

**Recommandations pour la prise en charge  
des soins dentaires  
des personnes atteintes de pemphigus ou pemphigoïde  
avec atteinte buccale**

Mme le **Docteur Sophie-Myriam Dridi, odontologue, parodontologue est spécialiste qualifiée en médecine bucco-dentaire.** Elle travaille à la fois au CHU Henri Mondor de Créteil dans le service d'odontologie et à Paris dans son cabinet privé. Elle est aussi enseignante à la faculté Paris Descartes.

Le Docteur Dridi est venue nous parler **des soins de la bouche et des dents** pour les patients atteints de Maladies bulleuses auto-immunes (MBAI). Dans la lettre d'information de l'APPF n°19, nous avons transcrit la première partie de son intervention. A savoir, les caractéristiques de la cavité buccale, les maladies parodontales, les caries, et les recommandations d'hygiène buccale spécifiques aux MBAI. La seconde partie précisait les différents soins à faire réaliser chez son dentiste en fonction de la gravité de l'atteinte buccale.

En 2014, un comité d'experts s'est réuni regroupant des dermatologues de nos centres de références, stomatologues, chirurgiens dentaires, odontologues, parodontologues dont le Docteur Dridi faisait partie. L'intérêt de ce travail d'experts était d'établir les « Recommandations de prise en charge bucco-dentaire des patients atteints de MBAI avec atteinte buccale ».

Le Docteur Dridi nous a fait parvenir **un exemplaire de ces recommandations** parues le 26 novembre 2014 dans « L'information dentaire », journal scientifique destiné aux chirurgiens-dentistes. Ce **document technique permettra à votre dentiste de connaître les bonnes pratiques** pour vous soigner au mieux. Gardez-le précieusement et proposez une copie à votre chirurgien-dentiste.

## Recommandations pour la prise en charge bucco-dentaire des patients atteints de maladies bulleuses auto-immunes *avec atteinte buccale*

Ces recommandations ont été élaborées de manière consensuelle lors de la réunion d'un comité d'experts, regroupant des dermatologues, des stomatologues, des chirurgiens maxillo-faciaux, des parodontologistes et des odontologistes spécialisés dans les maladies bulleuses auto-immunes (MBAI). Elles visent à permettre aux odontologistes et stomatologistes, prenant fréquemment en charge les patients atteints par ces pathologies en première ligne :

- d'évoquer les diagnostics de MBAI devant certaines lésions buccales, puis d'adresser rapidement le patient à un dermatologue référent (évitant ainsi un retard diagnostique) ;
- de prendre en charge de manière adaptée les patients atteints de MBAI avec atteinte buccale, en fonction du stade évolutif de la maladie ;
- de favoriser le dialogue entre les médecins et les odontologistes afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Ces recommandations sont également destinées aux patients.

### Quelles sont les maladies concernées par ces recommandations ?

Certaines maladies bulleuses de la peau peuvent toucher les muqueuses, notamment la muqueuse buccale, à l'origine de lésions plus ou moins étendues affectant les gencives, les lèvres, la face interne des joues, le palais dur, le palais mou, la langue et le plancher buccal.

Les maladies bulleuses auto-immunes concernées par ces recommandations sont des maladies chroniques, évoluant par poussées-rémissions : le pemphigus vulgaire (PV), le pemphigus paranéoplasique, la pemphigoïde cicatricielle (PC), l'épidermolyse bulleuse acquise, les maladies à IgA linéaire et le lichen plan pemphigoïde (ces quatre dernières maladies étant regroupées, lorsqu'elles ont une topographie muqueuse prédominante, sous le nom de pemphigoïdes des muqueuses).

Deux maladies chroniques de mécanisme immunologique peuvent présenter des lésions buccales très similaires : le lichen plan érosif et l'érythème polymorphe majeur récidivant ou subinfrant. Leur prise en charge bucco-dentaire est en pratique assimilable à celle décrite dans ce document pour les MBAI.



