

## « Diagnostic différentiel : S'agit-il de l'herpès ou d'un aphte? »

Terri S.I. Tilliss, RDH, MS, MA; John McDowell, DDS



### Résumé

La stomatite aphteuse récurrente et l'herpès buccal récurrent sont les deux cas de lésions buccales les plus fréquents en médecine dentaire. Il est primordial que le professionnel de la santé bucco-dentaire soit capable de distinguer avec précision ces deux affections. Pour faciliter le diagnostic différentiel entre la stomatite aphteuse récurrente et l'herpès buccal récurrent, cet article passe en revue d'importants éléments de l'évaluation, notamment : les signes et symptômes avant-coureurs, le siège de la lésion, l'aspect de la lésion au stade initial et à maturité. Sont également présentées l'étiologie comparative, la prévalence, la pathogénèse et les stratégies de traitement pour ces lésions. Un rapport de cas familial est aussi fourni.

**Mots clés :** herpès, lésion, gingivostomatite herpétique, stomatite aphteuse, herpès buccal récurrent, stomatite aphteuse récurrente, ulcère, aphte, bouton de fièvre, feu sauvage.

**Citation :** Tilliss TSI, McDowell JD. « Diagnostic différentiel : S'agit-il de l'herpès ou d'un aphte? » J Contemp Dent Pract 2002 Févr;(3)1: 001-015.

## Introduction

La stomatite aphteuse récurrente et l'herpès buccal récurrent sont des affections buccales communes qui sont souvent prises l'une pour l'autre. La confusion associée à l'établissement d'un diagnostic juste est assez compréhensible puisque ces deux lésions très différentes présentent certains points communs. Cependant, comme elles comportent également plusieurs paramètres différents, tout clinicien bien informé devrait être en mesure de différencier ces troubles nettement distincts.

Les antécédents du patient, l'examen physique et les résultats de toute épreuve indiquée jouent un rôle important dans le processus diagnostique. Il est essentiel de rechercher les antécédents complets et précis du patient pour poser un diagnostic de travail. Tout renseignement relatif aux facteurs déclenchants, à la fréquence des lésions, aux facteurs de soulagement (y compris tout médicament prescrit antérieurement ou en vente libre) et aux facteurs aggravants fournit des données historiques importantes. Comme on le dit souvent, si vous écoutez le patient, celui-ci vous fournira le diagnostic.

Si les antécédents du patient sont précis et que l'examen physique permet au clinicien de voir la lésion ou les lésions, il peut ne pas être nécessaire

de procéder à d'autres examens. Dans la plupart des cas, le clinicien devrait être capable de distinguer les lésions herpétiques des ulcères aphteux.

## Identification de la lésion : Pouvez poser le bon diagnostic?

Passez en revue les clichés de lésions muqueuses suivants pour évaluer vos aptitudes à différencier les ulcères aphteux des lésions herpétiques buccales récurrentes. (Figures 1A-D).

La forte prévalence et les manifestations souvent douloureuses de ces lésions incitent à penser que les patients rechercheront souvent un diagnostic et un traitement auprès du professionnel de la santé bucco-dentaire. Comme ces lésions sont presque toujours spontanément résolutive, on peut s'interroger sur la nécessité de les distinguer l'une de l'autre. Quelle est alors la pertinence du diagnostic différentiel?

Le tableau 1 présente quelques-unes des caractéristiques de la stomatite aphteuse récurrente et de l'herpès buccal récurrent.

## Pertinence d'un diagnostic différentiel

Étant donné que les stratégies de traitement recommandées pour les lésions herpétiques et

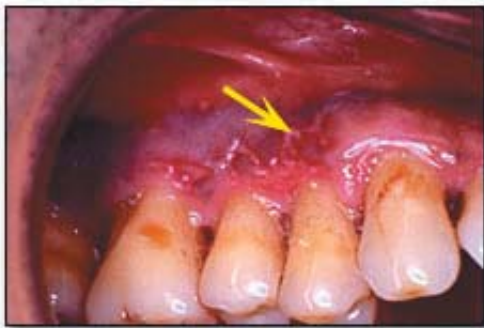


Figure 1A

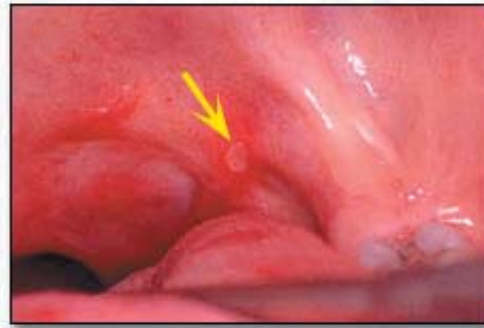


Figure 1B



Figure 1C

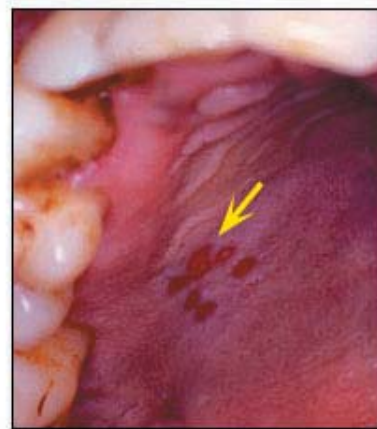


Figure 1D

Figure 1 A : Herpès buccal récurrent  
 Figure 1 B : Ulcères aphteux  
 Figure 1 C : Ulcère aphteux  
 Figure 1 D : Herpès buccal récurrent

