



**UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S – DÉPARTEMENT ODONTOLOGIE**

[Année de soutenance : 2025]

N°:

**THÈSE POUR LE
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 04 Décembre 2025
Par Augustin BIDAUT

**Lésions de la muqueuse buccale : cas des macrochéilites et autres lésions
hypertrophiques des lèvres**

JURY

Président :
Assesseurs :

Professeur Thomas MARQUILLIER
Docteur Laurent NAWROCKI
Docteur Mathilde SAVIGNAT
Docteur Océane VASSEUR

Président de l'Université :	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université :	A.V. CHIRIS FABRE
Doyen UFR3S :	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S :	A. PACAUD
Vice doyen département facultaire UFR3S-Odontologie :	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services :	L. KORAÏCHI
Responsable de la Scolarité :	V MAURIAUCOURT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

K. AGOSSA	Parodontologie
P. BOITELLE	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
C. DELFOSSE	Vice doyen du département UFR3S-Odontologie Odontologie Pédiatrique Responsable du département d'Orthopédie dento-faciale
M. DEHURTEVENT	Co-responsable du département de Prothèses
B LOUVET	Chirurgie orale (Professeur des universités associé)
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
L ROBBERECHT	Responsable du département de Dentisterie Restauration Endodontie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
F. BOSCHIN F CATHALA Odontologie Légale	Parodontologie Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, (maître de conférences des Universités associé)
C. CATTEAU Légale.	Responsable du département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie
X. COUTEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
C. DENIS	Co-responsable du département de Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR A. GAMBIEZ	Responsable du département de Parodontologie Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du département de Biologie Orale
P OLEKSIK	Dentisterie Restauratrice Endodontie (maître de conférences des Universités associé)
H PERSOON	Dentisterie Restauratrice Endodontie (maître de conférences des Universités associé)
C PRUVOST Odontologie Légale	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, (maître de conférences des Universités associé)
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. SAVIGNAT	Responsable du département de Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX Pédiatrique	Responsable du département d'Odontologie
J. VANDOMME	Prothèses
R. WAKAM KOUAM	Prothèses

PRATICIEN HOSPITALIER et UNIVERSITAIRE

M BEDEZ

Biologie Orale

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation ni improbation ne leur est donnée.

Monsieur le Professeur Thomas MARQUILLIER

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Section 56 - Développement, croissance et prévention

Sous-section 56-01 - Odontologie pédiatrique & Orthopédie dento-faciale

Département d'Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Santé Publique

Habilitation à diriger des recherches

Spécialiste Qualifié en Médecine Bucco-Dentaire

Certificat d'Etudes Supérieures Odontologie Pédiatrique et Prévention

Attestation Universitaire soins dentaires sous sédation consciente au MEOPA

Diplôme Universitaire Dermato-vénérologie de la muqueuse buccale

Master 1 Biologie Santé – mention Ethique et Droit de la Santé

Master 2 Santé Publique – spécialité Education thérapeutique et éducations en santé

Formation Certifiante en Education Thérapeutique du Patient

Diplômé du Centre d'Enseignement des Thérapeutiques Orthodontiques, orthopédiques et fonctionnelles

Lauréat du Prix Elmex de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Responsable de l'Unité Fonctionnelle d'Odontologie Pédiatrique – CHU de Lille

Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Chirurgie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille

Maîtrise en Biologie Humaine

Certificat d'Etudes Supérieures d'Odontologie Chirurgicale

Chef du Service d'Odontologie du CHU de LILLE

Coordonnateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Chirurgie Orale (Odontologie)

Responsable du Département de Chirurgie Orale

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section de Réhabilitation Orale

Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille2

Master Recherche Biologie Santé - Spécialité Physiopathologie et Neurosciences

Responsable du Département des Sciences Anatomiques

Chargée de mission PASS - LAS

Madame le Docteur Océane VASSEUR

Chef de Clinique des Universités – Assistant Hospitalier

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Chirurgie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Certificat d'Etudes Supérieures d'Odontologie Chirurgicale de Paris

Remerciements personnels

Liste des abréviations

MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin

SMR : Syndrome de Melkersson-Rosenthal

GOF : Granulomatose Oro-Faciale

HI : Hémangiome Infantile

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

CMF : Chirurgie Maxillo-Faciale

PHACE : Posterior fossa malformation, Hemangioma of the cervicofacial region, Arterial anomalies, Cardiac anomalies, Eyes anomalies and sternal or abdominal clefting or ectopia cordis

Table des matières

INTRODUCTION.....	14
1 Rappels et définitions.....	14
1.1 Définitions.....	14
1.2 Epidémiologie.....	15
1.3 Rappels anatomo-physiologiques des lèvres.....	15
1.3.1 Localisation.....	15
1.3.2 Fonction.....	16
1.3.3 Structures tissulaires.....	16
1.3.3.1 Histologie des lèvres.....	16
1.3.3.2 Organisation musculaire des lèvres.....	17
1.3.4 Vascularisation.....	18
1.3.4.1 Vascularisation artérielle.....	18
1.3.4.2 Vascularisation veineuse.....	19
1.3.5 Drainage lymphatique.....	20
1.3.6 Innervation.....	20
2 Étiologies générales des macrochéilites et autres lésions hypertrophiques des lèvres.....	20
2.1 Les macrochéilites à composante granulomateuse.....	20
2.1.1 Sarcoïdose.....	22
2.1.2 Maladie de Crohn.....	23
2.1.3 Syndrome de Melkersson-Rosenthal.....	24
2.1.4 Granulomatose orofaciale.....	26
2.2 Angio-œdème.....	27
2.3 Malformations génétiques et congénitales.....	29
2.3.1 Malformation congénitale : anomalie de la double lèvre.....	29
2.3.2 Syndrome d'Ascher.....	30
2.3.3 Neurofibromatose.....	31
2.4 Dysfonctions endocriniennes.....	32
2.4.1 Hypothyroïdie.....	32
2.4.2 L'acromégalie.....	33
2.5 La leishmaniose.....	34
3 Étiologies locales des hypertrophies labiales.....	36
3.1. La cellulite bactérienne.....	36
3.2 Traumatismes locaux.....	37
3.2.1. Œdème labial.....	37
3.2.2 Hyperplasie fibreuse irritative.....	38
3.2.3 Diapneusie.....	39
3.4 Tumeurs locales.....	40
3.4.1 Hémangiome infantile.....	40

3.4.2 La Mucocèle.....	41
3.5 Injections par produits de comblements.....	42
4 Diagnostic et prise en charge médicale.....	44
4.1. Anamnèse.....	44
4.1.1. Définition.....	44
4.1.1.2 Interrogatoire général.....	44
4.1.1.3 Interrogatoire médical.....	45
4.1.1.4 Motif de consultation.....	45
4.2 Examen clinique exobuccal.....	46
4.2.1 Inspection.....	46
4.2.2 Palpation.....	46
4.3 Examen clinique endobuccal.....	47
4.3.1 Inspection.....	47
4.3.2 Palpation.....	47
4.4 Examens complémentaires.....	47
4.5 Diagnostic et prise en charge pluridisciplinaire.....	48
5 Cas cliniques.....	58
5.1 Cas clinique n°1.....	58
5.1.1 Anamnèse, motif de consultation et antécédents médico-chirurgicaux.....	58
5.1.2 Examen clinique.....	58
5.1.3 Examen complémentaire.....	60
5.1.4. Diagnostic.....	60
5.1.5 Plan de traitement.....	61
5.2 Cas clinique n°2.....	62
5.2.1 Anamnèse, motif de consultation.....	62
5.2.2 Examen clinique.....	63
5.2.3 Traitement réalisé au cabinet dentaire.....	64
5.2.4 Diagnostic positif.....	66
5.2.5 Suivi.....	66
5.3 Cas clinique n°3.....	67
5.3.1 Anamnèse, motif de consultation.....	67
5.3.2 Examen clinique.....	67
5.3.3 Examen complémentaire.....	68
5.3.3 Traitement réalisé.....	68
6 Conclusion.....	73

INTRODUCTION

Les lèvres jouent un rôle essentiel à la fois fonctionnel et esthétique dans la communication, l'expression faciale, l'alimentation et la phonation. De par leur position anatomique à la jonction entre la peau et les muqueuses, elles sont exposées à de nombreux facteurs internes et externes susceptibles d'altérer leur morphologie. L'augmentation du volume des lèvres, qu'elle soit localisée ou diffuse, transitoire ou permanente, peut être le reflet de diverses pathologies, allant de simples processus inflammatoires ou allergiques à des affections infectieuses, génétiques ou systémiques plus complexes (1,2).