## Composition du comité d'experts

### Dermatologues

- Pr Pascal Joly (PU-PH, Centre de Référence des MBAI, CHU de Rouen)
- Pr Catherine Prost-Squarcioni (PU-PH, Centre de Référence des MBAI, Hôpital Avicenne, Bobigny et Hôpital Saint-Louis, Paris)
- Pr Philippe Bernard (PU-PH, Centre de Référence des MBAI, CHU de Reims)
- Dr Sophie Duvert-Lehembre (PH, Centre de Référence des MBAI, CHU de Rouen)
- Dr Saskia Oro (PH, Centre de Référence des MBAI, Hôpital Henri Mondor, Créteil)
- Dr Claire Abasq (PH, CHU de Brest)
- Dr Valérie Sobocinski (chef de clinique, Centre de Référence des MBAI, CHU de Rouen)

### Stomatologues

- Dr Francis Pascal (Praticien attaché, Centre de Référence des MBAI, Hôpital Avicenne, Bobigny et Hôpital Saint-Louis, Paris)
- Dr Searlette Agbo-Godeau (PH, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris)

### Odontologistes

- Pr Benoît Lefèvre (PU-PH, Centre de Référence des MBAI, CHU de Reims)
- Dr Patricia Weber (Praticien attaché, Centre de Référence des MBAI, Hôpital Avicenne, Bobigny et Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris)

### Parodontologistes

- Dr Sophie-Myriam Dridi (MCU-PH, Centre de Référence des MBAI, Hôpital Henri Mondor, Créteil)
- Dr Catherine Bisson (MCU-PH, CHU de Nancy)
- Pr Sylvie Jeanne (PU-PH, CHU de Rennes)

## Savoir évoquer précocement le diagnostic de MBAI

### 1 Quels sont les symptômes buccaux des MBAI ?

Les symptômes buccaux qui doivent alerter et faire évoquer ces maladies sont une douleur spontanée, des difficultés à l'alimentation solide ou liquide qui peut au maximum être impossible (le degré d'amaigrissement est un critère de gravité), des saignements au brossage, une hygiène buccale difficile voire impossible, la notion d'« aphtes » récidivants à l'interrogatoire.

### 2 Quelles sont les lésions en bouche ?

Les lésions buccales actives sont de l'érythème (rougeur), des bulles (cloques remplies de sérosité) ou plus fréquemment des lésions érosives (superficielles, moins profondes que des aphtes), douloureuses, touchant soit les gencives (gingivite érosive), soit la face interne des joues, les lèvres, la langue ou le palais. Il peut s'y associer des érosions pharyngées, responsables de dysphagie. Des lésions cicatricielles (atrophie, lésions pseudo-lichéniennes, brides) peuvent apparaître dans les pemphigoïdes des muqueuses lorsqu'elles évoluent depuis longtemps.

### 3 Conduite à tenir une fois le diagnostic de MBAI suspecté

**Bilan clinique:** siège et étendue des lésions buccales, évaluation précise de l'état dentaire et parodontal des patients.

Ce bilan permet de distinguer trois phases évolutives:

- atteinte buccale sévère (correspondant souvent au stade initial de la maladie): nombreuses lésions érosives buccales et/ou étendues;
- atteinte buccale modérée: peu de lésions érosives buccales et de petite taille;
- atteinte buccale minime: lésions cicatrisées sous traitement (maladie contrôlée par le traitement), mais sensibilité en bouche.

**Prescrire la réalisation d'un panoramique dentaire:** recherche d'éventuels foyers infectieux dentaires, évaluation du parodonte.

**Ne pas débuter de corticoïdes locaux** avant qu'un diagnostic précis ne soit posé!

**Adresser le patient très rapidement à un dermatologue** ayant une bonne connaissance des MBAI, de préférence dans un centre de référence ou un centre de compétence en MBAI (voir les coordonnées des centres de

## Spécial | Paro Endo Implant

référence\*), où seront réalisés les examens complémentaires visant à préciser le diagnostic.

Ceux-ci reposent sur des biopsies de la muqueuse buccale, ou de la peau en cas d'atteinte cutanée associée, pour :

- histologie standard : détermine le siège intra-épithélial ou sous-épithélial du clivage;
- immunofluorescence directe : visualise des dépôts d'auto-anticorps confirmant ainsi la nature auto-immune de la maladie;
- immunomicroscopie électronique : dès qu'une maladie de la jonction chorio-épithéliale est suspectée (maladies du groupe des pemphigoïdes des muqueuses) : visualise le siège précis des dépôts d'anticorps au niveau de la jonction.