Félicitations si vous avez réussi à poser le bon diagnostic dans les quatre cas. Poursuivez votre lecture pour en apprendre davantage sur l'herpès simplex virus et sur la stomatite aphteuse.

pour les ulcérations aphteuses sont très différentes, il est essentiel d'établir un diagnostic précis pour l'herpès et pour l'aphte afin de déterminer un plan de traitement adéquat. Le traitement d'une lésion herpétique avec des stéroïdes topiques peut entraîner de graves séquelles. Dire à un patient atteint d'une infection herpétique évolutive qu'il a un ulcère aphteux et qu'il n'est pas potentiellement contagieux constitue tout simplement un manquement sur le plan médical. En outre, le sentiment de soulagement qui accompagne l'identification et le traitement d'un problème médical de longue date peut avoir des conséquences psychologiques bénéfiques pour le patient.

### Signes prodromiques

Les lésions herpétiques et aphteuses présentent souvent des symptômes avant-coureurs qui donnent des indices importants pour l'établissement d'un diagnostic. Cependant, les signes d'une lésion herpétique imminente sont généralement plus marqués que pour un ulcère aphteux naissant.

La formation de la lésion aphteuse se manifeste généralement par un inconfort local au siège de la lésion. La douleur, dont l'intensité peut varier de faible à forte, est souvent décrite comme étant disproportionnée à la dimension de la lésion.

Les signes prodromiques de l'herpès peuvent confondre le patient à la première survenue, mais pour les sujets qui subissent fréquemment ces poussées de lésions herpétiques, les symptômes sont faciles à reconnaître. Le premier signe d'une poussée herpétique récurrente peut être une sensation inhabituelle dans le tissu touché qui présente une perte de sensibilité tactile ou de perception sensorielle. Peut ensuite se développer une sensation de picotement ou de brûlure ou une douleur pulsative. L'apparition de vésicules (petites cloques) dans les 24 à 48 heures qui suivent permettra de confirmer l'occurrence d'une poussée herpétique récurrente.

### Siège de la lésion

Le siège de la lésion initiale peut fournir d'importants indices quant à l'état actuel du patient. Les ulcérations aphteuses récurrentes apparaissent habituellement sur des tissus non kératinisés ou glandulaires. Les sites communs pour les aphtes récurrents sont la muqueuse labiale et buccale, le plancher buccal, l'oropharynx, le vestibule et le pourtour de la langue. À l'exception des sites de traumatismes fréquents, il ne semble pas y avoir de prédisposition de récurrence des aphtes à une localisation antérieure.

**Tableau 1 : Comparaison entre l'herpès buccal récurrent et la stomatite aphteuse récurrente**

	Herpès buccal récurrent	Stomatite aphteuse récurrente
<b>Aspect de la lésion primaire</b>	vésicule	ulcère
<b>Aspect de la lésion mature</b>	ulcères peu profonds et ponctués	ulcère (entourée d'une aréole érythémateuse)
<b>Localisations communes</b>	gencive attachée, palais dur, bord du vermillon de la lèvre	muqueuse buccale, plancher buccal, oropharynx, vestibule, langue
<b>Nombre</b>	quelques-uns à plusieurs	un à quelques-uns
<b>Durée de la lésion</b>	1 à 3 semaines	1 à 2 semaines
<b>Étiologie</b>	virale	indéterminée; facteurs immunologiques indirects
<b>Prévalence (à l'âge adulte)</b>	70 à 80 % (HSV-1)	Possible jusqu'à 66 %

En revanche, l'herpès buccal récurrent siège généralement sur des tissus kératinisés comme le bord du vermillon des lèvres, le palais dur, la gencive attachée et les crêtes alvéolaires. La lésion initiale peut apparaître sur l'un ou l'autre de ces sites et être suivie de poussées qui se produisent au siège d'origine ou très près de cet endroit.

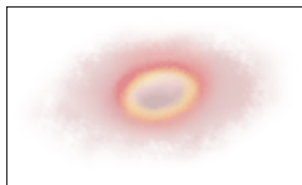
### Aspect des lésions

Le clinicien n'est pas toujours en mesure de voir une lésion à son stade initial, au moment où il est le plus facile de la diagnostiquer. C'est pourquoi il devient essentiel d'obtenir une description détaillée de l'évolution de l'éruption. Dans la majorité des cas, en conjuguant les antécédents de la lésion et l'examen de la lésion à son stade actuel, on pourra poser un diagnostic de travail (présomptif).

