

GÖSTA BETHKE<sup>1</sup>  
 GUDRUN BETHKE<sup>2</sup>  
 MATTHIAS PRAGER<sup>3</sup>  
 PETER PURUCKER<sup>4</sup>

- <sup>1</sup> Cabinet Florastrasse, Berlin  
<sup>2</sup> Clinique de jour Ilsenburger Strasse, Berlin  
<sup>3</sup> Département de médecine interne, hépatologie et gastroentérologie, Hôpital Universitaire de la Charité à Berlin  
<sup>4</sup> Département de parodontologie et de médecine dentaire synoptique, Hôpital Universitaire de la Charité à Berlin

#### CORRESPONDANCE

Dr. med. dent. Peter Purucker  
 Charité – Universitätsmedizin  
 Berlin  
 Campus Benjamin Franklin  
 Charité Centrum für Zahn-,  
 Mund- und Kieferheilkunde  
 Abteilung für Parodontologie  
 und Synoptische Zahnmedizin  
 Assmannshauser Strasse 4–6  
 D-14197 Berlin  
 Tél. +49 30 450 56 25 29  
 Fax +49 30 450 75 62 322  
 E-mail: peter.purucker@  
 charite.de

Traduction: Jacques Rossier



## Pyostomatite végétante Nombreux points jaune pâle sur fond rouge inflammatoire

Présentation d'un cas clinique

#### MOTS-CLÉS

Pyostomatite végétante, diagnostic différentiel, traitement, colite

**Image en haut:** Pyostomatite végétante. Nombreuses petites lésions punctiformes et en taches, de couleur crème (pustules), plus nombreuses et dont la répartition est plus dense au niveau des replis et freins muqueux.

#### RÉSUMÉ

La pyostomatite végétante est une maladie de la gencive et de la muqueuse buccale dont la morphologie est frappante et inhabituelle. Les caractéristiques cliniques et le diagnostic différentiel de cette affection rare sont décrits. La pyostomatite végétante est souvent associée à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, et peut donc donner une indication diagnostique relative à la présence d'une colite ulcéreuse ou d'une

maladie de Crohn. Un plan de traitement de la pyostomatite végétante est présenté; il a permis d'obtenir une rémission avec un traitement exclusivement local. Le suivi après un an a montré que le résultat thérapeutique obtenu est resté stable. Les auteurs décrivent la survenue d'un aspect clinique inattendu de la gencive, caractérisé par de petits épaissements rose pâle, après le traitement et au cours du suivi.

## Introduction

La pyostomatite végétante est une maladie rare d'aspect clinique impressionnant. Dans les cas typiques, elle se présente sous forme de multiples points ou taches de couleur crème, conférant un aspect moucheté à la gencive et à la muqueuse buccale.

La pyostomatite végétante survient souvent en association avec une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), c'est-à-dire avec une colite ulcéreuse (HEALY ET COLL. 1994; WERCHNIAK ET COLL. 2005), une maladie de Crohn (MERKOURIA ET COLL. 2013; GUILLERMINET ET COLL. 2015) ou encore une colite ou une diarrhée sans spécification nosologique. L'association de la pyostomatite végétante avec une maladie intestinale est fréquente, mais n'atteint pas les 100%. Ainsi, différents auteurs ont rapporté des cas de pyostomatite végétante sans mise en évidence d'une affection intestinale (THORNHILL ET COLL. 1992; GONZALEZ-MOLES ET COLL. 2008).

Le but de cet article est de faciliter le diagnostic médical de cette affection inhabituelle. Les expériences que nous avons faites dans le diagnostic et le traitement de cette maladie sont décrites en détail en relation avec le cas de notre patient, et les considérations relatives au choix des médicaments sont présentées.

### Tableau clinique de la pyostomatite végétante

Le tableau clinique de la pyostomatite végétante se caractérise par de nombreux petits points ou taches de couleur crème par-

fois dispersés, parfois plus rapprochés (fig. 1 à 4). Ces petits points jaunâtres pâles correspondent à des pustules de la taille d'une tête d'épingle (c'est-à-dire à de petites cavités remplies de pus), dont le contenu peut être exprimé en exerçant une pression. Ces pustules fragiles se rompent rapidement et forment ainsi des érosions. Lorsque des lésions individuelles fusionnent, des érosions linéaires et tortueuses peuvent parfois se former (érosions en trace d'escargot). Une image clinique caractéristique d'une érosion en trace d'escargot est présentée dans le travail de MERKOURIA ET COLL. (2013). Les épaissements et excroissances réactionnelles de la muqueuse, tels les plis muqueux, peuvent constituer d'autres caractéristiques morphologiques de cette affection (fig. 3, 4).