Une hypertrophie labiale est souvent source d'inconfort physique, d'altération de la qualité de vie, voire de stigmatisation sociale, constituant un motif de consultation en chirurgie dentaire, en dermatologie ou en stomatologie. Sa prise en charge repose sur une compréhension rigoureuse des mécanismes physiopathologiques, une approche diagnostique méthodique et une stratégie thérapeutique adaptée à l'étiologie (3).

L'objectif de ce travail est d'explorer les principales étiologies de l'augmentation du volume des lèvres, d'en décrire les manifestations cliniques, les causes, les mécanismes, ainsi que les options diagnostiques et thérapeutiques disponibles.

1 Rappels et définitions

1.1 Définitions

Les lèvres sont des structures anatomiques mobiles et souples situées à l'orifice antérieur de la cavité buccale.

La macrochéilite comprend toutes lésions inflammatoires présentant une augmentation anormale, localisée, transitoire ou chronique, du volume d'une ou des deux lèvres.

L'hypertrophie labiale est une augmentation du volume des lèvres sans forcément présenter de cause inflammatoire (4,5).

1.2 Épidémiologie

Il existe très peu de données chiffrées concernant les macrochéilites et autres lésions hypertrophiques des lèvres. En effet, il est compliqué de d'avoir des valeurs épidémiologiques précises de part la très grande hétérogénéité d'étiologies.

La littérature est majoritairement centrée sur des séries cliniques ou des cas isolés. Il n'existe pas de données précises de prévalence globale dans la population générale.

La macrochéilite peut être rencontrée dans les affections granulomateuses chroniques. On note que les formes idiopathiques (granulomatose oro-faciale primaire) et les formes systémiques (maladie de Crohn ou sarcoïdose) sont principalement retrouvées dans les pays industrialisés. Dans les régions endémiques (Afrique et Asie du Sud-Est), ce sont d'avantages les étiologies infectieuses des macrochéilites qui sont retrouvées (leishmaniose) (4,6).

L'âge moyen d'apparition est compris entre 20 et 40 ans selon les études. La macrochéilite affecte autant les hommes que les femmes, bien qu'une légère prédominance féminine ait été notée dans certaines études (non statistiquement significative) (4,6).

1.3 Rappels anatomo-physiologiques des lèvres

1.3.1 Localisation

Les lèvres sont composées de trois parties:

- La lèvre blanche (partie cutanée)
- La lèvre sèche (partie rouge visible aussi appelée le vermillon)
- La lèvre humide (muqueuse interne)

Les lèvres sont situées à la partie antérieure de la cavité buccale. La lèvre supérieure s'étend du bord inférieur du nez jusqu'au stomion. La lèvre inférieure s'étend du stomion jusqu'à la région mentonnière. Le stomion correspond au point de contact médian des lèvres, bouche fermée. Latéralement la lèvre supérieure s'étend jusqu'aux sillons naso-géniens et la lèvre inférieure jusqu'aux commissures labiales (Fig. 1) (7).

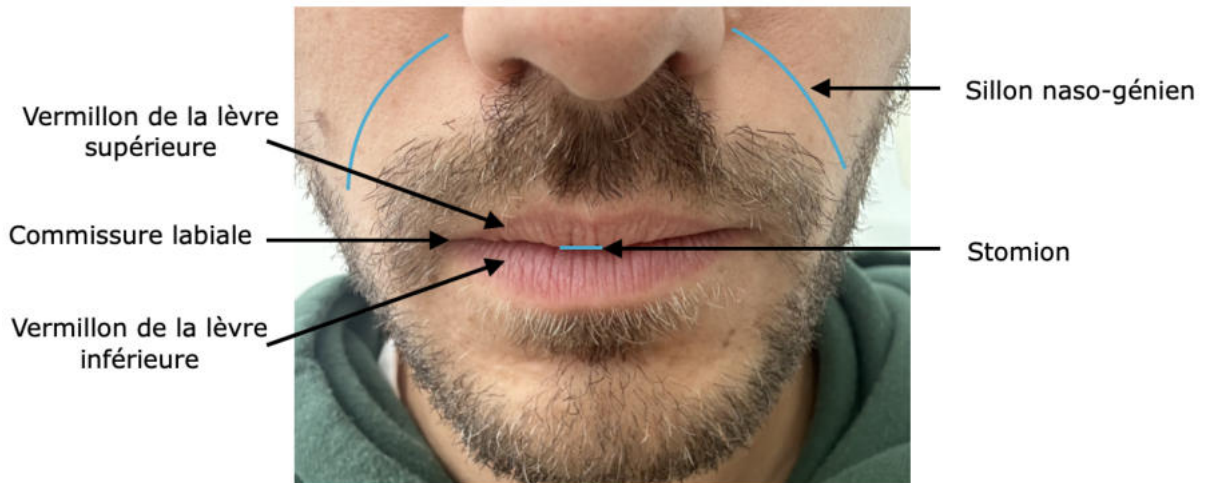


Figure 1 : Schéma anatomique des lèvres (Iconographie personnelle)

1.3.2 Fonction

Les lèvres jouent un rôle essentiel pour l'Homme. Elles servent à exprimer nos émotions, comme la joie, la tristesse ou la colère, grâce aux muscles du visage qui leur donnent une grande mobilité. Elles participent à l'alimentation en permettant la préhension et au maintien des aliments, tout en assurant la fermeture de la bouche. Leur mouvement précis est indispensable pour parler correctement et former les consonnes labiales : *p*, *b* ou *m*. Très sensibles, elles perçoivent le contact et la température, ce qui leur donne aussi une fonction protectrice. Enfin, par leur forme et leur couleur, elles contribuent à l'esthétique du visage et jouent un rôle important dans l'attractivité et le désir (2,7-9).

1.3.3 Structures tissulaires

1.3.3.1 Histologie des lèvres

Les lèvres présentent une organisation tissulaire particulière. Au centre se situe le muscle orbiculaire. En superficie, la face externe est recouverte d'un épithélium fin kératinisé avec des follicules pileux, tandis que la face interne humide est tapissée d'une muqueuse orale non kératinisée avec de nombreuses glandes salivaires. Entre ces deux zones se situe le vermillon, caractérisé par un épithélium de jonction pavimenteux stratifié mince, peu ou non kératinisé et reposant sur un

tissu conjonctif richement vascularisé conférant aux lèvres leur couleur rouge (Fig. 2) (2,7).