L'ulcère aphteux ne passe pas par une série de stades visibles précis comme la lésion herpétique. Il peut, toutefois, augmenter de volume depuis sa première détection jusqu'à sa maturité. Les aphtes se divisent habituellement en deux grandes catégories : l'aphte géant et l'aphte vulgaire. Il existe une forme plus rare, la stomatite aphteuse herpétiforme, dont l'aspect s'apparente à celui des lésions herpétiques mais qu'on retrouve dans les mêmes sites que les autres variétés de stomatite aphteuse.

Dans la forme vulgaire de la stomatite aphteuse, l'ulcère est peu profond et mesure entre 0,5 et 2 cm de diamètre. Il se manifeste généralement sous l'aspect d'une lésion unique, bien que un à cinq ulcères puissent être présents simultanément. La lésion initiale peut se présenter comme une macule érythémateuse, mais elle se transforme rapidement en un ulcère dont le centre nécrosé blanc, jaune ou gris est entouré d'un pourtour érythémateux lisse, symétrique, rond ou elliptique souvent décrit comme un « halo rouge ». Dix à quatorze jours après l'apparition initiale de la lésion, l'ulcère aphteux est habituellement complètement guéri.

De dimension plus importante, les aphtes géants durent généralement plus longtemps que les aphtes vulgaires et ils laissent parfois des cicatrices. Les cliniciens doivent se rappeler que les patients atteints du VIH ou du sida présentent parfois, en raison de leur état d'immunodépression, des ulcères dont l'aspect clinique ressemble à celui des aphtes géants ou qui en sont indifférenciables.



L'ulcère aphteux

Après la phase prodromique décrite précédemment, la lésion herpétique se manifeste en un bouquet de petites vésicules grises ou blanches qui éclatent pour former de petits ulcères ponctués faisant habituellement 1 mm ou moins de diamètre. Ces ulcères peuvent s'agglomérer en un ulcère plus grand pouvant atteindre jusqu'à 1,5 cm de diamètre. Un effet de halo rouge est parfois visible, mais il sera dentelé comparativement à l'aréole lisse de l'aphte. Le stade suivant consiste en la formation d'une croûte qui précède le processus de guérison. Entre le prodrome et la formation de la croûte, il peut s'écouler jusqu'à 96 heures; la douleur peut prendre de 96 à 120 heures pour disparaître et la guérison complète, s'étendre de 8 à 10 jours. Comme une croûte ne peut pas se former à l'intérieur de la bouche, on retrouve cette manifestation principalement dans les cas de lésions labiales ou cutanées.

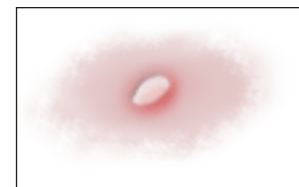
Lorsqu'on compare les deux lésions, on voit clairement que si les deux deviennent ulcéreuses, leur évolution vers cette phase ulcéreuse diffère grandement, tout comme l'aspect des lésions matures associées à l'herpès et à l'aphte. Par conséquent, les antécédents ainsi que la localisation et l'aspect des lésions devraient permettre au clinicien averti de poser un diagnostic présomptif. En ce qui concerne la transmissibilité des lésions, il est important de noter que si l'aphte n'est pas contagieux, la lésion herpétique est, quant à elle, transmissible à un hôte sensible. L'herpès est contagieux durant toute la poussée, en particulier durant les phases vésiculaire et ulcéreuse. Étiologie, prévalence et pathogénèse

### La stomatite aphteuse

L'origine du terme « aphteux » remonte aussi loin que 460 à 370 avant J.-C. C'est Hippocrate qui l'a utilisé pour décrire des troubles de la bouche.<sup>1</sup> De manière générale, le mot « aphte » se rapporte à la présence d'un ulcère d'origine indéterminée.<sup>2</sup>

Malgré le fait que la stomatite aphteuse soit la maladie de la muqueuse buccale humaine la plus fréquente, ses causes restent mal connues.

Si on peut en traiter les symptômes, il demeure impossible d'en prévenir l'apparition.<sup>3</sup> Comme l'étiologie des aphtes est indéterminée, la recherche a porté ses efforts sur divers facteurs potentialisateurs. D'ici à ce qu'on arrive à préciser l'étiologie de cette maladie, on met plutôt l'accent sur la notion des « facteurs déclenchants ». L'étude de ces facteurs n'est pas



