

COMMENT J'EXPLORE ... une chéilite

V. GOFFIN (1), G. BLAISE (2), F. HENRY (3), C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (4, 5), G.E. PIÉRARD (6)

RÉSUMÉ : Une chéilite est une affection inflammatoire des lèvres. Plusieurs origines lui sont reconnues qui sont différentes chez les enfants et les adultes. Elles peuvent être spongiotiques, de nature irritative ou allergique. D'autres sont kératosiques et peuvent évoluer vers une leucoplasie et un carcinome épidermoïde.

MOTS-CLÉS : *Lèvre - Chéilite - Carcinome*

HOW I EXPLORE... A CHEILITIS

SUMMARY : A cheilitis is an inflammatory disease confined to the lips. Several origins are recognized. Their nature is often different in children and adults. Some are spongiotic due to irritation or allergic reaction. Other lesions are keratotic and can evolve to leucoplasia and epidermoid carcinoma.

KEYWORDS : *Lip - Cheilitis - Carcinoma*

INTRODUCTION

La structure histologique d'une lèvre est très différente de celle de la peau environnante. De plus, on y retrouve deux parties distinctes : la semi-muqueuse vermillon exposée à l'air se poursuit vers la partie muqueuse intrabuccale. Les qualités physiologiques et physiques de la surface des lèvres sont particulières, surtout en ce qui concerne l'état de maturation, de différenciation des cellules épithéliales et de leur hydratation (1).

Certaines pathologies se cantonnent aux lèvres ou les impliquent d'une manière prépondérante. Une chéilite ou labialite est une affection inflammatoire touchant électivement les lèvres. Elle se reconnaît le plus souvent par un œdème discret, des fissures superficielles et une desquamation plus ou moins marquée. Chez la femme, ces signes sont souvent camouflés par le rouge à lèvres. Une sensation de cuisson discrète est parfois rapportée. Une chéilite peut être associée à une perlèche siégeant à la commissure des lèvres.

CHÉILITE SPONGIOTIQUE

En fonction de l'âge de l'individu, l'interrogatoire peut rapidement orienter le diagnostic étiologique d'une chéilite. Chez l'enfant, des tics peuvent provoquer une chéilite spongiotique. En effet, certains ne peuvent s'endormir sans sucer un coin de drap ou un autre tissu. Il s'ensuit une macération cutanée par le contact prolongé avec le textile imprégné de salive. Par ailleurs, certains enfants se lèchent le pourtour de la bouche et provoquent une gerçure des lèvres et de la partie cutanée avoisinante, dessinant sur la peau une eczématisation nette, au pourtour curviligne, véritable impression du

passage de la langue sur la peau. La gerçure péribuccale est plus fréquente et banale en hiver, l'effet du climat aggravant la situation (2, 3).

Chez la femme, la chéilite doit avant tout évoquer une sensibilisation au rouge à lèvres. Cette affection peut survenir à l'occasion d'un changement de ce maquillage ou de manière inopinée. La sensibilisation allergique n'est pas seulement due à un colorant, mais parfois aussi aux excipients gras du bâton de rouge à lèvres, ou aux conservateurs et antioxydants qui y sont associés.

Les dentifrices et certains dentiers sont également susceptibles de déclencher des chéilites par sensibilisation allergique à un de leurs composants. Des tests épicutanés permettent dans la plupart des cas de rattacher la dermatose à sa véritable cause. Des aliments comme les radis, le cresson, les tomates et les oranges peuvent également déterminer des chéilites de contact. Parfois aussi, ce sont les sticks à lèvres présumés «cicatrisants» par exemple, ceux qui contiennent du baume du Pérou, qui déclenchent la sensibilisation.

Une chéilite allergique longtemps circonscrite peut être à l'origine d'une extension de lésions eczémateuses au visage et aux paupières en particulier. L'identification du point de départ reste primordiale à préciser. Sur la chéilite peut se greffer un facteur infectieux responsable de la chéilite streptococcique. Cette complication explique la raison pour laquelle il ne suffit pas toujours de supprimer l'allergène pour guérir la chéilite. Le processus infectieux surajouté implique la nécessité d'associer un traitement antiseptique.

CHÉILITE KÉRATOSIQUE

La desquamation persistante des lèvres atteint avec prédilection des adolescents. Elle siège électivement à la partie médiane de la lèvre inférieure. C'est une affection chronique, mais qui disparaît peu à peu avec l'âge. Les lésions sont caractérisées par la production de squames croû-

(1) Chargé de Recherche, (3) Assistant de Recherche, (4) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire, (6) Chargé de Cours, Chef de Service, Service de Dermatopathologie, CHU du Sart Tilman, (2) Assistant clinique, (5) Chef de Service, Service de Dermatologie, CHR hutois, Huy

teuses, plus ou moins épaisses, qui se détachent progressivement par leurs bords, en se recroquevillant et en découvrant des fissures sous-jacentes, à orientation perpendiculaire au bord libre, et qui sont plus ou moins profondes et parfois sanguinolentes.