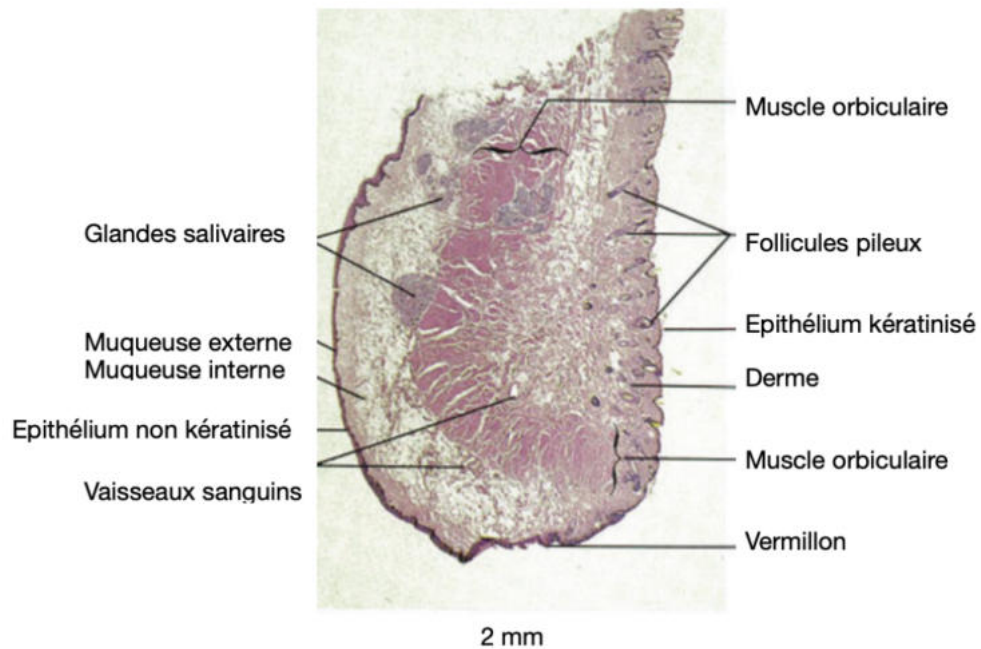


Figure 2 : Coupe sagittale histologique de la lèvre (7)

1.3.3.2 Organisation musculaire des lèvres

Les muscles des lèvres permettent la phonation, la mastication ainsi que l'ouverture et la fermeture de la bouche. Le muscle principal de la bouche est le muscle orbiculaire. Celui-ci joue le rôle de constricteur labial. De plus, autour de ce muscle s'articule les muscles dilatateurs de la bouche (élevateur de la lèvre supérieure, buccinateur, abaisseur de l'angle de la bouche, abaisseur de la lèvre inférieure, mentonnier, platysma, risorius, élevateur de l'angle de la bouche, grand et petit zygomatique) (Fig. 3). Enfin, parmi eux se trouvent les muscles peauciers, responsables de la mobilité fine et de l'expression faciale (élevateur et abaisseur de la lèvre, petit et grand zygomatique, risorius, platysma) (9).

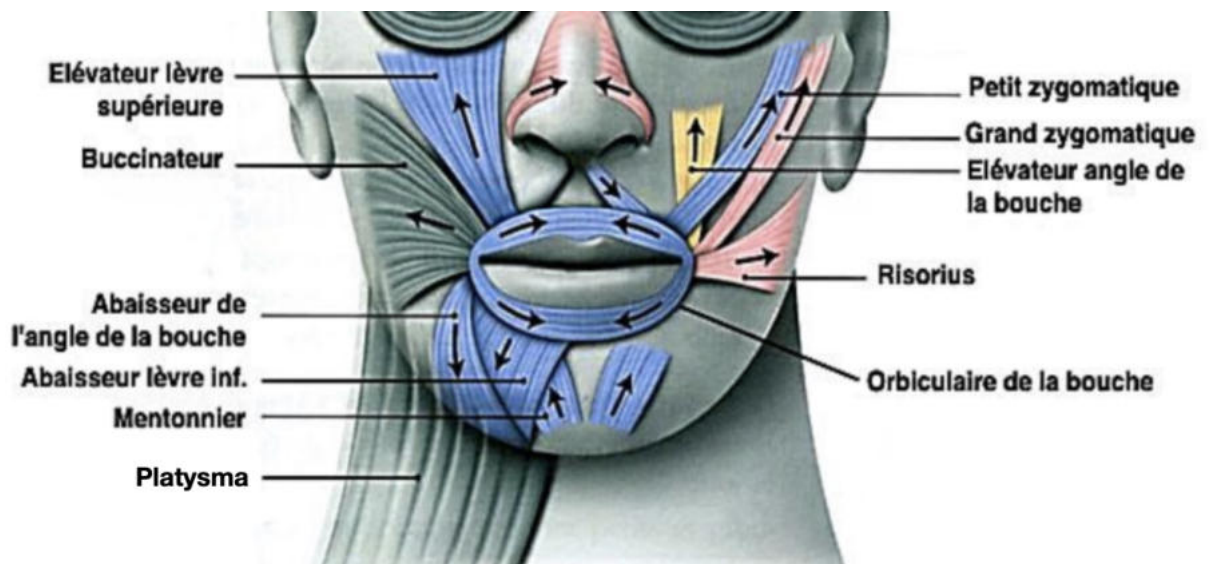


Figure 3 : Schéma des muscles des lèvres (10)

1.3.4 Vascularisation

1.3.4.1 Vascularisation artérielle

L'irrigation des lèvres est assurée par le système carotidien externe, principalement par l'artère faciale. Cette dernière naît au bord inférieur de la mandibule, en avant de l'insertion du masséter, puis poursuit un trajet ascendant et oblique vers l'avant. Elle chemine en profondeur par rapport au platysma, au risorius et aux zygomatiques, et en superficie du buccinateur ainsi que du muscle élévateur de l'angle de la bouche (11).

Au cours de son trajet, l'artère faciale émet plusieurs branches dont l'artère submentale ainsi que les artères labiales supérieure et inférieure (Fig. 4). Ces dernières passent sous le muscle orbiculaire de la bouche et s'anastomosent avec leurs homologues controlatérales (8).

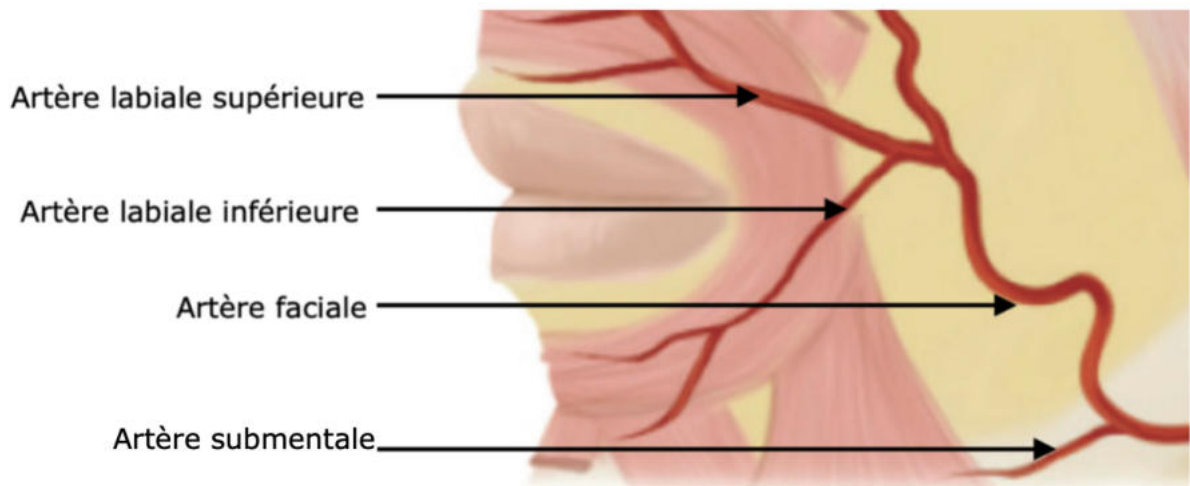


Figure 4 : Schéma du réseau artériel des lèvres (12)

L'artère labiale supérieure prend généralement son origine à environ 1,1 cm en dehors et 0,9 cm au-dessus de la commissure labiale, avec un diamètre moyen proche de 1,6 mm. Elle irrigue non seulement la lèvre supérieure, mais également le septum nasal et l'aile du nez (8).

L'artère labiale inférieure naît plus bas, approximativement 2,6 cm latéralement et 1,5 cm sous la commissure. Son calibre externe varie entre 0,5 et 1,5 mm. Elle traverse le muscle abaisseur de l'angle de la bouche puis l'orbiculaire, pour vasculariser la lèvre inférieure. De plus, elle établit des connexions avec l'artère controlatérale et la branche mentonnière de l'artère alvéolaire inférieure (11).