Lésion herpétique

concluante, mais elle a permis d'en définir un certain nombre parmi lesquels on retrouve le stress, les carences alimentaires, les traumatismes, les changements hormonaux, le régime alimentaire et les atteintes immunologiques. On a aussi relevé d'autres facteurs qui contribuent à cet état : les aliments, les allergies, la progestéronémie, les facteurs psychologiques et les antécédents familiaux. Malgré des recherches approfondies, aucune étiologie définitive n'a pu être établie. Pendant un certain temps, on a cru que les ulcérations aphteuses étaient causées par des streptocoques de forme L puisque cet organisme était souvent isolé dans les lésions. On croit maintenant que les lésions sont plutôt surinfectées par les streptocoques. Puisque pour éliminer les lésions, on utilise souvent la stéroïdothérapie qui a un effet sur la réponse immunitaire, il est plus probable que ces lésions soient une manifestation de la réponse immunitaire, peut-être une hypersensibilité aux streptocoques ou à un autre phénomène buccal.<sup>4</sup> On définit actuellement la stomatite aphteuse récurrente comme un trouble idiopathique dont l'étiologie fondamentale est incertaine. Il est cependant largement reconnu qu'elle est liée indirectement à la réponse immunologique.

La stomatite aphteuse récurrente est une atteinte buccale commune. Au sein de différentes populations, on a recensé une prévalence de 5 à 66 %<sup>3</sup> et 50 %.<sup>4</sup> À l'échelle mondiale, environ 15 à 20 % de la population est affligée de la stomatite aphteuse récurrente.<sup>5</sup> Elle est particulièrement fréquente en Amérique du Nord.<sup>3,5</sup> La stomatite aphteuse récurrente survient souvent en association avec des troubles généralisés liés à des problèmes de malabsorption gastrointestinale chroniques comme la maladie de Crohn et la maladie cœliaque. Une autre maladie systémique associée à l'ulcération aphteuse est le syndrome de Behcet qui se caractérise par des attaques récurrentes d'ulcères génitaux et buccaux.

La stomatite aphteuse se présente sous trois formes cliniques. Il n'est pas établi clairement si elles sont les manifestations d'une seule maladie ou si elles représentent d'autres atteintes buccales caractérisées par des ulcères récurrents. Ces trois désignations sont l'aphte vulgaire, l'aphte géant et les ulcères herpétiformes.

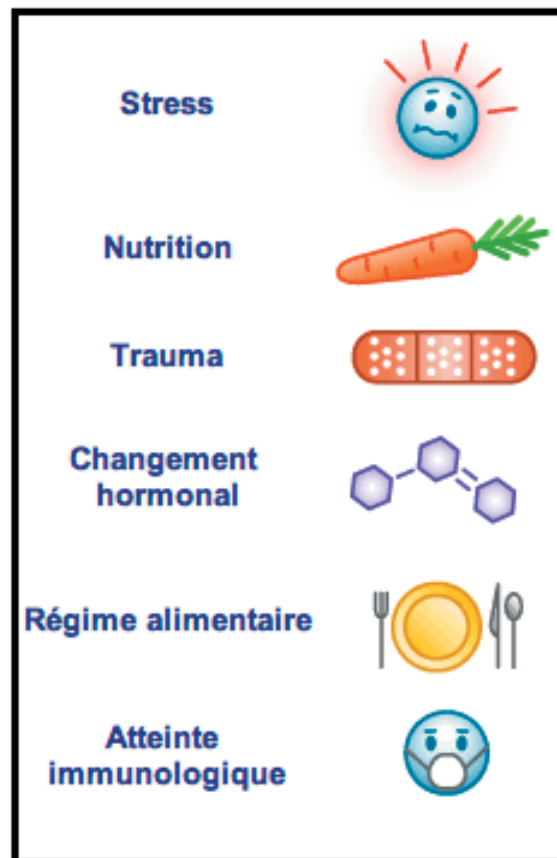
#### Étiologie, prévalence et pathogénèse

L'aphte vulgaire, la variété la plus répandue, représente 80 %<sup>1</sup> à 95 %<sup>5</sup> de tous les cas de stomatite aphteuse récurrente. On désigne couramment ce type de lésion par le mot aphte.

Durant une poussée d'aphte vulgaire, les lésions peuvent être isolées ou on peut en dénombrer simultanément de une à cinq. Chaque lésion dure habituellement entre 10 et 14 jours. Les lésions peuvent continuer d'apparaître et de guérir spontanément durant une période de 3 à 4 semaines. L'aphte géant, qui compte pour environ 10 % des cas de stomatite aphteuse<sup>1,5</sup> se caractérise par de grandes lésions dont le diamètre varie entre 5 et 20 mm ou plus. Habituellement, seules une ou deux lésions se manifestent en même temps et elles siègent principalement sur deux sites, la muqueuse buccale et la région du palais postérieur et de l'avant du pharynx.

Les lésions sont beaucoup plus graves que celles de l'aphte vulgaire et elles s'accompagnent d'une vive douleur. Cratériformes, elles sont profondes et accompagnées d'une importante nécrose des tissus qui laissent souvent des cicatrices à la guérison. Un aphtegéant peut durer 6 semaines ou plus et devenir le siège d'une infection secondaire causée par des bactéries ou par des champignons. Les lésions de l'aphte géant peuvent devenir réfractaires

### Facteurs déclenchants



dans le cas de syndromes d'immunodéficience comme le VIH ou le sida, ce qui se traduit par une perte de poids en raison de la déglutition douloureuse.