#### Tab.1 Caractéristiques cliniques de la pyostomatite végétante

*En italique*, les caractéristiques cliniques de la maladie pouvant être vues dans les images cliniques.

- *Multiples petites ponctuations jaunâtres pâles (pustules).*
- *La gencive et les muqueuses sont érythémateuses et épaissies.*
- *Erosions, érosions aphtoïdes, érosion en trace d'escargot (ulcère).*
- *Hypertrophie des plis muqueux de la joue et du vestibule.*
- *Épaississement nodulaire de la muqueuse.*
- *Fissures, surface sillonnée et granulaire.*



**Fig. 1** Pyostomatite végétante. Nombreuses petites lésions punctiformes et en taches, de couleur crème (pustules), plus nombreuses et dont la répartition est plus dense au niveau des replis et freins muqueux.



**Fig. 2** Pyostomatite végétante. Avant le traitement: détail des petites pustules pâles, blanchâtres à jaunâtres, dans le sillon (sulcus) du maxillaire supérieur



**Fig. 3** Pyostomatite végétante. Image du vestibule et de la muqueuse jugale avant le traitement, avec épaissement de la muqueuse formant des plis



**Fig. 4** Pyostomatite végétante. Pli muqueux de la muqueuse jugale avant le traitement

Dans sa pleine expression, la localisation de la pyostomatite végétante est typiquement bilatérale, avec souvent une symétrie bilatérale dans le cas de notre patient – mais elle peut aussi se limiter à quelques sites, voire même à un seul site, p. ex. dans le vestibule ou le palais. Les localisations préférentielles de la pyostomatite végétante sont les suivantes: gencives, replis et freins muqueux, muqueuse labiale et jugale, palais dur et palais mou. Cependant, toutes les régions de la muqueuse buccale peuvent être affectées, ainsi que les lèvres.

Le tableau I présente un aperçu des caractéristiques cliniques de la pyostomatite végétante.

## Présentation d'un cas clinique

Un patient âgé de 36 ans, par ailleurs en bon état de santé général, nous a été adressé en raison d'altérations des gencives et de la muqueuse buccale existant depuis trois mois. Le patient avait constaté un changement de ses perceptions gustatives, mais n'a pas rapporté d'autres plaintes.

### Tableau clinique de la pyostomatite végétante de ce patient

L'examen de la gencive et de la muqueuse buccale a montré de nombreuses lésions punctiformes jaune pâle sur la gencive, ainsi qu'une muqueuse rouge et épaissie. Cet aspect moucheté résultait de la présence de nombreuses pustules jaunâtres et d'érosions couvertes de fibrine sur la muqueuse érythémateuse (fig. 1–4). La gencive et la muqueuse buccale de notre patient présentaient par ailleurs une coloration uniforme très légèrement orange. En tant que caractéristique supplémentaire de la pyostomatite végétante, un repli de la muqueuse jugale était apparu chez notre patient en tant qu'excroissance réactionnelle localisée (fig. 4 et 9).

Il convient de mentionner, chez le patient présenté, que l'érythème inflammatoire s'étendait de la pointe des papilles jusqu'à la ligne de jonction muco-gingivale, et empiétait par continuité sur les replis et les freins de la muqueuse (fig. 1–4). Dans les régions affectées, il n'y avait aucune zone ou bande étroite de gencive ou de muqueuse d'aspect cliniquement normal – la gencive et la muqueuse buccale étaient affectées en continu, sur toute leur surface.

## Résultats des examens microbiologiques et allergologiques

L'examen microbiologique du frottis de la gencive et de la muqueuse buccale a révélé, en plus de la flore buccale physiologique [y compris *Prevotella melaninogenica* (+) et *Gemella haemolysans* ++], la présence de *Staphylococcus aureus* (+). La recherche de champignons et de levures (examens microscopiques et cultures) a été négative.