Une origine médicamenteuse à une chéilite est possible. Une des plus communes est liée à la prise d'isotrétinoïne par le patient acnéique. Il s'agit d'un effet indésirable iatrogène qui peut s'avérer très ennuyeux par la douleur et les saignements se manifestant au niveau des fissures découpant le placard kératosique labial.

D'autres états kératosiques des lèvres chez l'adulte relèvent de causes variées. Le lupus érythémateux détermine des zones kératosiques avec squames adhérentes bordées par un pinceutage filiforme, blanchâtre d'allure lichénoïde. Parfois, les squames manquent et les placards rosés dépolis sont entourés d'une arborisation leucokératosique.

Le lichen siège fréquemment sur les lèvres. Il se caractérise, comme sur les autres muqueuses, par un réseau de stries blanchâtres entrecroisées. Ces lésions sont cependant disposées en bandes parallèles à la jonction de la zone labiale et cutanée. Il est souvent et même parfois impossible de différencier cliniquement le lichen labial du lupus érythémateux. L'aspect leucokératosique est souvent commun à ces deux affections. Ce n'est que par la coexistence de lésions cutanées typiques d'une des affections ou par la réalisation d'un examen dermatopathologique que le diagnostic peut être validé.

La chéilite actinique atteint la lèvre inférieure qui a été exposée à une irradiation solaire importante. La lèvre est en effet une zone très photosensible qui doit être protégée des ultraviolets, particulièrement lors de séjours en haute montagne. Elle peut être favorisée par la prise de médicaments photosensibilisants. Certains colorants comme l'éosine, présents dans certains rouges à lèvres, peuvent être à l'origine d'une réaction photoallergique. Lors de la phase aiguë, la chéilite actinique est œdémateuse et douloureuse. Par la suite, un état kératosique se développe et peut passer à chronicité si les expositions solaires intempestives se répètent (4). L'évolution à long terme peut copier celle de la chéilite tabagique.

Des chéilites glandulaires dues à une hypertrophie des glandes salivaires hétérotopiques labiales tirent leur intérêt de la fréquence de leur transformation maligne. Elles doivent être considérées, surveillées et traitées comme des états précancéreux. La chéilite glandulaire

simple se reconnaît lors de l'éversion de la lèvre inférieure par la mise en évidence de gouttelettes de salive au niveau d'orifices punctiformes déprimés, cerclés d'un halo leucokératosique. Ces îlots peuvent constituer une nappe leucokératosique plus étendue. La chéilite glandulaire dite apostémateuse représente la forme suppurée de la précédente. Le malade se présente avec une chéilite kératosique et croûteuse. Sous les squames-croûtes adhérentes, la muqueuse est érodée et sanguinolente. La palpation révèle l'hypertrophie des glandes salivaires.

Nombre de chéilites kératosiques chroniques sont d'origine tabagique (5). Elles surviennent particulièrement chez l'homme adulte, évoluant pendant des années. Au départ, un examen clinique permet de déceler, sur la lèvre inférieure, une plage dépolie blanc bleuâtre, très superficielle, ou quelquefois une infiltration blanchâtre, opaque, plus épaisse, quadrillée ou parquetée. Elle est généralement ovalaire ou arrondie, à contours réguliers, plaquée sur la muqueuse, de la taille d'une pièce de dix centimes d'euros, s'arrêtant à la jonction de la muqueuse et de la semi-muqueuse, correspondant à l'emplacement habituel de la cigarette ou de la pipe. Cette leucokératose a des aspects cliniques similaires à ceux d'une leucoplasie. On peut assister progressivement à l'épaississement de la lésion qui devient verruqueuse. La plaque, bien que reposant encore sur une base saine, s'épaissit et devient inextensible. Cet aspect nécessite le recours à une biopsie (Fig. 1). L'enduit kératosique ne peut être enlevé par grattage. Il adhère fortement à la muqueuse. Épais, il peut desquamier en petits lambeaux que le malade arrache souvent avec les dents. En général, la lèvre supérieure présente, en regard, une leucokératose de même aspect, qui se superpose à la leucokératose inférieure. Ces lésions s'érodent en un point