L'aphte herpétiforme est la variété la plus rare, ne représentant que 10 % des cas. Son nom est trompeur puisqu'il laisse penser qu'il s'agit d'une infection herpétique. On fait ici plutôt référence à l'aspect des ulcères qui s'apparentent parfois à ceux de la gingivostomatite herpétique. De surcroît, même s'il siège le plus souvent sur des surfaces non kératinisées, l'aphte herpétiforme peut à l'occasion se manifester sur une muqueuse kératinisée comme la gingivostomatite herpétique primaire.

L'aphte herpétiforme se caractérise par de multiples poussées récurrentes de 10 petits ulcères cratériformes ou plus de diamètre variable. Les épisodes peuvent durer plusieurs semaines ou plusieurs mois, chaque ulcère guérissant après une ou deux semaines. Peu profondes comme celles de l'aphte vulgaire, les lésions guérissent sans laisser de cicatrices.

L'aphte herpétiforme se manifeste à un âge plus avancé que les autres types de lésions, avec un épisode initial qui survient généralement durant la dizaine ou la vingtaine.

### Traitement

Une fois posé le diagnostic de la stomatite aphteuse, le clinicien doit décider s'il entend assurer plus qu'un traitement palliatif. Dans le cadre d'un consentement éclairé, le patient devrait recevoir de l'information sur son état, sur les options de traitement et sur les résultats escomptés pour chaque stratégie de traitement proposée. Les patients qui ont des poussées d'aphtes fréquentes ou importantes devraient être conseillés de manière à ce que soit déterminée l'opportunité de procéder à une évaluation médicale pour le diabète, pour diverses formes d'anémie, pour une maladie gastro-intestinale, pour des « allergies » alimentaires et pour d'autres maladies susceptibles d'affecter le système immunitaire. Il pourrait aussi être prudent d'écarter la possibilité de la maladie de Behcet en vérifiant la présence de lésions sur la muqueuse génitale. Les soins de soutien recommandés incluent le repos, une augmentation de la prise de liquides, une hygiène nutritionnelle adéquate, des traitements multivitaminiques et minéraux. Il convient aussi de rassurer le patient quant au caractère non contagieux des aphtes.

Lorsque les soins classiques palliatifs comme l'élimination du trauma (si possible), l'arrêt de

l'exposition aux facteurs étiologiques et la réduction du stress ne suffisent pas, on peut avoir recours à divers types de stéroïdes. Les aphtes localisés ou qui se présentent en petit nombre peuvent être traités efficacement à l'aide d'un stéroïde topique. Pour les lésions isolées (ou en petit nombre), un onguent ou un gel stéroïde convient habituellement. On peut utiliser le Kenalog (acétonide de triamcinolone 0,1 %) d'Orabase pour bon nombre des cas légers. Les lésions plus grandes, lorsqu'elles sont accessibles, peuvent être traitées avec un stéroïde plus puissant comme les gels ou les onguents Lidex (0,05 %) ou Temovate (0,05 %). Quand les lésions sont plus diffuses, plus difficiles d'accès (p. ex. dans l'oropharynx) ou en plus grand nombre, un bain de bouche stéroïde peut se révéler plus utile qu'un onguent ou qu'un gel topique. L'élixir Decadron (dexaméthasone) 0,5 mg/5 ml peut être envisagé pour le traitement de ces lésions. Si la lésion ou les lésions sont étendues et accessibles, on peut atténuer les signes et symptômes en combinant la dexaméthasone et un onguent ou un gel topique.

Bien que les stéroïdes topiques utilisés de manière appropriée durant une période de temps limitée causent rarement des effets indésirables, les patients devraient être informés des risques de prolifération de candidose si on utilise les bains de bouche stéroïdiens durant de longues périodes. Les plus puissants stéroïdes (p. ex. Temovate), lorsqu'ils sont appliqués plus de deux fois par jour pendant plus de deux semaines, peuvent entraîner un amincissement et des érosions de la muqueuse.

Habituellement, les aphtes répondent rapidement à la stéroïdothérapie. Il est important de souligner que si un ulcère buccal n'est toujours pas guéri fonction des causes potentielles ou après une stéroïdothérapie, il faut réévaluer la lésion et faire une biopsie. La malignité buccale et d'autres processus morbides doivent être pris en considération dans le cadre du diagnostic différentiel lorsque les lésions ne répondent pas à un traitement conservateur. D'autres maladies d'origine immunologique indirecte peuvent aussi s'apparenter aux aphtes et doivent faire l'objet d'un diagnostic précis avant qu'on puisse élaborer une stratégie de traitement appropriée.