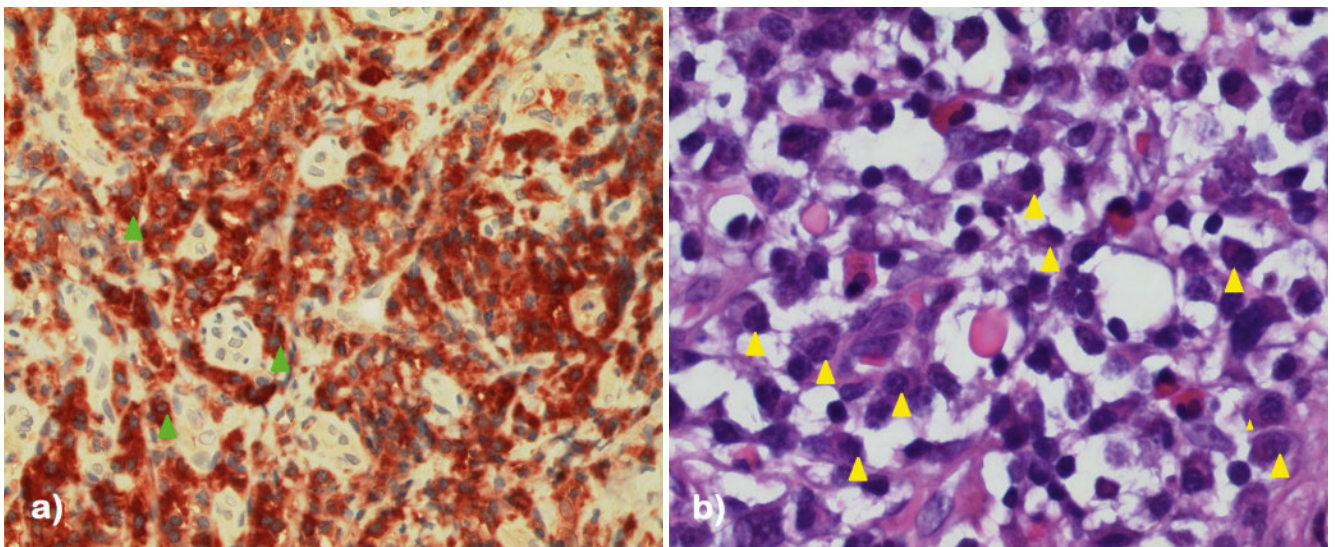
Les valeurs sanguines étaient dans les limites normales, à l'exception d'une éosinophilie légère de 6%. Le patient présentait les allergies suivantes: mélange de graminées +++, seigle +++, aulne +++, noisetier +++, bouleau +++, armoise +, chénopode +, agrumes (+), ainsi que des réactions allergiques croisées aux aliments suivants: pomme, pêche et noisette +. Une maladie intestinale n'était pas connue; le patient a indiqué avoir des selles molles en permanence en tant que seul symptôme intestinal.

## Histologie

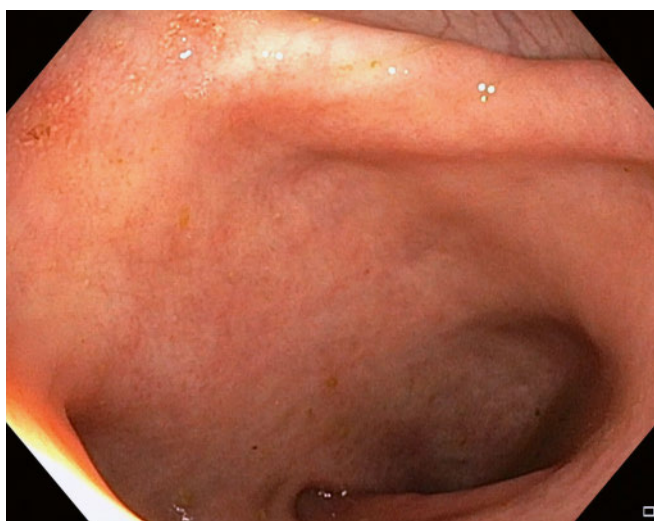
Nous avons prélevé une biopsie vestibulaire (biopsie au poinçon, 5 mm) dans la région 24 de la mâchoire supérieure. L'examen histopathologique a montré une micro-ulcération recouverte d'une mince couche de fibrine, ainsi qu'un micro-abcès localisé dans la pointe d'une crête de l'épithélium malpighien. La muqueuse était bordée par un épithélium malpighien pluristratifié non kératinisant, avec une surface de structure papillaire partiellement plissée. Le stroma subépithélial présentait une infiltration inflammatoire dense, partiellement en forme de bande, constituée essentiellement de plasmocytes mêlés à des polynucléaires éosinophiles (fig. 5). En outre, la sous-muqueuse présentait de petits infiltrats inflammatoires éosinophiles à prédominance périvasculaire, en bordure de la musculature striée sous-jacente. En résumé, l'image histopathologique montrait les caractéristiques typiques d'une pyostomatite végétante (micro-ulcération, micro-abcès, infiltration inflammatoire avec présence de granulocytes éosinophiles).

