

Gingivite érosive chronique: étude rétrospective de 33 cas

Bourgeois G¹, Bernard P², Lefèvre B¹

¹Service d'Odontologie, Unité de Pathologie et Chirurgie buccale, CHU, Reims, France

²Service de Dermato-vénéréologie, CHU, Reims, France

La gingivite érosive chronique (GEC) est une affection gingivale qui n'est pas due à la plaque (Armitage et al. 1999). Le tableau clinique comporte érythème, érosions, voire ulcérations de la gencive marginale et attachée. La GEC est l'expression de maladies inflammatoires ou auto-immunes dont le lichen plan érosif (LPE), le pemphigus vulgaire (PV) et la pemphigoïde cicatricielle (PC) représentent les étiologies les plus fréquentes. L'objectif de l'étude est de déterminer, l'histoire de la maladie, les manifestations cliniques, les aspects histologiques et immunologiques, les étiologies, le traitement et l'évolution clinique dans une série rétrospective de patients atteints de GEC.

Trente trois patients (8 hommes, 25 femmes) atteints d'érosions, d'ulcérations ou de bulles buccales ont été inclus rétrospectivement sur dossier. Vingt-quatre étaient issus de la consultation pluridisciplinaire de pathologie de la muqueuse buccale et les 9 autres du Centre de référence des maladies bulleuses auto-immunes. L'âge moyen était de 64 ans (médiane 63 ans). Le diagnostic retenu était un LPE dans 15 cas (46%), un PV dans 6 cas (18%) et une PC dans 12 cas (36%). La moyenne d'âge des patients atteints de PC était significativement plus élevée que dans les autres groupes ($p = 0,04$) et il existait une nette prédominance féminine dans le groupe LPE ($p = 0,046$). Le retard diagnostique était constant (médiane = 9,5 mois). Sur le plan fonctionnel, 30 patients (91%) se plaignaient de douleurs. La lésion élémentaire était uniquement une érosion chez 22 patients (67%); des bulles étaient présentes dans 4 cas (12%), toujours en relation avec une PC. La GEC était isolée dans 3 cas (9%), associée à d'autres localisations buccales dans 8 cas (24%), extra-buccales dans 4 cas (12%), buccales et extra-buccales dans 18 cas (55%). Une atteinte génitale était présente dans 14 cas (41%), oculaire dans 9 cas (26%), cutanée dans 8 cas (24%) et ORL dans 3 cas (9%). Une immunofluorescence directe (IFD) a été réalisée dans 22 cas, avec présence dans 17 cas (77%) de dépôts immuns, principalement pour le PV (5/5) et la PC (11/12). L'immunofluorescence indirecte (IFI) a été effectuée dans 19 cas, mettant en évidence des anticorps anti-membrane basale dans 11 cas (patients atteints de PC) et des anticorps anti-substance interkératinocytaire dans 5 cas (patients atteints de PV). L'ELISA PB180 était positif dans 2 cas sur 13 (cas de PC); l'ELISA anti-dsg1 et l'ELISA anti-dsg3 positifs respectivement dans 2 et 4 cas sur 8 (cas de PV). Le traitement du LPE privilégiait l'utilisation de traitements topiques: corticoïdes 12 cas (80%), tacrolimus dans 9 cas (60%). Pour le PV, la corticothérapie générale a été utilisée dans tous les cas. Pour la PC, les immunosuppresseurs ont été largement utilisés (92%), tout comme la dapsone (75%); la rémission a été complète seulement dans 6 cas (18%).

Cette étude portant sur 33 patients est la huitième de la littérature en terme d'effectif. Toutes sont rétrospectives. La plupart d'entre elles ne font appel qu'à l'immunofluorescence comme moyen diagnostique (Niesengard et al. 1981, Yih et al. 1998, Leao et al. 2008, Lo Russo et al. 2009). Vaillant et al., en 1998, furent les premiers à utiliser l'immunomicroscopie électronique dans certains complexes de PC. La présente étude est la première à notre connaissance à utiliser les tests ELISA. Ces résultats confirment que le LPE, le PV et la PC sont les maladies les plus souvent associées à la GEC; le LPE constituant la principale étiologie. L'existence d'atteintes extra-buccales et la médiation auto-immune de la GEC imposent une prise en charge pluridisciplinaire.

Correspondance : geoffrey.bourgeois1@voila.fr