### Étiologie, prévalence et pathogenèse de l'herpès

L'histoire de l'infection à herpès remonte aussi loin qu'à la Grèce antique. En effet, Hippocrate utilisait le mot « herpès » pour décrire des lésions qui « se traînent » ou « rampent ». Même si les caractères distinctifs de cette maladie étaient déjà bien définis, ce n'est qu'en 1893 qu'on en a établi la

transmissibilité.<sup>6</sup>

Aujourd'hui, on estime que la famille des Herpesviridae comprend l'herpès simplex type 1 (HSV-1), l'herpès simplex type 2 (HSV-2), le virus varicelle-zona, le virus d'Epstein-Barr, le cytomégalovirus et les virus de l'herpès humain VI, VII et VIII.<sup>5</sup> Tous les virus sont capables de s'introduire et de se répliquer dans les

cellules épithéliales, mais certains virus de cette famille sont neurotropes tandis que d'autres sont lymphotropes. Le HSV-1 et le HSV-2 sont des virus neurotropes qui infectent les nerfs sensitifs et dont on a établi qu'ils se reproduisaient dans les cellules épithéliales. Le HSV-1 et le HSV-2 sont lytiques pour les cellules épithéliales humaines et latents dans les tissus nerveux au siège des ganglions régionaux. Habituellement, le virus s'introduit dans le corps par une faille dans l'intégrité de la muqueuse, bien qu'on ait établi qu'il peut aussi pénétrer dans une peau intacte. Dans l'un ou l'autre des cas, la transmission résulte d'un contact cutané-muqueux avec des sécrétions et des aérosols infectés. Lorsqu'il se réactive, le virus migre le long de l'axone du nerf vers les cellules épithéliales de surface et peut causer une poussée récurrente dans l'épithélium.

Souvent, la primo-infection à herpès n'est pas détectée. Cependant, dans un faible pourcentage des cas, l'infection buccale initiale au HSV-1 ou au HSV-2 est fortement symptomatique et on peut déceler de nombreux signes et symptômes chez le patient. Quand le sujet présente des signes et symptômes systémiques et des lésions vésiculaires, on parle de gingivostomatite herpétique primaire. Bien que cette affection survienne le plus souvent chez les enfants, elle peut également toucher les adolescents et les adultes. Elle s'accompagne parfois de fièvre et d'adénopathie qui durent entre 2 et 10 jours. Pharyngite, malaises, myalgie, inflammation des gencives et des tissus des muqueuses et déglutition douloureuse sont des signes de la primo-infection. À l'intérieur de la bouche apparaissent parfois de nombreux petits ulcères ponctués sur la muqueuse kératinisée et non kératinisée ainsi que dans le naso-pharynx. Les tissus périoraux peuvent aussi être atteints.

Une autre manifestation de la stomatite herpétique primaire est une inflammation aiguë du rebord marginal de la gencive et de la gencive attachée qui n'est pas accompagnée de lésions vésiculaires.



On rapporte que seulement 12 % des personnes atteintes d'herpès buccal récurrent se souviennent de l'infection initiale.<sup>7,8</sup>

Après l'infection initiale, le virus reste en dormance jusqu'à sa réactivation. Des études ont établi que la réactivation avec récurrence clinique surviendrait chez 40 %<sup>9</sup> et chez 10 à 15 %<sup>4</sup> des sujets chez qui le virus est latent.

La réactivation peut découler de plusieurs facteurs qui affaiblissent le système immunitaire, y compris, mais non exclusivement, le stress émotionnel, les traumatismes, le froid, l'exposition au soleil, la fatigue extrême et le cycle menstruel.

Les lésions vésiculaires et ulcéreuses récurrentes sont appelées couramment « boutons de fièvre » parce que les gens constatent leur activation à la suite d'une maladie comme une infection des voies respiratoires supérieures. Certains patients notent parfois aussi une poussée à la suite d'un épisode immunosuppresseur.

La période d'incubation entre l'infection ou la réactivation et l'apparition de vésicules est d'environ 7 à 8 jours mais peut s'étendre de 1 à 26 jours. Durant cette période de préémergence et durant la phase vésiculaire, les sécrétions sont extrêmement contagieuses.<sup>6</sup> En outre, on a établi que les sujets atteints d'un HSV-1 récurrent excrétaient le virus dans la salive même quand ils étaient asymptomatiques. Les gens atteints du HSV-2 génital excrètent le virus environ 10 % des jours où ils sont asymptomatiques, mais ce phénomène s'atténue avec le temps.<sup>9</sup>

Les virus HSV-1 et HSV-2 sont à la fois différents et semblables. On définit généralement le HSV-1 comme la forme d'herpès qui se manifeste au-dessus de la taille. En réalité, toute forme peut apparaître dans une localisation ou dans un autre. Le HSV-1 siège habituellement en état de latence dans le ganglion de Gasser ou dans un autre ganglion. Le HSV-2 est habituellement latent dans le ganglion sacré situé à la base de la colonne vertébrale. Généralement, lorsqu'il se localise ailleurs que dans son site caractéristique, le virus cause une moins forte infection et une excrétion asymptomatique réduite. Il est beaucoup plus fréquent pour le HSV-1 de s'étendre aux organes génitaux que pour le HSV-2 de se manifester dans la région buccale. À l'échelle mondiale, 80 à 90 % de la population humaine

adulte est infectée au HSV.