## Maladie intestinale

En raison de l'association possible de la pyostomatite végétante avec une maladie intestinale, le tractus gastro-intestinal a été



**Fig. 5** Image histologique de l'infiltrat riche en plasmocytes. a) Plasmocytes kappa positifs (triangles verts),  $\times 200$ ; b) plasmocytes dans le stroma subépithélial (triangles jaunes), coloration HE,  $\times 400$



**Fig. 6** Image endoscopique du côlon sigmoïde. Légère altération de la muqueuse colique (rougeur, aspect granulaire de la muqueuse intestinale)



**Fig. 7** Résultat du traitement après administration topique de tétracycline et de glucocorticoïde (7<sup>e</sup> semaine de traitement). Ponctuations marquées et altération granulaire de la gencive. Dans la région vestibulaire 13-12 (→ flèches blanches), encore une petite zone avec des signes de pyostomatite végétante

investigé à l'aide d'une gastro-, duodeno- et coloscopie. Alors que la gastro-duodénoscopie n'a révélé aucun signe pathologique, la coloscopie a montré une *légère colite*. La muqueuse du gros intestin présentait dans l'hémicôlon gauche, notamment au niveau du côlon sigmoïde, un léger œdème accompagné d'un érythème et d'une granularité discrète (fig. 6). A l'examen histologique, ces caractéristiques ont été jugées non spécifiques. Ainsi, une maladie inflammatoire chronique de l'intestin n'a pu être ni diagnostiquée, ni exclue avec certitude à l'histologie. La calprotectine fécale était augmentée à 416 µg/g (valeur limite: 50 µg/g).

### Traitement

Le traitement de la pyostomatite végétante a été réalisé par l'application combinée de glucocorticoïde, de tétracycline et de pimécrolimus, avec un traitement adjuvant antifongique et antibactérien. Le traitement de la pyostomatite végétante a été exclusivement local. La thérapie a été initiée par un prétraite-

ment antimycotique (gel buccal Adiclair®, Ardeypharm, Herdecke, Allemagne), suivi d'une application topique de tétracycline à 5% en bains de bouche pendant une semaine.

Le traitement principal était basé sur l'application locale de glucocorticoïdes de puissance graduelle, accompagnée par un traitement antifongique. Les glucocorticoïdes suivants ont été choisis: valérate de bétaméthasone sous forme de pâte adhésive et acétonide de triamcinolone en solution de rinçage buccal. La solution de rinçage buccal à l'acétonide de triamcinolone a été utilisée tout d'abord à la concentration de 0,2% pendant les deux premières semaines, ce qui correspond au double de la concentration standard d'acétonide de triamcinolone à 0,1%, puis à la concentration de 0,1% au cours des deux semaines suivantes. Le plan de traitement prévoyait une diminution graduelle de la dose de glucocorticoïdes. Tout d'abord, après la première semaine de traitement, une réduction de la fréquence d'application a été réalisée (de 3 fois par jour à 2 fois par jour), suivie une semaine

**Tab. II** Pyostomatite végétante: plan de traitement du patient présenté

1 <sup>re</sup> semaine	Gel oral de nystatine (Adiclair® gel oral), 2 ×/jour	
2 <sup>e</sup> semaine	Tétracycline 5% en bain de bouche, 2 ×/jour + gel oral de nystatine, 2 ×/jour	
3 <sup>e</sup> semaine	Pâte adhésive de valérate de bétaméthasone 0,1%, 1 ×/jour + gel oral de nystatine, 2 ×/jour	Gel de chlorhexidine, 1 ×/jour Dentifrice Chlorhexidine
4 <sup>e</sup> semaine	Solution de triamcinolone 0,2%, 3 ×/jour + gel oral de nystatine, 3 ×/jour	Gel de chlorhexidine, 1 ×/jour Dentifrice Chlorhexidine
5 <sup>e</sup> semaine	Solution de triamcinolone 0,2%, 3 ×/jour + gel oral de nystatine, 2 ×/jour	Dentifrice Chlorhexidine
6 <sup>e</sup> semaine	Solution de triamcinolone 0,1%, 2 ×/jour + gel oral de nystatine, 2 ×/jour	Rince-bouche au fluorure
7 <sup>e</sup> semaine	Solution de triamcinolone 0,1%, 1 ×/jour + gel oral de nystatine, 2 ×/jour	Rince-bouche au fluorure
8 <sup>e</sup> semaine	Pâte adhésive de valérate de bétaméthasone 0,1%, 1 ×/jour + gel oral de nystatine, 1 ×/jour + pimécrolimus 1% en crème, 1 ×/jour	Rince-bouche au fluorure
9 <sup>e</sup> -10 <sup>e</sup> semaine	Pimécrolimus 1% en crème, (Elidel® 1%, crème), 1 ×/jour	



