

JAN S. SCHENKEL¹
HEINZ-THEO LÜBBERS²
CLAUDIO ROSTETTER³
PHILIPP METZLER³

¹ Clinique universitaire de chirurgie maxillo-faciale, Hôpital de l'île, Hôpital universitaire de Berne

² Cabinet de chirurgie buccale et maxillo-faciale, Archstrasse 12, 8400 Winterthur

³ Clinique et policlinique de chirurgie buccale et maxillo-faciale, Centre de médecine dentaire de l'Université de Zurich

CORRESPONDANCE

Dr. med. Dr. med. dent.

Jan S. Schenkel

Assistenzarzt Universitätsklinik für Schädel-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Inselspital, Universitätsspital Bern

Freiburgstrasse

CH-3010 Bern

E-mail: jan.schenkel@insel.ch

www.skg.insel.ch

RÉDACTION

PD Dr. Dr. med. Heinz-Theo

Lübbers

Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Archstrasse 12

CH-8400 Winterthur

Tél. +41 52 203 52 20

E-mail: info@luebbers.ch

Traduction française:

Jacques Rossier et

Thomas Vauthier

Traitement médicamenteux du lichen plan buccal

La prévalence du lichen plan buccal est d'environ 2%: cette affection se rencontre donc assez fréquemment en médecine dentaire. La présente publication en résumé le traitement médicamenteux.

Introduction

La prévalence du lichen plan buccal (LPB) est de l'ordre de 2%; c'est donc une maladie fréquente de la muqueuse buccale. La maladie peut se manifester isolément dans la bouche ou impliquer d'autres muqueuses, ainsi que la peau.

Etiologie et pathogenèse

Le LPB est une maladie auto-inflammatoire d'étiologie indéterminée, souvent chronique, médiée par des cellules T. L'association du LPB avec l'hépatite C est discutée, de même qu'avec des réactions médicamenteuses et certains matériaux de restauration dentaire.

Le LPB apparaît habituellement entre 30 et 60 ans.

Symptomatologie

Symptômes typiques: sensation veloutée ou rèche au niveau des lésions, brûlures, douleurs. Diverses altérations morphologiques – stries de Wickham, érythème, papules, vésicules, érosions – accompagnent les symptômes et se manifestent sur la muqueuse jugale, la langue, les lèvres, le palais ou la gencive.

Diagnostic

Les altérations morphologiques peuvent suggérer le diagnostic; une biopsie devrait être réalisée notamment pour confirmer le diagnostic.

Traitement

Selon le sous-type de LPB et la symptomatologie, il est possible de renoncer au traitement. Lors de LPB symptomatique, le traitement médicamenteux est indiqué pour combattre les douleurs, prévenir les exacerbations et guérir temporairement les lésions existantes.

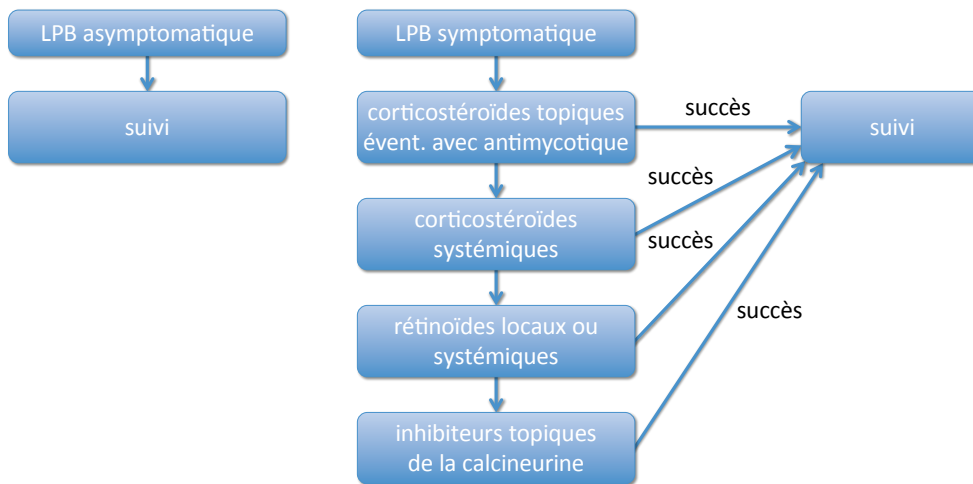
Le traitement peut être topique ou systémique; l'administration topique ou intra-lésionnelle sera privilégiée en raison du meilleur profil d'effets secondaires. L'administration systémique peut être indiquée lors d'atteinte cutanée simultanée et en cas d'échec du traitement topique. Les médicaments susceptibles d'être utilisés sont les corticostéroïdes, les rétinoïdes et les inhibiteurs de la calcineurine. Les corticostéroïdes représentent le traitement de première ligne, le clobétasol étant le plus efficace avec des taux de rémission atteignant jusqu'à 75% (CARROZZO ET AL. 2009). Les immunosuppresseurs tels que le tacrolimus peuvent être utilisés comme traitement de deuxième ligne. En cas d'atteinte intra- et extra-orale, il est judicieux de combiner le traitement topique et systémique.