### Traitement de l'herpès buccal récurrent

Comme pour l'aphte, il faut poser un diagnostic précis d'herpès buccal récurrent avant d'entreprendre un traitement définitif des lésions virales. Il faut informer les patients du risque d'auto-inoculation et de transmission du virus vers d'autres hôtes sensibles. Les patients ou le personnel soignant devraient être avisés du risque de transmission du virus dans l'œil, dans les parties génitales ou dans les mains par contact direct avec la salive ou avec le liquide vésiculaire qui contient le virus.

Il faut éviter d'appliquer des stéroïdes topiques sur les lésions herpétiques intra-buccales puisque l'utilisation de stéroïdes favorise la propagation du virus. Comme pour les aphtes, une hydratation et une nutrition appropriées sont essentielles au processus de guérison. Les bains de bouche palliatifs qui combinent des parts égales en volume d'un anesthésique topique (la lidocaïne 2 % ou la dyclonine 1 %), d'un antihistaminique (l'adiphenhydramine 12,5 mg/ml) et d'un agent de protection qui adhère à la surface de la lésion (le Maalox ou le Kaopectate) peuvent soulager les symptômes associés aux lésions herpétiques. Les cliniciens peuvent discuter avec un pharmacien de la possibilité de combiner ces bains de bouche palliatifs. Lorsqu'on prescrit un anesthésique topique qui risque d'avoir un effet sur la déglutition, il faut recommander aux patients de faire preuve de prudence lorsqu'ils boivent et mangent. Selon le degré d'inconfort du patient, on peut lui donner de l'acétaminophène combiné ou non avec un narcotique pour soulager la douleur.

Les médicaments systémiques qui interfèrent avec la réplication de l'ADN viral peuvent être utiles, mais ils ne sont pas utilisés automatiquement pour les herpès buccaux récurrents de faible intensité chez un patient immunocompétent. Dans le cas moins fréquent d'un patient adulte immunodéprimé ou immunosupprimé, on peut prescrire des antiviraux. Vous trouverez ci-dessous des exemples d'ordonnances



des trois antiviraux les plus fréquemment utilisés. Les doses peuvent être augmentées ou réduites en fonction de la taille du patient et de sa santé systémique (surtout s'il est atteint d'une affection rénale).

Rx : Gélules d'acyclovir (Zovirax) 200 mg  
Disp : 50 (cinquante) gélules  
Sig : Prendre une gélule par voie orale cinq fois par jour

durant les heures de veille pendant dix jours.

Rx : Comprimés de valacyclovir (Valtrex) 500 mg  
Disp : 21 (vingt et un) comprimés  
Sig : Prendre un comprimé par voie orale trois fois par jour pendant sept jours.

Rx : Comprimés de famciclovir (Famvir) 250 mg  
Disp : 21 (vingt et un) comprimés  
Sig : Prendre un comprimé par voie orale trois fois par jour pendant sept jours.

### Rapport de cas

Deux jours avant de partir pour un voyage prévu à l'extérieur de la ville, une femme de 33 ans commence à observer de vagues signes de maladie chez ses deux enfants âgés de 2 ans et 5 ans. Irritabilité, perte de l'appétit, déglutition douloureuse et pharyngite sont au nombre des symptômes. Cette combinaison de symptômes ne paraît pas pathognomonique d'un trouble spécifique et sembler indiquer une affection virale non descriptive, possiblement une infection des voies respiratoires supérieures.

Le jour du départ, au moment d'examiner la bouche des enfants, elle note une inflammation aiguë généralisée des gencives. Ce signe, conjugué aux signes et aux symptômes antérieurs, permet d'établir un diagnostic présomptif de stomatite herpétique primaire. Une fois le diagnostic posé, la nature autolimitative de l'affection permet aux parents de mettre à exécution leur projet de vacances et de faire garder les enfants. Comme prévu la maladie des enfants se résorbe en 3 à 5 jours.

Environ 2 à 3 semaines plus tard, la mère commence à ressentir des symptômes





analogues. Les malaises et l'inconfort sont si importants qu'elle reste alitée pendant trois jours. Jouissant en général d'une bonne santé, elle ne se rappelle pas s'être déjà sentie malade au point de « rester au lit ».<sup>3</sup> Ses gencives sont si enflammées et douloureuses qu'il est impossible pour elle d'observer ses pratiques d'hygiène bucco-dentaire habituelles. Elle se rétablit complètement au bout de 5 à 7 jours.

Par la suite, le père développe la même affection. Dans son cas, le tissu palatin est si gravement atteint, qu'il est érodé jusqu'à l'os. La déglutition douloureuse entraîne une perte de 15 lb sur une période de 7 à 10 jours. Il se remet ensuite complètement. Atteints d'une gingivostomatite herpétique primaire les deux parents ont probablement été infectés par leurs enfants qui ont peut-être été exposés en garderie.