**Fig. 8** Résultat du traitement de la gencive et du vestibule (7<sup>e</sup> semaine de traitement). N.B.: Résultat du traitement *avant* la deuxième application de valérate de bétaméthasone et de pimécrolimus



**Fig. 9** Pli de la muqueuse nettement réduit (7<sup>e</sup> semaine de traitement). Muqueuse jugale environnante sans signes cliniques d'inflammation



**Fig. 10** Suivi (1 an après le traitement). Gencive rose pâle avec aplatissement partiel de l'épaississement nodulaire. Morphologie gingivale peu changée par rapport à la situation un an auparavant (cf. fig. 7)



**Fig. 11** Suivi (1 an après le traitement). Le vestibule ne présente aucun signe de maladie. Gencive interdentaire légèrement altérée avec de petits sillons verticaux dans les régions 13-14 et 14-15

plus tard d'une réduction de la puissance de la préparation d'acétonide de triamcinolone (de 0,2% à 0,1%).

En plus du traitement par glucocorticoïdes, un gel contenant de la chlorhexidine (gel gingival Curasept® ADS 350) a été appliqué, et un dentifrice contenant de la chlorhexidine (gel dentifrice Curasept® ADS 712, Curaden International, Kriens, Suisse) a été utilisé. Ensuite, après la réduction du dosage des glucocorticoïdes, un rinçage buccal adjuvant au fluor a été pratiqué. Après le traitement topique par tétracycline et glucocorticoïdes, les lésions inflammatoires étaient guéries à l'exception d'une petite zone vestibulaire (fig. 7). Nous avons décidé alors de traiter ce site avec un glucocorticoïde pendant une semaine supplémentaire; nous avons choisi à cet effet une pâte de valérate de bétaméthasone, qui peut être appliquée dans le sillon (sulcus) antérieur et y adhère pendant une durée assez longue. Dans le même temps, l'administration de pimécrolimus a été initiée: la couche adhésive de valérate de bétaméthasone était appliquée le matin, et de pimécrolimus, le soir (Elidel®, Medapharma, Bad Homburg, Allemagne). Puis à la fin du traitement, le pimécrolimus seul a été administré 1 x/jour pendant deux semaines.

Le plan de traitement détaillé est présenté dans le tableau II.

Après le traitement, un aspect inattendu caractérisé par une gencive partiellement granuleuse, nodulaire et épaissie – mais sans aucun signe d'inflammation – est apparu dans la région antérieure de la mâchoire supérieure (fig. 7).

Aucun effet secondaire n'a été observé lors du traitement par tétracycline et glucocorticoïdes. Cependant, lors du traitement par pimécrolimus, le patient a ressenti une légère brûlure de la muqueuse. Cet effet indésirable fréquent du pimécrolimus doit être signalé au patient avant le début du traitement, car sinon la sensation de brûlure pourrait être interprétée en tant que récurrence de la maladie et entraîner l'arrêt du traitement.

L'examen de suivi après un an a montré une gencive et une muqueuse rose pâle sans inflammation et sans signes de récurrence (fig. 10, 11), mais aussi la persistance de sites présentant un épaississement ponctuel de la gencive dans la région antérieure (fig. 10).

### Diagnostic différentiel

Les nombreuses petites ponctuations de la pyostomatite végétante, de couleur crème à jaunâtre, sont très caractéristiques et permettent déjà une délimitation clinique-morphologique par rapport à d'autres maladies – tout au moins lorsque cette affection est pleinement exprimée. Lorsque les symptômes sont moins bien définis (lésions initiales ou minimales), d'autres affections caractérisées par de petites lésions jaunâtres, ou dont l'aspect est jaunâtre à travers la muqueuse buccale, doivent être prises en considération dans le diagnostic différentiel, comme le xanthome verruciforme et les glandes sébacées isolées (granules de Fordyce).