Des études ont montré que jusqu'à 30% des patients traités par des corticostéroïdes développent une candidose (SCULLY & CARROZZO 2008), qui peut être prévenue en admi-

Informations brèves

- Maladie chronique fréquente susceptible de diminuer fortement la qualité de vie.
- Il n'existe pas de traitement curatif; la prise en charge est essentiellement médicamenteuse.
- Traitement de première ligne par un corticostéroïde, le clobétasol.
- Immunosuppresseurs en deuxième ligne.
- Suivi au moins semestriel en raison du risque de transformation maligne (en fonction de l'exposition à des substances nocives)

Organigramme thérapeutique



Mesures d'accompagnement

- Nettoyage dentaire professionnel
- Aloe vera (aloès), gel d'acide hyaluronique
- Éviter la nicotine, l'alcool, les mets fortement épicés, les agrumes
- Utiliser un dentifrice sans agent tensio-actif

Adapté d'après: Lavanya N, Oral lichen planus: An update on pathogenesis and treatment, JOMEFP 2011

nistrant un antifongique à titre prophylactique (CARBONE ET AL. 1999).

L'aloë vera, ou aloès, est parfois utile dans le traitement du LPB, car cette plante peut diminuer les douleurs et réduire la taille des lésions, avec un profil d'effets secondaires favorable (MANSOURIAN ET AL. 2011).

Le gel d'acide hyaluronique à 0,2% peut également obtenir une amélioration significative. Le film protecteur réduit la douleur et favorise la guérison (NOLAN ET AL. 2009).

Cependant, nous ne disposons pas actuellement d'un traitement curatif, ce qui explique le taux élevé de récurrence après l'arrêt des médicaments.

Complications

Le LPB est considéré comme une précancéreuse, car une transformation maligne est possible. Le risque est compris entre 0,5 et 5% (VAN DER MEIJ ET AL. 1999).

Conclusion

Le LPB est une maladie chronique. Le traitement médicamenteux permet de réduire les symptômes; il n'existe pas (encore) un traitement curatif de cette affection. Le traitement de première ligne est basé sur l'application

de corticostéroïdes topiques. Le tacrolimus topique est recommandé comme traitement de deuxième ligne. Il vaut la peine d'essayer l'aloë vera ou l'acide hyaluronique. En raison du potentiel de transformation maligne, les lésions doivent être contrôlées au moins tous les six mois.

Abstract

SCHENKEL J S, LÜBBERS H-T, ROSTETTER C, METZLER P: **Oral lichen ruber planus: treatment and drugs** (in German). SWISS DENTAL JOURNAL SSO 127: 446-447 (2017)

Oral lichen planus is a relatively common T-cell mediated inflammatory disease with potential malignant transformation. It may present itself with pain and oral lesions such as ulcers and Wickham's striae. Treatment includes topical corticosteroids, preferably Clobetasol, immunosuppressive drugs and retinoids. Hyaluronic acid and aloe vera have been proven to be successful. If topical treatment fails, systemic therapy with corticosteroids may be needed. Because of the potential malignant transformation periodic follow-up is mandatory.

Bibliographie

- CARBONE ET AL.: Topical corticosteroids in association with mi-conazole and chlorhexidine in the long-term management of atrophic-erosive oral lichen planus: a placebo-controlled and comparative study between clobetasol and fluocinonide. *Oral Dis.* 1999; 5(1): 44-49.
- CARROZZO ET AL.: Oral lichen planus: a review. *Minerva Stomatol.* 2009; 58(10): 519-537.
- MANSOURIAN ET AL.: Comparison of aloe vera mouthwash with triamcinolone acetonide 0.1% on oral lichen planus: a randomized double-blinded clinical trial. *Am J Med Sci.* 2011; 342(6): 447-451.
- NOLAN ET AL.: The efficacy of topical hyaluronic acid in the management of oral lichen planus. *J Oral Pathol Med.* 2009; 38(3): 299-303.
- SCULLY C, CARROZZO M: Oral mucosal disease: Lichen planus. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008; 46(1): 15-21.
- VAN DER MEIJ ET AL.: A review of the recent literature regarding malignant transformation of oral lichen planus. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999; 88(3): 307-310.