Le pathologiste buccal qui a examiné les membres de la famille explique qu'il est extrêmement rare de trouver deux adultes dans le même foyer n'ayant pas subi cet épisode initial aux premiers stades de

leur vie.

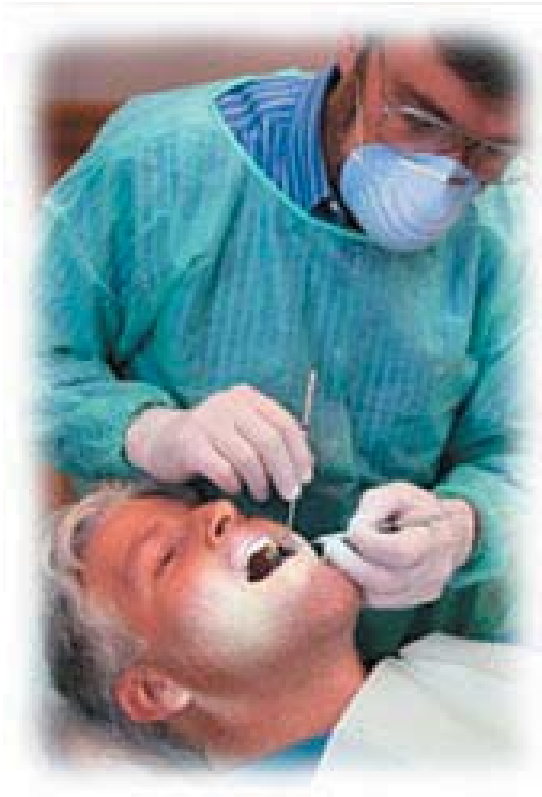
Maintenant âgé de 16 ans, le plus jeune des enfants n'a pas eu depuis d'éruptions herpétiques secondaires tandis que le plus vieux, âgé de 19 ans, a subi plusieurs épisodes d'herpès labial récurrent.

La mère a eu des épisodes récurrents d'inflammation gingivale herpétique non vésiculaire, généralement associés à des facteurs déclenchants comme le stress ou la fatigue et non reliés à des changements dans les facteurs locaux ou dans l'hygiène bucco-dentaire.

### Conclusion

Le professionnel de la santé bucco-dentaire est perçu par le patient qui développe des lésions buccales comme le « spécialiste ». Ces lésions péri-orales ou intra-buccales peuvent être très déconcertantes pour la personne atteinte, en raison de la douleur qu'elles entraînent et de la crainte ou confusion liée à la signification de ces lésions.

En plus de procéder à un examen intra-buccal et extra-buccal complet et minutieux à chaque séance dentaire, le professionnel de la santé bucco-dentaire doit être capable de différencier l'herpès buccal récurrent de la stomatite aphteuse récurrente.



## Références

1. Ship, JA. Recurrent aphthous stomatitis. An update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996 Feb;81(2):141-7. Synthèse.
2. Vincent SD, Lilly GE. Clinical, historic, and therapeutic features of aphthous stomatitis. Literature review and open clinical trial employing steroids. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992 Jul;74(1):79-86. Synthèse.
3. Scully C, Porter SR. Recurrent aphthous stomatitis: current concepts of etiology, pathogenesis and management. *J Oral Pathol Med.* 1989 Jan;18(1):21-7. Synthèse.
4. Baughman RA. Recurrent aphthous stomatitis vs. recurrent herpes: do you know the difference? *J Ala Dent Assoc.* 1996 Winter;80(1):26-32. Synthèse.
5. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki, GP. *Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology.* Mosby: St. Louis, 1997, pp. 245.
6. Whitely RJ, Kimberlin DW, Roizman B. Herpes Simplex Virus. *CID* 1998 26:541-553.
7. Langlais RP, Miller CS. *Color Atlas of Common Oral Diseases.* Lippincott Williams and Wilkins: Philadelphia. pp. 128.
8. Juretic M. Natural history of herpetic infection. *Helv Paediatr Acta.* 1966 Sep;21(4):356-68. Aucun résumé disponible.
9. (Revue en ligne) <http://www.herpès.com/hsv1-2.html>.

## Au sujet des auteurs

### Terri S.I. Tilliss, RDH, MS, MA



Madame Tillis est professeure au département d'hygiène bucco-dentaire de l'école de médecine dentaire de l'*University of Colorado*. Toute correspondance concernant cet article doit être envoyée à l'adresse suivante :

University of Colorado  
Health Science Center  
School of Dentistry  
Dental Hygiene Department  
4200 East Ninth Avenue c284  
Denver, CO 80262

courriel : [terri.tilliss@uchsc.edu](mailto:terri.tilliss@uchsc.edu)

### John McDowell, DDS, MS

Le Dr McDowell est professeur agrégé au département des sciences diagnostiques et biologiques à la *University of Colorado Health Sciences Center*.