Caractéristique de la pyostomatite végétante: la lésion primaire est une petite pustule, et non pas une bulle (démarcation par rapport au groupe du pemphigus et à l'herpès), alors que la lésion secondaire est une érosion. Du point de vue du diagnostic différentiel, il est important de relever que les efflorescences jaunâtres pâles de la pyostomatite végétante sont situées sur la muqueuse ou les gencives rouges et enflammées – et non pas sur des muqueuses cliniquement sans particularité comme dans le cas de glandes sébacées ectopiques (granules de Fordyce), par exemple. Une autre caractéristique importante pour le diagnostic différentiel (mais pas constamment détectable) est l'évacuation de pus à la pression, avec formation d'une petite flaque ou d'un voile purulent. Au fil du temps, l'aspect peut se modifier, et un tissu hyperplasique peut se développer à partir des lésions pustuleuses initiales.

Un diagnostic différentiel important est la *maladie de Crohn orale*, qui peut présenter des altérations morphologiques très similaires, telles que des plis hypertrophiques de la muqueuse, des épaissements de la muqueuse en forme de pointe, des érosions linéaires ou des ulcérations, des aphtes ou des lésions aphtoïdes. De plus, la maladie de Crohn peut aussi se manifester par une gingivite érythémateuse extensive. Cependant, la maladie de Crohn orale n'est pas associée à la présence de pustules, ce qui constitue un critère de différenciation important.

Il est intéressant de relever que la gencive affectée, aussi bien lors de pyostomatite végétante que dans la maladie de Crohn, présente une nuance de couleur légèrement orange-rouge. La similitude des deux maladies se manifeste également par une muqueuse jugale hyperplasique et présentant des sillons – un aspect que l'on retrouve dans ces deux affections. L'examen histopathologique apporte également une contribution essentielle pour différencier ces deux maladies. La maladie de Crohn se caractérise par des granulomes à cellules épithélioïdes, sans nécrose caséuse, avec ou sans cellules géantes multinucléées. Ces granulomes ne peuvent pas être mis en évidence dans la pyostomatite végétante.

Les diagnostics différentiels les plus importants sont listés dans le tableau III.

La différenciation entre la pyostomatite végétante et le *lichen plan oral* peut être réalisée sur la base des critères suivants:

Dans le lichen plan oral, la forme blanchâtre (forme papuleuse, réticulaire ou en plaque) a une couleur plus blanche comparativement aux lésions jaunâtres pâles à gris blanchâtre de la pyostomatite végétante. Selon notre observation, dans la pyostomatite végétante, la gencive et la muqueuse présentent une

**Tab. III** Diagnostic différentiel clinique de la pyostomatite végétante

Le diagnostic différentiel comprend les maladies de la gencive et des muqueuses orales caractérisées par de petites modifications punctiformes, un érythème et des épaissements.

- Pemphigus végétant oral
- Granulomatose oro-faciale
- Maladie de Crohn orale
- Mucosite à plasmocytes, gingivite à plasmocytes
- Lichen plan oral, en particulier forme papulaire et forme érythémateuse
- Candidose orale, particulièrement la forme pseudomembraneuse et la forme érythémateuse
- Gingivo-stomatite herpétique.

teinte rouge de nuance différente – très légèrement rouge-jaunâtre à rouge-orange – par rapport au lichen plan, et ce critère peut être utilisé dans le diagnostic différentiel. A relever que le lichen plan et la pyostomatite végétante peuvent se manifester concomitamment (CHAPPLE & HAMBURGER 2006). Ce fait est corroboré par notre propre observation d'un cas dans lequel une pyostomatite végétante s'est développée sur la base d'un lichen plan érythémateux évoluant depuis des années.

## Discussion

### Traitement

Le traitement de la pyostomatite végétante peut être local et/ou systémique. Dans le cas décrit ici, le traitement de la pyostomatite végétante a été exclusivement local. Cette approche thérapeutique a été choisie d'une part en raison du caractère aigu de la pyostomatite végétante (le traitement devait être initié rapidement), et d'autre part, en raison des symptômes intestinaux qui ne nécessitaient aucun traitement systémique du point de vue gastro-entérologique. Un autre argument important en faveur du traitement local est le risque plus faible de réactions indésirables graves. Mais même avec des glucocorticoïdes topiques, les effets secondaires possibles doivent être pris en compte et prévenus, notamment la candidose buccale. Des examens de suivi réguliers (détection précoce des effets secondaires), une dose adaptée au degré de gravité, la prise en compte de l'effet d'autres médicaments immunosuppresseurs prescrits simultanément, l'attention prêtée aux maladies concomitantes possibles et un médecin spécialiste familiarisé avec les médicaments utilisés constituent de bonnes conditions préalables.