Ces prélèvements, notamment l'immunomicroscopie électronique, nécessitent que le patient n'ait reçu aucune corticothérapie locale ou générale avant leur réalisation. Secondairement, le dermatologue pourra demander des dosages d'auto-anticorps dans le sang.

• Une fois le diagnostic posé, le traitement systémique reposera le plus souvent sur une corticothérapie générale, et/ou des immunosuppresseurs et/ou de la dapsone. Des bains de bouche aux corticoïdes (Solupred 20 mg ou Célestène délitable 2 mg) seront prescrits après les repas et les bains de bouche antiseptiques jusqu'à la cicatrisation des lésions érosives. (Référence : Protocoles nationaux de diagnostic et de soins pour la prise en charge des maladies bulleuses auto-immunes, disponibles sur le site de l'HAS [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr))

\* Les coordonnées des centres de référence sont disponibles auprès de L'Information Dentaire ([www.information-dentaire.fr](http://www.information-dentaire.fr), rubrique « Formation » ou sur demande au 01 56 26 50 12).

## Prise en charge dentaire et parodontale adaptée aux phases évolutives de l'atteinte buccale des MBAI

### 1 Hygiène bucco-dentaire quotidienne des patients

Il convient de préconiser aux patients les soins locaux suivants à leur domicile en fonction des différentes phases évolutives de l'atteinte buccale des MBAI :

#### Phase I atteinte buccale sévère

##### • Bains de bouche (BDB) composé de :

Eludril® 90 mL (1 flacon) + Mycostatine® 24 mL (1 flacon) + Xylocaïne® à 5 % 24 mL (1 flacon) + Bicarbonates 14% 362 mL (QSP 500 mL)

Posologie : 1 verre (80 cm<sup>3</sup>) 6 x/jour (avant et après les repas), à laisser en bouche au minimum 1 minute, puis à recracher, sans rincer la bouche ensuite.

Prescrire cette préparation en « préparation à but thérapeutique en l'absence de spécialités équivalentes disponibles » (conservation : 5 jours au réfrigérateur) et considérer qu'il faut 1 flacon de 500 mL de BDB/jour.

Prévenir le patient du risque de fausse route avec la Xylocaïne.

NB : la composition de ce BDB a été établie par le comité d'experts, faute de référence dans la littérature pour cette indication.

L'Eludril® dilué n'est pas à une concentration bactéricide, mais est bien toléré par les patients à cette concentration.

La Mycostatine est utilisée en prophylaxie des infections candi-

dosiques, liées à la prescription de corticoïdes (locaux et généraux) et d'immunosuppresseurs chez ces patients.

La Xylocaïne est utilisée à visée antalgique, car les atteintes muqueuses des MBAI sont très algiques.

• Dès que possible : brossage doux des dents (collets dentaires ++) 3 x/jour (après chaque repas, avant le BDB) avec une brosse à dents ultrasouple 7/100° (INAVA®, à prescrire en tant que « dispositif médical » pour remboursement), en utilisant un gel de chlorhexidine à 0,12 % (type Elugel). En cas de mauvaise tolérance : utiliser simplement de l'eau ou un dentifrice pour enfant. Privilégier l'action mécanique du brossage, sans aggraver la gencive. Ne pas faire de brossage interdentaire à ce stade.

• Sur les lésions douloureuses, avant les repas et/ou avant le brossage dentaire : Xylocaïne visqueuse® 2 % en gel (à la discrétion des malades), sans dépasser 10 mL (1 cuillère à dessert) à 15 mL (1 cuillère à soupe) 3 x/jour.

Prévenir les patients du risque éventuel de fausses-routes avec la Xylocaïne.



### Phase II atteinte buccale modérée

• Arrêt des BDB composés - BDB non alcoolisés à base de chlorhexidine 0,12 % (type Paroex®) après le brossage des dents 3x/jour.

• Brossage des dents: 3x/jour, après chaque repas, réalisé si possible avec une brosse à dents standard 15/100e ou une brosse à dents sensitive à brins coniques (ou maintenir une brosse à dents 7/100e au niveau des collets dentaires si les sensibilités gingivales persistent) et un dentifrice pour enfant ou du gel de chlorhexidine à 0,12 % (type Elugel®).