L'artère submentale, autre branche de l'artère faciale, fournit une perforante principale qui traverse le platysma et participe à l'irrigation du plexus sous-dermique péri-buccal (11).

1.3.4.2 Vascularisation veineuse

Le réseau veineux des lèvres reproduit globalement le trajet des artères correspondantes. Les veines labiales, supérieure et inférieure, cheminent parallèlement à leurs branches artérielles et rejoignent la veine faciale, principale voie de drainage veineux superficiel de la région. Cette dernière présente de nombreuses connexions avec les veines du massif facial avant de se jeter dans la veine jugulaire interne (11).

1.3.5 Drainage lymphatique

Le drainage lymphatique des lèvres présente une organisation bilatérale et asymétrique. La zone médiane de la lèvre inférieure se draine surtout vers les ganglions sub-mentaux, tandis que les portions latérales de cette lèvre et la totalité de la lèvre supérieure convergent vers les ganglions sub-mandibulaires. Ces territoires se connectent ensuite aux chaînes profondes du cou, en particulier aux ganglions jugulo-digastriques et jugulo-omohyoïdiens. Cette architecture explique la facilité des tumeurs labiales à disséminer vers les aires cervicales et souligne l'importance de leur exploration clinique systématique (11).

1.3.6 Innervation

L'innervation des lèvres est à la fois **motrice** et **sensitive** :

L'innervation motrice est assurée par les branches temporo-faciales et cervico-faciales issues du nerf facial (VII) (9).

L'innervation sensitive provient du nerf trijumeau (V). La lèvre supérieure reçoit les fibres du nerf infra-orbitaire, branche du nerf maxillaire (V2). La lèvre inférieure quant-à-elle est innervée par le nerf mentonnier, branche du nerf mandibulaire (V3) (9).

2 Étiologies générales des macrochéilites et autres lésions hypertrophiques des lèvres

2.1 Les macrochéilites à composante granulomateuse

La macrochéilite granulomateuse a été étudiée par Miescher en 1945. Au départ, ce terme désignait uniquement la forme idiopathique de la macrochéilite granulomateuse. C'est-à-dire une tuméfaction labiale isolée, inflammatoire et composée de granulome non caséux (non nécrotique). Au fil du temps, les scientifiques ont associé à cette pathologie certaines causes systémiques. De ce fait, on appelle dorénavant, macrochéilite granulomateuse tout œdème labial, inflammatoire présentant une composante granulomateuse histiocytaire épithélioïde non caséuse (non nécrotique). Ce phénomène est rare et évolue par poussée oedémateuse d'une ou des deux lèvres, généralement asymétrique et indolore. L'œdème est ferme, élastique et peut éverser la lèvre. Dans un premier temps, les poussées sont spontanément résolutives et surviennent par intervalles plus ou moins réguliers de 24 heures à une dizaine de jours. Au fil du temps, la tuméfaction labiale devient ferme, persistante et volumineuse. Cela devient alors un vrai handicap tant sur le plan de la phonation, de la mastication que de l'esthétique (13,14).

La macrochéilite granulomateuse est une pathologie dans laquelle le système immunitaire réagit à un agent qu'il ne peut pas éliminer (infection, corps étranger, réaction auto-immune). Cela forme un granulome, c'est-à-dire une agglomération de cellules inflammatoires visant à isoler l'agresseur. Plus précisément il s'agit d'un amas organisé de macrophages activés, souvent fusionnés en cellules géantes multinucléées et entourées de lymphocytes T. Les macrophages apparaissent roses et au cytoplasme abondant sur les coupes histologiques (Figure 5). De plus, le granulome se développe fréquemment au contact d'une paroi vasculaire, ayant pour conséquence une sténose de ces vaisseaux, notamment lymphatique et donc l'apparition d'un œdème labial (14,15).

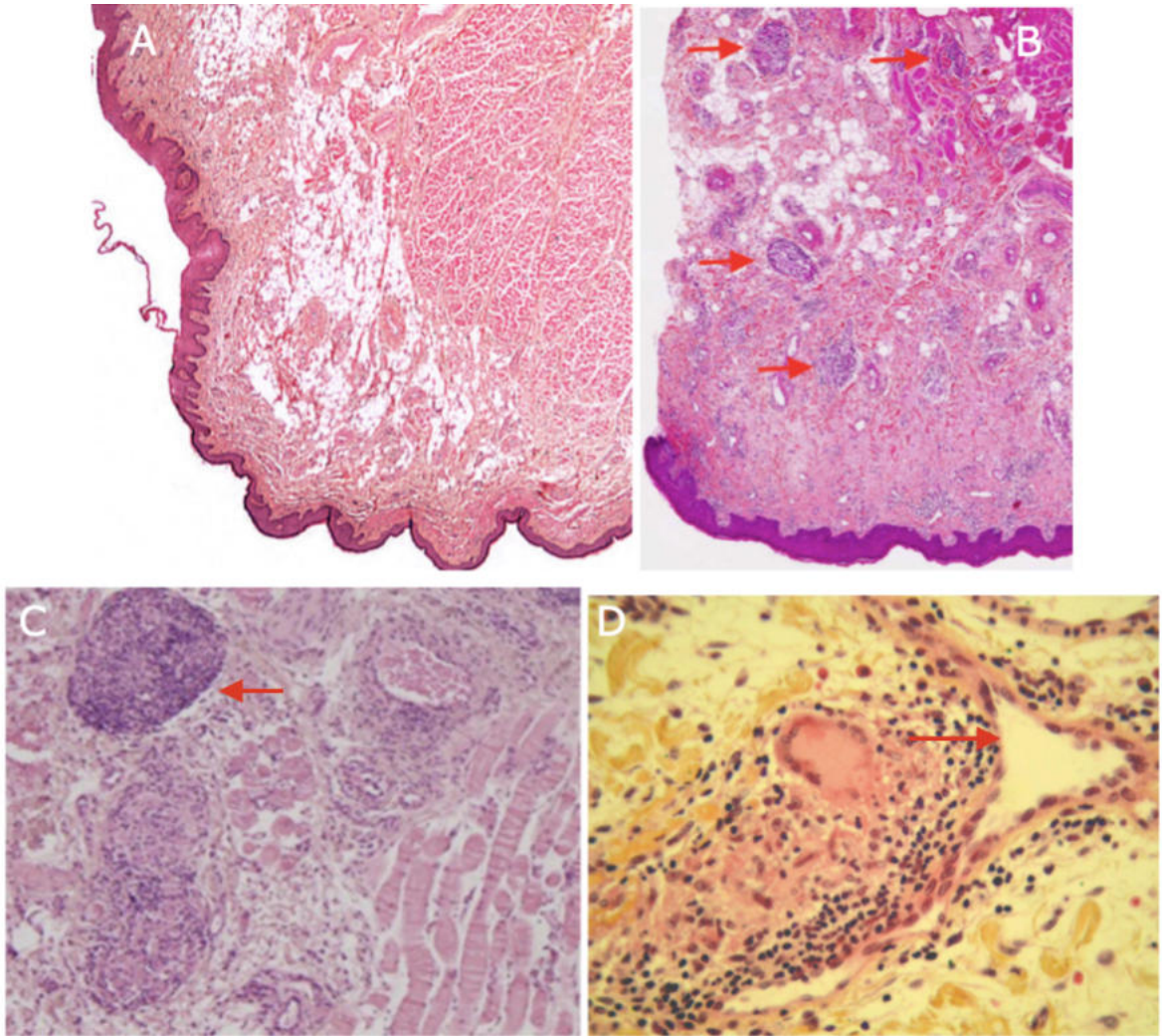


Figure 5 : Coupe histologique d'une lèvre saine (A), coupe histologique d'une lèvre présentant des granulomes inflammatoires du chorion et du muscle en profondeur (B), coupe histologique d'un granulome à plus fort grossissement (C) et coupe histologique d'un granulome péri-vasculaire, semblant comprimer la paroi d'un capillaire (D) (14,16)

2.1.1 Sarcoïdose

La sarcoïdose est une maladie granulomateuse systémique, caractérisée par la formation de granulomes non caséeux dans divers organes tels que les yeux, les poumons et la peau (17).

