionnel.

Dans un troisième temps, les différentes possibilités thérapeutiques sont énoncées avec leurs avantages et leurs inconvénients.

Enfin, la présentation de trois cas cliniques personnels viendra conclure le travail afin de mettre en pratique l'ensemble des données fournies à travers ce mémoire.

Ce travail s'appuie sur une recherche bibliographique internationale contenant les résultats de différentes études cliniques conférant ainsi à l'ensemble une valeur scientifique notable.

Membres du jury :

Pr E. MORTIER

Dr R. CURIEN

Dr J. GUILLET-THIBAUT

Dr N. HASNAOUI

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Maître de Conférences

Assistant hospitalier universitaire

Président

Directeur

Juge

Juge

Adresse de l'auteur :

Laure PEREIRA

17 rue du Général Leclerc

54630 Richardménil

Jury : Président : E. MORTIER – Professeur des Universités
Juges : R. CURIEN – Praticien hospitalier
J. GUILLET-THIBAULT – Maître de Conférences des Universités
N. HASNAOUI – Assistant Hospitalo-Universitaire

Thèse pour obtenir le diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par : **Madame PEREIRA Laure**

né(e) à : **Laxou (Meurthe-et-Moselle)**

le **21 juin 1991**

et ayant pour titre : « **La glossite exfoliatrice marginée : point actuel sur la question** ».

Le Président du jury

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie

E. MORTIER



J.M. MARTRETTE

 FACULTÉ
D'ODONTOLOGIE
DE LORRAINE

Autorise à soutenir et imprimer la thèse 10462

NANCY, le

Le Président de l'Université de Lorraine

P. MUTZENHARDT

 Université de Lorraine
Le Président