

Chéilite factice apparue à la suite de l'arrêt d'un traitement par isotrétinoïne

Gaston R¹, Catros S¹, Sibaud V², Fricain JC¹

¹*Pôle d'Odontologie et de Santé buccale, Hôpital Pellegrin, CHU, Bordeaux, France*

²*Service de Dermatologie, Hôpital St André CHU, Bordeaux, France*
remgaz@hotmail.fr

La chéilite factice ou chéilite desquamative de Crocker est un état chronique caractérisé par des lésions croûteuses et des ulcérations labiales. Ces lésions ont été attribuées à des traumatismes inconscients comme des morsures ou le passage répété de la langue (Rogers 1997). Elles sont atypiques et hémorragiques, pouvant aller jusqu'à prendre un aspect suspect de malignité (Reade 1986). Certaines études mettent en évidence une prépondérance des femmes jeunes bien qu'on retrouve des chéilites factices dans tous les groupes, quels que soient l'ethnie, l'âge ou le sexe. Si la pathogénie exacte reste obscure, l'existence d'un désordre psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité sous-jacent est suspectée (Crotty 1981). Quelques cas d'irritabilité cutanée et de chéilite, réfractaire à tout traitement et évoluant sur plusieurs années, ont été décrits chez des patients ayant bénéficié d'un traitement par isotrétinoïne (Mathelier-Fusade 2005). Nous rapportons un nouveau cas qui pose la question de l'imputabilité éventuelle de l'isotrétinoïne dans la survenue de ce type de chéilite. Le cas rapporté est celui d'un patient de 26 ans suivi dans le Service de Dermatologie du CHU de Bordeaux depuis 2005 dans le cadre de la consultation multidisciplinaire de pathologie de la muqueuse buccale. Il présentait une chéilite chronique ayant débuté quelques mois après l'interruption en octobre 2004 d'un traitement par isotrétinoïne (Curacné[®]). Les premiers symptômes rapportaient une chéilite desquamative avec des croûtes importantes et des zones érosives associées à des épisodes d'œdème labial invalidants. La manipulation des lèvres au cours de l'examen clinique entraînait la formation de croûtes jaunâtres formant une carapace ostracée, facilement clivable. Une biopsie de l'érythème labial avait mis en évidence une spongiose avec un infiltrat inflammatoire sans caractère spécifique ni présence de lésions lichénoïdes. Le bilan allergologique standard n'avait pas mis en évidence d'allergènes potentiels. Le bilan infectieux (bactérien, viral et mycologique) était négatif. Des traitements symptomatiques locaux ainsi que plusieurs dermocorticoïdes (Dermoval[®], Diprosone[®], Célestamine[®]) avaient été prescrits sans donner d'amélioration notable. Devant l'échec de ces traitements, du tacrolimus topique (Protopic[®]) avait également été prescrit. Une amélioration transitoire des lésions était observée mais il était impossible de l'attribuer au principe actif ou à la forme galénique (pommade). L'arrêt du traitement par tacrolimus et sa substitution par des topiques émollients n'avait pas modifié les symptômes. Devant le caractère rebelle des lésions et l'anxiété chronique du patient un traitement par Atarax[®] a été mis en place en 2006. Le patient a été revu en 2007. Une amélioration notable de la chéilite associée à une diminution de l'anxiété du patient était observée. Cette amélioration était confirmée au cours des consultations de contrôle réalisées en 2008 et 2009.

Ce cas clinique pose la question de l'imputabilité de l'isotrétinoïne dans la survenue de la chéilite. En effet, la sécheresse cutanéomuqueuse est un effet indésirable observé fréquemment au cours des traitements par isotrétinoïne, du fait d'une diminution de la sécrétion sébacée. Il s'agit d'une manifestation dose-dépendante qui est dans la majorité des cas réversible à l'arrêt du traitement (Cunliffe 1994). De rares cas de persistance d'une sécheresse cutanéomuqueuse jusqu'à 2 ans après l'arrêt du traitement ont exceptionnellement été rapportés (Goulden et al. 1993). La persistance d'un effet freinateur sur la glande sébacée pourrait favoriser les lésions.