NB: Proscrire le mélange bicarbonate de soude/eau oxygénée comme dentifrice et ne pas associer un dentifrice au fluor au BDB à la chlorhexidine (incompatibles, car inhibition mutuelle).

### Phase III atteinte buccale minime

• Arrêter les BDB et réaliser un brossage dentaire 3x/jour avec une brosse à dents standard 15/100e ou une brosse à dents sensitive à brins coniques et un dentifrice fluoré sans menthol ni lauryl sulfate (type ELMEX®), associés à l'utilisation de brossettes interdentaires.

## 2 Soins dentaires et parodontaux

### □ Mesures communes à tous les soins

Ils doivent être réalisés dans des « conditions particulières », chez ces patients ayant une grande fragilité muqueuse:

- soins dentaires conservateurs si possible « sous digue » (ou en vaselinant les instruments qui touchent les muqueuses en cas d'incapacité à poser la digue).

Il est important de ne pas traumatiser les muqueuses si le crampon n'est pas strictement placé sur la dent;

- anesthésie locale lente (goutte à goutte), en piquant à distance des éventuelles lésions.

Les anesthésies loco-régionales doivent être privilégiées;

- ne pas poser de coton salivaire sur la gencive (à remplacer par des compresses imbibées de chlorhexidine à 0,12 % ou de sérum physiologique);

- ne pas laisser d'aspiration salivaire au contact des muqueuses, mais il est possible d'aspirer à travers une compresse.

Les traitements doivent être autant que possible « conservateurs » (pour garder des appuis dentaires, car les prothèses amovibles sont souvent inconfortables).

### Phase I atteinte buccale sévère

Il convient de proscrire les soins dentaires ou parodontaux autres que les soins suivants:

• Élimination manuelle à la curette de la plaque dentaire supra-gingivale (au niveau des collets), sans chercher à effectuer un détartrage, par un parodontologiste ou un odontologiste.

• Prise en charge des 3 situations d'urgence suivantes:

- **pulpite**: réaliser une dévitalisation de la dent atteinte (par pulpotomie ou pulpectomie), si possible « sous digue » (ou en vaselinant les instruments);

- **alvéolyse terminale**: extraction de la dent atteinte sous couvert d'une antibiothérapie: amoxicilline 1 g x 2/jour pendant 7 jours; en cas d'allergie à l'amoxicilline: clindamycine 600 mg x 2/jour pendant 7 jours;

- **abcès dentaire et parodontal, péri-coronarite et cellulite d'origine dentaire**: réaliser les soins (pour les abcès dentaires) ou les extractions dentaires (pour les autres diagnostics) sous couvert d'une antibiothérapie pendant 7 à 10 jours:

- amoxicilline 1 g x 3/jour + métronidazole 500 mg x 3/jour (en 1<sup>re</sup> intention)

- ou amoxicilline - acide clavulanique (en 2<sup>e</sup> intention)

En cas d'allergie à l'amoxicilline:

- azithromycine 500 mg/jour en 1 prise + métronidazole 500 mg x 3/jour

- ou clarithromycine 500 mg x 2/jour + métronidazole 500 mg x 3/jour (cf. recommandations AFSSAPS 2011)

En cas de traitement orthodontique en cours: enlever tout le matériel en place (selon l'étendue des lésions) et

utiliser uniquement des gouttières pour stabiliser la position des dents.

### Phase II et III atteinte buccale modérée ou minime

• **Détartrage**: dès que possible ++ mais doux, progressif, et manuel (à la curette). Les ultrasons à faible puissance peuvent être utilisés lorsque la gencive n'est plus érosive.

## Spécial | Paro Endo Implant

Réaliser des BDB au Paroex® à la fin de la séance puis pendant quelques jours. Pas d'antibiothérapie associée (sauf chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse et immunodéprimés).

- Traitement sans urgence (mais dès que possible) des lésions infectieuses suivantes: caries juxta-pulpaire ou parodontite apicale nécessitant une dévitalisation, sous couvert dans ce cas d'une antibiothérapie par: amoxicilline 1 g x 2/jour pendant 7 jours ou, en cas d'allergie à l'amoxicilline: clindamycine 600 mg x 2/jour pendant 7 jours.
- Extractions dentaires non urgentes: de préférence en cas de rémission complète ou quasi complète de la maladie. Pas d'antibiothérapie associée (sauf chez les patients à haut risque d'endocardite infectieuse et immunodéprimés).