L'atteinte orale est généralement présente chez des patients atteints de sarcoïdose chronique et constitue la première manifestation de la maladie chez environ un tiers à deux tiers des patients (18).

L'atteinte orofaciale peut se manifester au niveau cutané et muqueux. Cette atteinte résulte de l'infiltration granulomateuse des tissus labiaux. Ces granulomes, non nécrosants, provoquent des oedèmes chroniques ou des indurations (19).

L'atteinte labiale est souvent isolée ou associée à d'autres signes faciaux tels que des gonflements des joues, nodules, hypertrophies des glandes salivaires ainsi que des gencives (Fig 6.) (4,18).

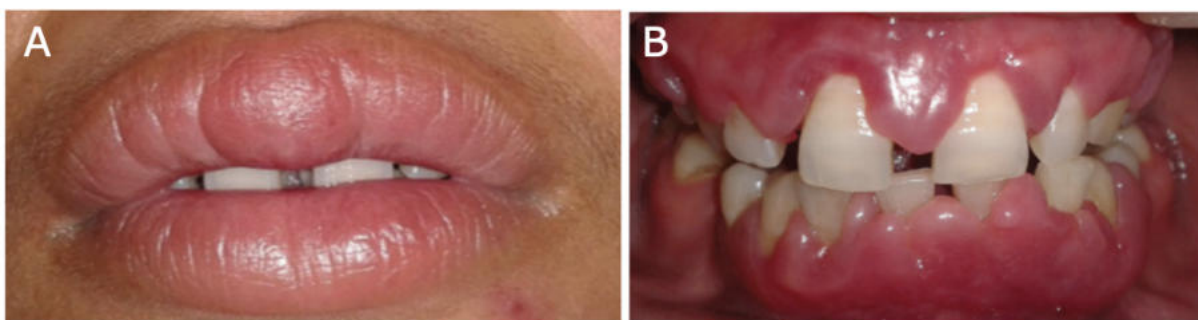


Figure 6 : Photographie exobuccale d'un patient atteint de la sarcoïdose présentant une macrochéilite (A) et Photographie endobuccale d'un patient atteint de la sarcoïdose présentant une hypertrophie gingivale (B) (17)

2.1.2 Maladie de Crohn

La maladie de Crohn fait partie des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) avec la rectocolite hémorragique. La maladie de Crohn se manifeste par des lésions inflammatoires granulomateuses non caséuses segmentaires et transmuraux du tube digestif. Celles-ci pouvant aller de la bouche jusqu'à l'anus (20).

Les manifestations labiales de la maladie de Crohn sont rares. Selon les études, 5% des cas de maladie de Crohn présenteraient une macrochéilite. Ces manifestations souvent précoces peuvent aussi accompagner ou suivre les symptômes digestifs (21).

Les patients atteints de la maladie de Crohn présentent:

- une composition anormale du microbiote intestinal (dysbiose),
- un dysfonctionnement de la barrière épithéliale,
- un déficit de l'immunité innée,
- une dérégulation de l'immunité adaptative (20).

Les causes de la maladie de Crohn ne sont pas encore connues. Néanmoins les scientifiques s'accordent sur l'existence de causes multifactorielles (environnementales et génétiques) pour expliquer les dysfonctionnements observés (20).

L'atteinte labiale est habituellement asymétrique, fissuraire, pouvant s'accompagner de perlèche et d'aphte. L'œdème est induré, épisodique puis peut devenir permanent (Fig. 7) (22).



Figure 7 : Photographie exobuccale des lèvres d'une patiente atteinte de la maladie de Crohn (22)

2.1.3 Syndrome de Melkersson-Rosenthal

Le syndrome de Melkersson-Rosenthal (SMR) se caractérise par un dysfonctionnement neurologique rare. Les causes sont multifactorielles et les répercussions se font principalement au niveau du visage et de la bouche.

Le SMR regroupe une triade de symptôme pouvant apparaître séparément ou simultanément:

- Un oedème oro-facial caractérisé par (Fig. 8) :
 - Un gonflement des lèvres avec une prédominance pour la lèvre supérieure.
 - Un oedème non douloureux et non prurigineux.
 - Un oedème pouvant devenir chronique si les crises se répètent (23,24).

- Une langue plicaturée caractérisée par (Fig. 8) :
 - La présence de plicatures longitudinales ou transversales.
 - Une sensibilité accrue aux aliments acides mais est majoritairement asymptomatique (23,24).

- Une paralysie faciale (Fig. 9) :
 - Presque systématiquement unilatérale.
 - Avec une récupération partielle ou complète entre les crises.
 - Qui a tendance à récidiver (23,24).

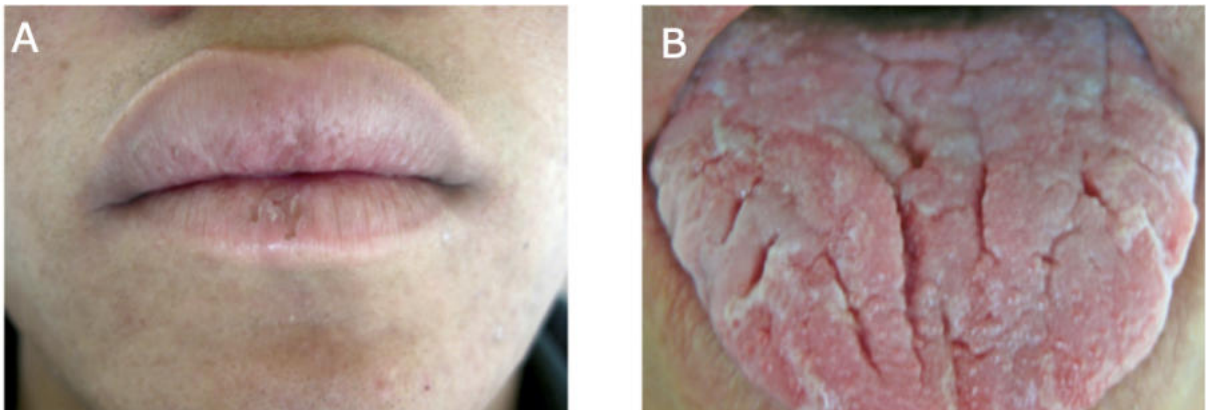


Figure 8 : Photographie exobuccale d'un patient atteint d'un SMR et présentant un gonflement de la lèvre supérieure (A) et Photographie présentant une langue fissurée chez un patient atteint du SMR (B) (25)



Figure 9 : Photographie mettant en évidence une paralysie faciale droite chez un patient atteint du SMR (23)

Le syndrome étant rare et d'étiologie encore inconnue, il n'y a pas de prévalence générale dans les études. Néanmoins, selon la littérature, une macrochéilite est présente dans 100% des cas, la langue plicaturée dans deux tiers des cas et la paralysie faciale dans un tiers des cas. De plus l'atteinte labiale est le signe précurseur du SMR dans 42% des cas (14,24).

La macrochéilite dans ce cas est le résultat d'un oedème labial causé par une stase lymphatique dû à la compression de vaisseaux par des granulomes composés d'histiocytes épithélioïdes et entourés de lymphocytes ou plasmocytes (14).

2.1.4 Granulomatose orofaciale

La granulomatose orofaciale (GOF) est décrite en 1985 par Wiesenfeld et Al. et correspond à une réaction inflammatoire chronique rare touchant les tissus mous de la région orofaciale. La GOF est indolore. Elle évolue généralement par poussées avant de devenir chronique. Des granulomes épithélioïdes sans nécrose caséuse sont retrouvés au niveau des macrochéilites (26–29).