Les médicaments qui se sont révélés efficaces dans le traitement topique de la pyostomatite végétante sont principalement les glucocorticoïdes (AYANGCO ET COLL. 2002; GONZALEZ-MOLES ET COLL. 2008) ainsi que la tétracycline (CHAN ET COLL. 1991) et le tacrolimus (WERCHNIAK ET COLL. 2005). Le traitement que nous avons choisi comprend les principes actifs ou médicaments appartenant à ces groupes de substances, qui ont été combinés chez notre patient selon le schéma thérapeutique présenté. Lors de traitement assez prolongé par glucocorticoïdes topiques, comme c'est le cas ici, un traitement antifongique préventif et concomitant est recommandé. Au début de l'application intraorale de glucocorticoïdes, il ne devrait donc plus être possible de mettre en évidence des *Candida*. A cette fin, un traitement préventif d'une semaine par nystatine a été sélectionné. Ce traitement a été réalisé chez notre patient, de sorte qu'aucune colonisation ou infection par *Candida* n'a pu être détectée avant le début du traitement et pendant toute sa durée.

Le traitement par glucocorticoïde au dosage le plus élevé a été accompagné par l'utilisation d'un gel et d'un dentifrice contenant tous deux de la chlorhexidine. L'objectif de l'application concomitante de chlorhexidine était de réduire le risque de candidose buccale pendant le traitement. Dans ce contexte, il s'agissait de mettre à profit les effets antifongiques de la chlorhexidine (en plus de son action antibactérienne) (ELLEPOLA & SAMARA-NAYAKE 2001). L'utilisation de la chlorhexidine a suivi l'utilisation adjuvante d'une solution de rinçage buccal au fluor, dont l'effet antifongique a également été utilisé à titre préventif (MEURMAN ET COLL. 2006).

### Résultat du traitement et suivi

Le mouchetage en peau d'orange ou piqueté gingival, typique de la gencive saine, était plus prononcé chez le patient après le traitement. De plus, la région antérieure de la gencive vestibule-

lares présentait des épaissements granulaires et en forme de petits nodules (fig. 7). Du point de vue clinique, ces petits épaissements ressemblaient à des foyers de fibrose hyperplasique, suggestifs d'un processus de guérison avec remaniement fibro-cicatriciel. Cependant, pour que le patient ne soit pas soumis à un stress supplémentaire, nous n'avons pas voulu procéder à un nouveau prélèvement tissulaire, qui aurait pu être réalisé afin de répondre à la question du type et de la genèse de cet épaissement granulaire de la gencive.

Lors de l'examen de suivi après un an, le piqueté gingival avait diminué et les petits épaissements granulaires s'étaient quelque peu aplatis, mais sans grands changements morphologiques (fig. 10). Les petits épaissements punctiformes peuvent être caractérisés par le terme d'hyperplasie gingivale fibreuse granulaire ou papuleuse. Cette morphologie post-thérapeutique de la gencive n'a pas encore été décrite dans la littérature relative à la pyostomatite végétante.

### Modifications du traitement et alternatives thérapeutiques

La modification thérapeutique suivante peut être envisagée: le glucocorticoïde topique utilisé, c'est-à-dire l'acétonide de triamcinolone, peut être remplacé par un glucocorticoïde non halogéné de quatrième génération, tel l'acéponate de méthylprednisolone (BETHKE 2009). Dans le traitement décrit ci-dessus, une application alternée du glucocorticoïde et d'un inhibiteur de la calcineurine a été choisie pour l'arrêt du traitement, respectivement pour le traitement d'entretien (glucocorticoïde le matin et pimécrolimus le soir) – dans le but d'améliorer l'efficacité et éventuellement de réduire les sensations de brûlure provoquées par le pimécrolimus. Une autre option thérapeutique envisageable est l'utilisation quotidienne alternée (par exemple 2 jours de glucocorticoïde et 5 jours de pimécrolimus).

Le traitement topique par glucocorticoïde (+/- traitement antifongique d'accompagnement) peut être considéré comme une alternative au plan de traitement complexe présenté plus haut (AYANGCO ET COLL. 2002; GONZALEZ-MOLES ET COLL. 2008). Afin d'obtenir un effet suffisant, il s'agit de privilégier les substances actives de la classe des glucocorticoïdes de puissance anti-inflammatoire moyennement forte, forte et très forte, tel l'acétonide de triamcinolone, l'acéponate de méthylprednisolone, le valérate de bétaméthasone, le fluocinonide, le propionate de clobétasol. Alternativement, la monothérapie par l'inhibiteur de calcineurine tacrolimus (WERCHNIAK ET COLL. 2005) ou pimécrolimus peut également être envisagée.