- Prothèses fixes (implants, couronnes, bridges) et amovibles, dispositifs orthodontiques: uniquement lorsque la MBI est contrôlée (phase de rémission), en privilégiant les prothèses fixes. En effet, les prothèses amovibles nécessitent toujours un appui muqueux (si minime soit-il), et représentent donc une moins bonne solution prothétique chez ces patients. Par ailleurs, l'état de surface de leurs résines est irritant.

Concernant la pose de composites, l'utilisation de la digue est indispensable (car la conden-

sation de l'eau sur les surfaces dentaires nuit à l'efficacité des adhésifs amérodentaires, même en l'absence de contamination salivaire). Pour l'éviter, il est possible d'utiliser un CVI comme obturation transitoire (inconvenients: pas de résistance mécanique, pas de polissage possible, mauvaise tenue à long terme et absence de point de contact correct).

L'utilisation d'amalgames est également possible chez ces patients, les DBAI n'étant pas connues comme étant potentiellement induites par le contact avec un amalgame. Par ailleurs, leur application est pratique car elle ne nécessite pas obligatoirement l'emploi de la digue. Les amalgames ont également une bonne tolérance à la pollution, à la salive et au sang.

- Surfaçage radiculaire et chirurgie parodontale: uniquement en cas de rémission complète de la MBI. Néanmoins, la chirurgie muco-gingivale est déconseillée chez ces patients, à l'exception des freinectomies et de l'élimination des brides muqueuses (qui ne doivent cependant être réalisées qu'en cas de nécessité absolue, après concertation multidisciplinaire et intensification du traitement systémique, par des praticiens très habitués à ces pathologies). Les autres types de chirurgies, notamment les chirurgies d'accès, sont possibles.

### 3 Suivi dentaire et parodontal

Chez les patients atteints de MBI avec atteinte buccale, un suivi dentaire et parodontal est nécessaire après obtention de la rémission clinique, au minimum durant les premières années suivant le diagnostic, à une fréquence d'au moins 2 à 3 fois par an.

## Annexe

### Conseils aux patients atteints de MBI avec atteinte buccale

#### Pour les bains de bouche

- Les garder en bouche 1 minute au minimum, puis recracher, et ne pas rincer la bouche après.
- Attention aux fausses routes avec la Xylocaïne (anesthésiant utilisé dans le bain de bouche).
- En cas de brossage dentaire réalisable: réaliser le bain de bouche après le brossage dentaire.
- Conservation de la préparation au réfrigérateur.

#### Pour le brossage dentaire

- Réaliser le brossage des dents 3 fois par jour, après chaque repas et avant les éventuels bains de bouche.
- Utiliser la « technique du rouleau », en allant de la gencive vers les dents et en insistant au niveau des collets dentaires.
- Réaliser un brossage dentaire mécanique « efficace », sans agresser la gencive.
- Ne pas être perturbé par les saignements induits par le brossage (fréquents) et avaler le sang si possible (ne pas rincer abondamment la bouche à l'eau, car cela fait perdurer le saignement).
- Après le brossage: bien rincer la brosse à dents, puis la sécher et la laisser posée à l'air libre dans un verre.
- Changer de brosse à dents quand ses poils ne sont plus droits.
- Prescrire les brosses à dents électriques, tant que les lésions buccales ne sont pas cicatrisées.
- Ne pas associer un dentifrice fluoré à un bain de bouche à la chlorhexidine (type Paroex®), car il existe une incompatibilité entre les deux. Associer plutôt dans ce cas de la pâte Bugel® au bain de bouche.
- Utiliser les brossettes interdentaires une fois les lésions cicatrisées.
- Attention aux fausses routes avec la Xylocaïne si vous l'utilisez avant le brossage des dents ou avant le repas.

#### Pour les prothèses amovibles

La prothèse amovible peut être retirée au maximum tant que les lésions buccales ne sont pas contrôlées voire cicatrisées.