Wiesenfeld et Al. distinguent alors deux types de GOF :

-La GOF primaire, isolée, correspondant à une macrochéilite granulomateuse sans atteinte systémique (macrochéilite idiopathique et SMR). Cela faisant référence à la première forme de macrochéilite granulomateuse (isolée) décrite par Miescher.

-La GOF secondaire, regroupant toutes les macrocheilites granulomateuses présentant une maladie systémique sous-jacente (maladie de Crohn et sarcoïdose). Cette appellation correspond à l'évolution de la macrochéilite granulomateuse de Miescher.

Cependant, il n'existe pas encore de consensus sur cette question. Certains scientifiques s'accordent à dire que la GOF idiopathique n'est en réalité que temporaire et le premier signe d'une GOF secondaire (26–29).

La prévalence et l'étiologie de la GOF sont encore inconnues (29).

2.2 Angio-œdème

L'angio-œdème (ou également appelé œdème de Quincke) est causé par une augmentation brutale de la perméabilité vasculaire à la suite d'une libération importante de médiateurs chimiques, comme l'histamine ou la bradykinine. Cela se traduit par une tuméfaction soudaine et transitoire des tissus dermo-hypodermiques. Il peut toucher les lèvres, la cavité buccale, le cou jusqu'à engager le pronostic vital du patient (Fig. 10) (30,31).

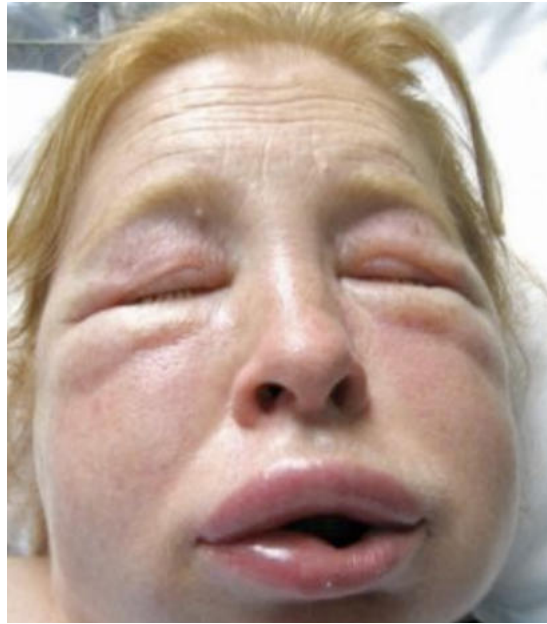


Figure 10 : Photographie de la face chez une patiente atteinte d'un angio-œdème (32)

On distingue deux type d'œdèmes de Quincke:

- **Œdème histaminique**

Il est causé par une réaction allergique, souvent urticaire (piqûre d'insecte, médicament, alimentaire). L'œdème apparaît rapidement, accompagné d'un urticaire prurigineux. Certains cas évoluent vers le choc anaphylactique. L'œdème disparaît généralement entre vingt-quatre heures à quarante-huit heures après prise en charge (33–35).

- **Œdème bradykinique**

Il est héréditaire ou acquis. Cet œdème est lié à un excès de bradykinine dû à un déficit en C1 estérase inhibiteur ou secondaire à un traitement inhibiteur de l'enzyme de conversion. Cette pathologie est rare. Son apparition se fait souvent vers l'adolescence. Dans ce cas, l'œdème est non prurigineux, sans urticaire et évolue par poussées de deux à trois jours (33–35).

La prévalence des œdèmes de Quincke varie selon les pays. Néanmoins, elle se situe généralement autour de 0,05 %. Parmi ces manifestations, 95 % sont histaminiques et sont rattachés à l'urticaire chronique. Les 5% restants sont d'origine bradykinique (33).

2.3 Malformations génétiques et congénitales

2.3.1 Malformation congénitale : anomalie de la double lèvre

La double lèvre est une anomalie acquise rare et isolée qui touche plus fréquemment la lèvre supérieure que la lèvre inférieure. Elle se caractérise par la présence d'un pli de tissu hyperplasique du côté muqueux de la lèvre. Ce phénomène est causé par un excès de tissu aréolaire et d'une hyperplasie non inflammatoire des glandes salivaires labiales. Cette malformation peut être à l'origine de gênes esthétique et alimentaire (36,37).

La double lèvre est une malformation rare. Les observations rapportées se font sur des cas isolés rendant le calcul de la prévalence compliqué. De plus, il ne semble pas exister de prédilection ethnique ou de genre (36,37).

Au cours de la période fœtale, la muqueuse de la lèvre supérieure est divisée en deux zones transversales :

- La pars glabrosa, zone externe lisse proche de la peau,
- La pars villosa, zone interne semblable à la muqueuse de la cavité buccale.

La double lèvre correspond à une hyperplasie de la pars villosa, qui apparaîtrait entre le 2^e et le 3^e mois de gestation. De plus, un sillon horizontal exagéré entre ces deux zones est présent (Fig. 11) (37,38).

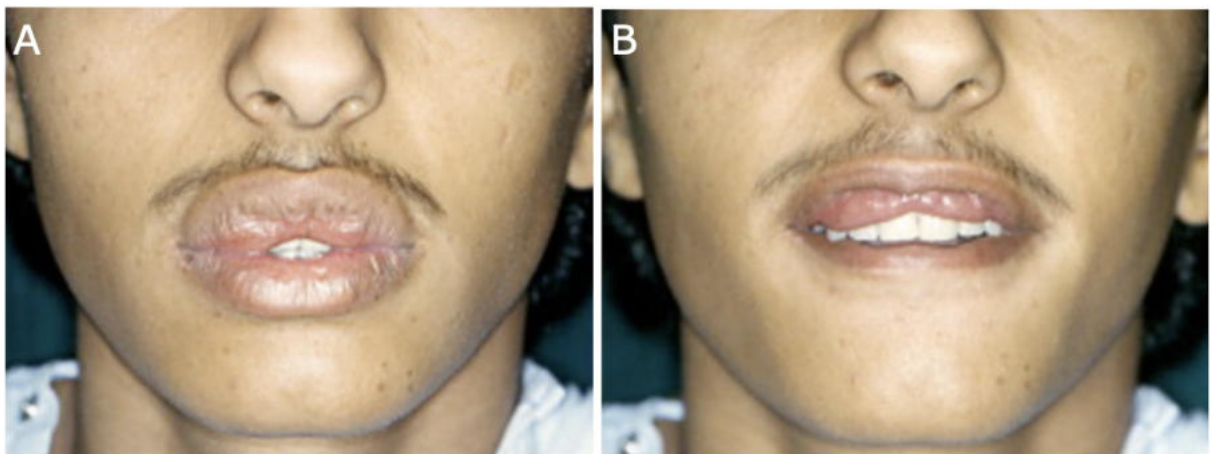


Figure 11 : Photographie de la face du patient au repos (A) et Photographie de la face du patient souriant (B), chez un patient atteint de l'anomalie de la double lèvre (39)

2.3.2 Syndrome d'Ascher

Le syndrome d'Ascher est une affection rare et de cause inconnue. Le syndrome doit son nom au premier médecin ayant évoqué cette affection : le docteur Karl Ascher en 1920 (38,40).

Moins de 200 cas du syndrome d'Ascher sont rapportés dans la littérature médicale (38,40).

Le syndrome d'Ascher se caractérise par une **triade clinique** :

- Une **hyperplasie labiale**, anomalie de la double lèvre
- Une **blépharochalasis**, relâchement et œdème récurrent des paupières, entraînant un excès cutané.
- Un **élargissement non toxique de la thyroïde (goitre thyroïdien)** : présent seulement dans environ 50 % des cas (Fig. 12) (38,40).