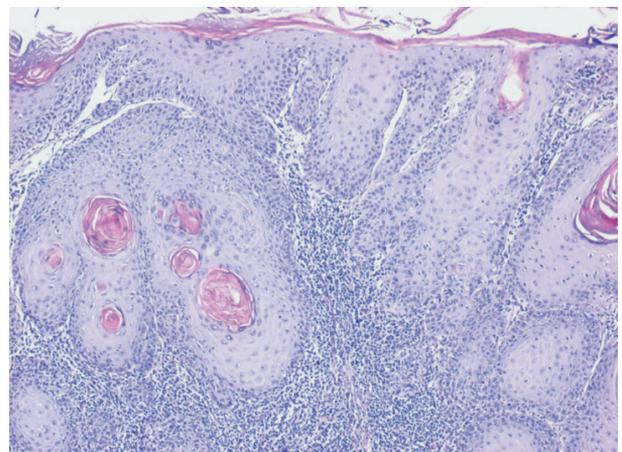


Figure 1 : Leucokératose hypertrophique

alors qu'elles s'ulcèrent en un autre, et chaque fois font redouter une cancérisation. Les érosions se réparent souvent spontanément, mais l'état kératosique persiste inéluctablement. Des biopsies peuvent révéler une leucokératose bénigne, mais parfois une leucoplasie prénéoplasique ou un carcinome épithélioïde sont découverts.

Ce n'est qu'un examen parfois fortuit qui fait découvrir la néoplasie qu'on aurait tort de qualifier de «bénigne» parce que les malades ne s'en plaignent pas. Ils l'ignorent pendant des périodes prolongées, car la croissance est insidieuse.

PERLÈCHE

Chez l'enfant, la perlèche peut correspondre à une streptococcie des commissures labiales. Souvent bilatérale, elle est parfois associée à d'autres streptococcies cutanées (impétigo). Elle se présente comme une fissure axiale recouverte de croûtes impétiginisées, située dans le pli de la commissure. Elle est douloureuse et saigne facilement à l'ouverture de la bouche. Le streptocoque n'est pas seul microorganisme en cause. D'autres germes (staphylocoques, entérocoques, levures) peuvent être impliqués. Si la perlèche guérit facilement, elle récidive facilement. Le traitement de la perlèche consiste à appliquer un antiseptique puissant à large spectre

Chez l'adulte, l'étiologie infectieuse est également fréquente, mais elle implique plutôt les levures du genre *Candida*. La perlèche rentre dans le tableau des dermites des plis, s'associant aux intertrigos rétro-auriculaires, sous-mammaires, etc... Deux causes particulières possibles doivent être recherchées, en particulier le port d'un dentier et la prise d'antibiotiques.

La perlèche due au port d'un dentier peut être déterminée par une intolérance à un composant de l'appareillage dentaire. La langue est alors souvent décapillée, vernissée et sensible. C'est une véritable stomatite du dentier et la perlèche «extériorise» l'allergie. Parfois seulement, la résorption osseuse chez le patient âgé et édenté provoque la formation de plis cutanés aux coins des lèvres. La salivation, la macération et l'occlusion relative de ces plis entretient une perlèche.

La prise d'antibiotiques peut déclencher une candidose orale et une perlèche d'accompagnement. La muqueuse buccale est rouge foncé, vernissée, parfois couverte d'un dépôt blanchâtre. La sécheresse de la bouche détermine une sensation de brûlure. Lorsque la stomatite guérit, la perlèche à levures peut persister. Un examen microscopique confirme l'origine de l'affection. Si cette étiologie n'est pas évoquée, la perlèche persiste faute de traitement adéquat.

Plus exceptionnellement, la perlèche est rapportée à une avitaminose B2, B12 et C. Elle peut également faire partie du tableau clinique d'une syphilis secondaire.

CONCLUSION

Une chéilite peut avoir diverses origines qu'il faut identifier pour espérer une efficacité thérapeutique orientée par l'étiologie. Éviter la progression vers une leucoplasie et un carcinome épidermoïde est impératif. Le fumeur est la cible privilégiée de ce risque cancérologique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lévêque JL, Goubanova E— Influence of age on lips and the perioral skin. *Dermatology*, 2004, **208**, 307-313.
2. Piérard GE.— Skin weathering : the face at the interface. *Dermatology*, 2003, **207**, 248-250.
3. Uhoda E, Piérard-Franchimont C, Petit L, Piérard GE.— Skin weathering and ashiness in black Africans. *Eur J Dermatol*, 2003, **13**, 574-578.
4. Uhoda I, Quatresooz P, Rovive A, et al.— Photocarcinogénèse cutanée. *Rev Med Liège*, 2005, **60**, S88-S98.
5. Requier C, Piérard GE.— Regarder la peau pour convaincre des risques du tabagisme et aider à les prévenir. *Rev Med Liège*, 2003, **58**, 439-442.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Prof G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU du Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.
E-mail : gerald.pierard@ulg.ac.be