### Autres éléments diagnostiques et cofacteurs

L'éosinophilie dans le sang périphérique a été décrite dans 90% des cas et peut être une caractéristique diagnostique utile (THORNHILL ET COLL. 1992). En outre, les modifications du nombre d'éosinophiles dans le sang au cours de l'évolution de la maladie ont été récemment associées au degré d'activité de la maladie et à l'efficacité du traitement (SHEPHARD ET COLL. 2015). Notre patient présentait aussi une légère éosinophilie mais également de multiples allergies, qui doivent être prises en considération dans ce cas. Cela pose la question de savoir s'il pourrait exister, dans le cas présent, un lien entre les allergies et la pyostomatite végétante – ces allergies pouvant jouer par exemple un rôle d'initiateur et/ou de cofacteur aggravant. En raison de troubles éventuels de l'absorption intestinale résultant de la maladie intestinale, un bilan nutritionnel complet (vitamines et oligo-éléments) est recommandé.

### Pyostomatite végétante et maladies intestinales

Dans le cas présenté ici, de légers signes inflammatoires ont été mis en évidence au niveau du côlon; ces signes ne pouvaient cependant pas être considérés comme des éléments histopathologiques pathognomoniques d'une colite ulcéreuse ou d'une maladie de Crohn. Ces légères altérations de la muqueuse colorectale correspondent-elles aux lésions initiales d'une colite ulcéreuse ou d'une maladie de Crohn, susceptible de se manifester à un stade plus tardif? La réponse à cette question ne pourra être apportée que par l'évolution ultérieure – et même plus tard, l'évolution clinique n'est pas toujours conclusive du point de vue du diagnostic. A cet égard, il convient de garder à l'esprit que dans certains cas, la participation orale lors de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin peut précéder les manifestations intestinales de ces affections. En outre, il est également concevable que l'atteinte intestinale corresponde à des lésions en régression, dans le cadre d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin qui, jusqu'ici, serait restée cliniquement asymptomatique. La région intestinale enflammée (isolée dans le côlon sigmoïde) n'est pas typique pour une première manifestation d'une colite ulcéreuse, car dans la majorité des cas, on s'attend à une inflammation continue de la zone anale jusqu'à la région orale. Cette localisation serait plutôt compatible avec une atteinte colorectale dans le cadre d'une maladie de Crohn, mais n'exclut pas une colite ulcéreuse subclinique.

### Pyostomatite végétante et maladies hépatiques

La pyostomatite végétante peut être associée à certaines maladies hépatiques. Les maladies du foie ou des voies biliaires suivantes ont été rapportées chez des patients atteints de pyostomatite végétante: fibrose hépatique (ZEGARELLI & KUTSCHER 1962), hépatite et cirrhose du foie (CATALDO ET COLL. 1981), hépatite périorbitale et péricolangite (VANHALE ET COLL. 1985), cholangite sclérosante (PHILPOT ET COLL. 1992). HEALY ET COLL. (1994) ont donc souligné l'utilité des tests de la fonction hépatique chez les patients atteints de pyostomatite végétante.

### Conclusions

Malgré sa rareté, la pyostomatite végétante est une maladie qui peut être détectée de façon relativement fiable en raison d'une morphologie caractéristique. Dans sa phase aiguë et sa manifestation complète, les zones atteintes présentent un aspect moucheté jaunâtre pâle hautement caractéristique. Les caractéristiques importantes pour le diagnostic sont les suivantes: pustules jaunâtres pâles sur fond rouge enflammé, érosions et épaissement de la gencive et de la muqueuse buccale. Après le traitement, un aspect clinique inattendu caractérisé par de petits épaissements rose pâle de la gencive a été observé chez le patient présenté; nous décrivons ce phénomène en tant qu'hyperplasie gingivale fibreuse granulaire ou papuleuse.

En conclusion, on peut relever qu'un cas clinique de pyostomatite végétante avec une légère colite concomitante a été traité avec succès de façon exclusivement topique. Les médicaments choisis et utilisés en combinaison se sont révélés efficaces dans le traitement de la pyostomatite végétante, et leur application selon les modalités décrites ci-dessus a entraîné peu d'effets secondaires. La pyostomatite végétante est souvent associée à une maladie inflammatoire de l'intestin, et devrait être considérée comme une indication possible de la présence concomitante d'une telle pathologie.