Figure 12 : Photographie de la face chez un sujet porteur du syndrome d'Ascher présentant une anomalie de la lèvre double associée à une blépharochalasis (38)

2.3.3 Neurofibromatose

La neurofibromatose est un groupe de maladies génétiques caractérisées par la formation de neurofibromes. Le neurofibrome est une tumeur bénigne des gaines nerveuses (cellules de Schwann, fibroblastes et mastocytes). Le neurofibrome peut être isolé. Cependant dans la majorité des cas il est associé à une neurofibromatose de type 1 (NF1). La NF1 est une mutation génétique à transmission autosomique dominante présente sur le chromosome 17. Cette mutation est à l'origine d'un défaut de fabrication de la neurofibromine. Cette protéine (neurofibromine) joue le rôle de suppresseur de tumeur (41-43).

On distingue plusieurs formes de neurofibromes :

- **La forme diffuse**, plus rare, extensive, mal limitée et s'étendant en nappe.
- **La forme plexiforme** est quant à elle, infiltrante et d'aspect en "sac de vers" (41,42).

L'atteinte labiale est rare. Selon les études, 85 à 97% des neurofibromes sont associés au NF1 et dans ces associations au NF1, 4 à 7% des neurofibromes concernent la sphère orale (42).

L'augmentation du volume labial résulte d'une infiltration diffuse ou d'une prolifération plexiforme des nerfs périphériques dans le tissu conjonctif labial. De cette infiltration provient une hyperplasie des tissus conjonctifs et nerveux, une dilatation lymphatique et vasculaire secondaire, pouvant être unilatérale ou diffuse, indolore de consistance molle mais pouvant devenir ferme avec le temps (Fig. 13). Une asymétrie faciale peut exister associée à une gêne esthétique et fonctionnelle (41,42).

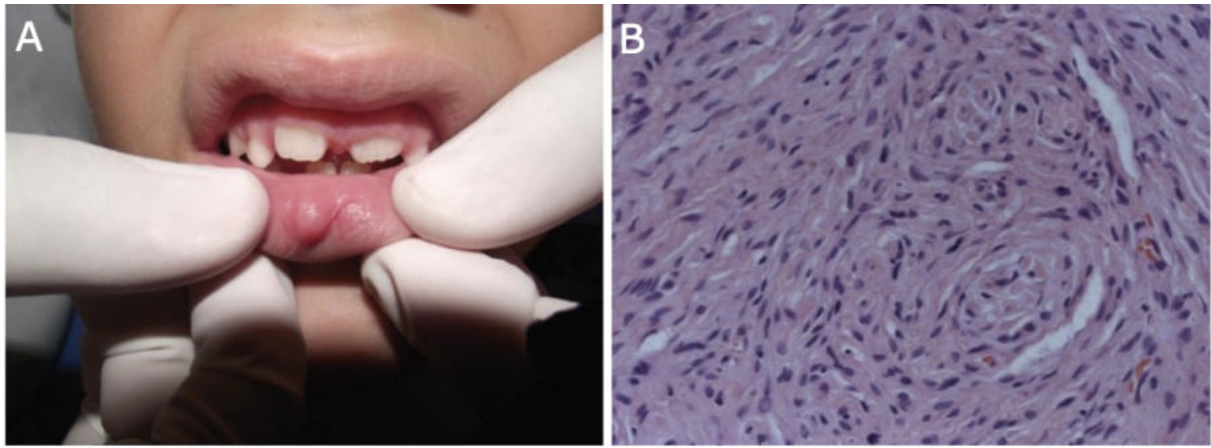


Figure 13 : Photographie de la lèvre inférieure centrée sur un neurofibrome (A) et Coupe histologique du même neurofibrome présentant des cellules plexiforme en "sac de verre" (B) x 40 (43)

2.4 Dysfonctions endocriniennes

2.4.1 Hypothyroïdie

L'hypothyroïdie peut être de deux étiologies. L'hypothyroïdie primaire correspond à un déficit en hormones thyroïdiennes dû à une thyroïdite auto-immune, une carence en iode ou après une chirurgie. L'hypothyroïdie secondaire correspond à une insuffisance de la glande hypophysaire ou hypothalamique. L'hypothyroïdie est à l'origine d'un myxœdème généralisé. En effet, lors d'une carence en hormone thyroïdienne, une baisse du métabolisme est observée et donc une accumulation de glycosaminoglycanes se crée dans les tissus interstitiels. Ces derniers retiennent l'eau et sont à l'origine d'œdèmes fermes (40).

L'hypothyroïdie est une pathologie davantage retrouvée dans les pays développés, chez les femmes blanches, de plus de 65 ans. On estime entre 3 à 7 % de la population des USA et entre 3 à 5 % des européens atteints d'hypothyroïdie (44).

Chez les patients atteints d'une hypothyroïdie, une augmentation du volume labial de consistance ferme et indolore associée à une macroglossie avec empreintes dentaires peut être retrouvée. Le patient peut également présenter une voix rauque et un débit de parole ralenti (44-46).

2.4.2 L'acromégalie

L'acromégalie est une maladie chronique due à une sécrétion excessive d'hormone de croissance, le plus souvent due à un adénome de l'hypophyse antérieure. Cette hyperproduction entraîne une hypertrophie des tissus mous et une croissance disproportionnée des structures osseuses et cartilagineuses. Lors d'une atteinte oro-faciale le patient présente une hypertrophie labiale associée à une macroglossie, un prognathisme ainsi qu'un élargissement des arcades dentaires. Une hypertrophie du nez ainsi que des pommettes, des arcades sourcilières saillantes peuvent être constatées chez ces patients (47,48).

La prévalence est de 116,9 nouveaux cas par million d'habitants par an avec une légère prédominance féminine. De plus, l'âge moyen de diagnostic est de 40 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes. Les chiffres sont en hausse (49).

Lors d'une acromégalie oro-faciale, les lèvres présentent un aspect épaissi. La lèvre supérieure a un sillon marqué et plus profond qu'à la normale, alors que la lèvre inférieure est en protrusion, de volume augmenté et éversée (Fig. 14) (50).

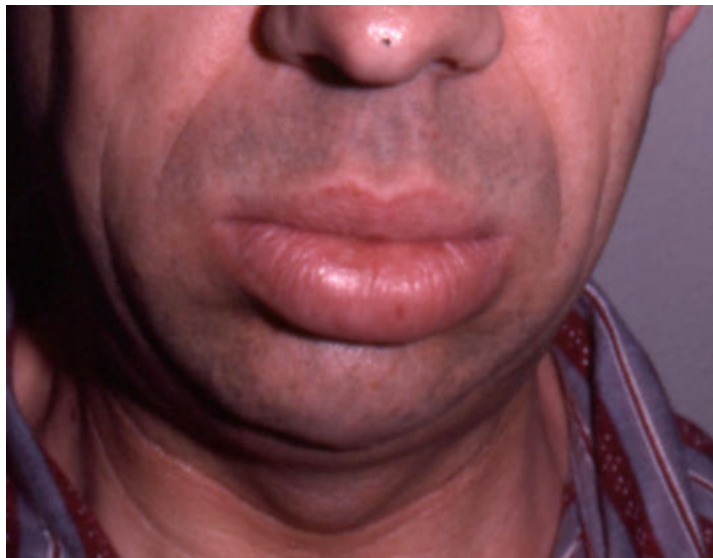


Figure 14 : Photographie centrée sur l'étage inférieur de la face d'un patient présentant une acromégalie (50)

2.5 La leishmaniose

La leishmaniose se contracte par infection parasitaire, transmise par piquûre d'insectes. Il existe trois formes de la maladie : viscérale (la plus grave), cutanée et cutanéomuqueuse (qui intéresse la bouche et les lèvres). L'infection causée par ce parasite crée une réaction inflammatoire en cascade et le recrutement de nombreux macrophages afin de lutter contre le parasite. Ces amas de macrophages créent des granulomes multiples pouvant être défigurants. Cependant cette pathologie ne rentre pas dans les macrochéilites granulomateuses du fait de la présence de nécrose au sein des tissus (51,52).

L'OMS estime entre 700 000 et 1 million de nouveaux cas par an mais seulement un quart serait rapporté. La majorité des cas est recensée en zone tropicale (Amérique du sud) ou en Afrique de l'est. Le Brésil, la Bolivie, l'Ethiopie et le Pérou concentrent environ 90% des nouveaux cas de leishmaniose cutanéomuqueuse. La pauvreté, la malnutrition, le déplacement de population et les changements environnementaux sont des facteurs de risques de contracter la leishmaniose (52).

Lors d'une infection par la leishmaniose, le tissu affecté est infiltré de cellules granulomateuses (Fig 15). Cette agglomération de cellules hystiocitaires est à l'origine d'oedème diffus, persistant, d'évolution lente et mutilante (Fig. 16) (51,53).

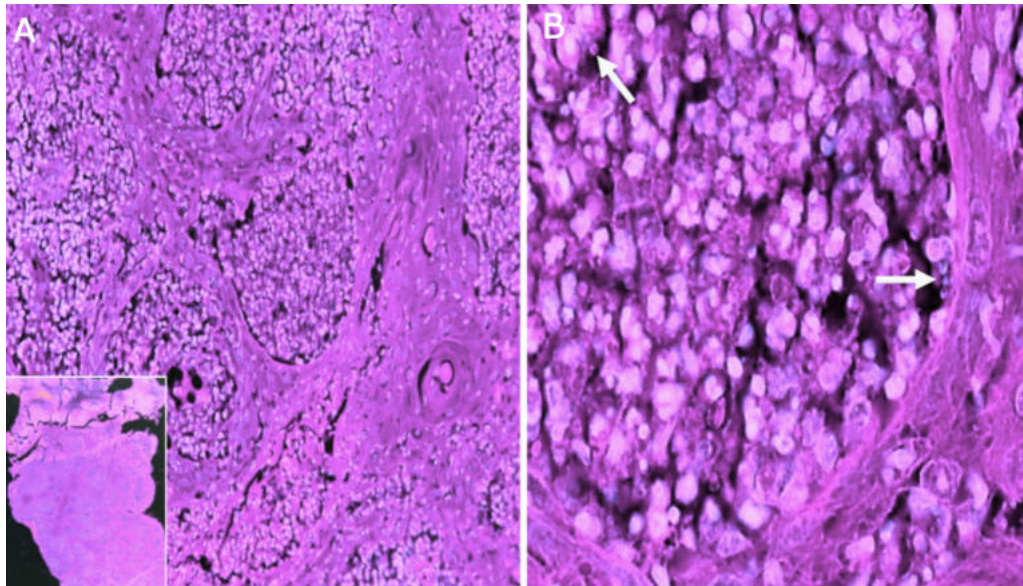


Figure 15 : Coupe histologique d'une hyperplasie épithéliale montrant des granulomes composés de macrophages (A) et coupe histologique d'un granulome révélant la présence de macrophages contenant des inclusions intracytoplasmiques ressemblant à des formes arrondies de Leishmania (B) (coloration hématoxyline-éosine : encadré $\times 4$, (A) $\times 10$, et (B) $\times 100$) (51)



Figure 16 : Photographie exobuccale centrée sur la lèvre inférieure d'un patient présentant une lésion mutilante causée par la leishmaniose (51)

3 Étiologies locales des hypertrophies labiales

3.1. La cellulite bactérienne

La cellulite cervico-faciale correspond à une infection bactérienne diffuse aux tissus cellulo-adipeux de la face. Fréquemment rencontrée au cabinet dentaire, cette affection nécessite une prise en charge précoce afin de limiter son extension au larynx et engager le pronostic vital du patient. La cellulite peut engendrer une diffusion bactérienne aux tissus mous de la face, un œdème et une hypertrophie des lèvres (54,55).

Selon une étude menée dans un service d'ORL sur 130 patients, on retrouve une prévalence masculine (57%) et un âge moyen de 31 ans. De plus, l'origine dentaire est mise en cause dans la grande majorité des cas (69%), puis les amygdales (10%), les sinus (8%), les lésions cutanées (6%). Certains facteurs de risques existent tels qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire, le tabac, le diabète, l'immunodépression, une prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (54,55).

Lors d'une cellulite bactérienne, le patient présente généralement une tuméfaction, une sensation de gêne, de chaleur diffuse, de la fièvre, des frissons, une sudation prononcée, un trismus ainsi que des douleurs principalement spontanées. La cellulite bactérienne peut être causée par un abcès dentaire, visible en bouche (Fig. 17). On peut alors constater une image radioclaire à la radiographie et potentiellement une augmentation du volume labial (Fig. 17 et 18) (54,56).



Figure 17 : Photographie exobuccale d'une cellulite bactérienne de la lèvre supérieure (A) et Photographie endobuccale d'un abcès palatin en regard de l'apex de l'incisive centrale maxillaire gauche (B) (Iconographie personnelle)

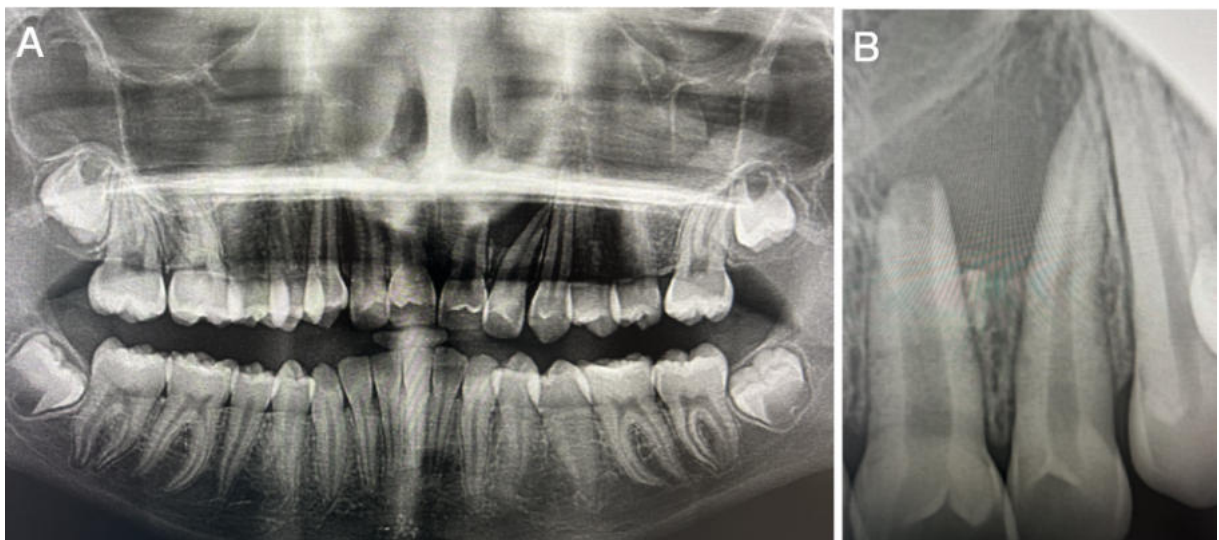


Figure 18 : Radiographie panoramique révélant la présence d'une lésion radioclaire entre les racines de l'incisive centrale et l'incisive latérale maxillaire gauche (A) et radiographie rétro-alvéolaire révélant la présence d'une lésion radioclaire à l'apex de l'incisive centrale maxillaire gauche (B) (Iconographie personnelle)

3.2 Traumatismes locaux

3.2.1. Œdème labial

Les traumatismes de la face et plus précisément des lèvres sont fréquents chez l'enfant. Il existe deux périodes où les traumatismes sont plus fréquents :

- Entre 1 et 3 ans, lorsque l'enfant commence à découvrir son environnement par la marche.
- A l'adolescence, période de l'autonomie et de la pratique de sport de contact (57).

Lors d'un choc à la lèvre, le patient peut présenter un gonflement aigu de cette dernière. Cela résulte de l'apparition d'un hématome dans la zone lésée du à l'accumulation de sang suite à la rupture des vaisseaux (58).

L'œdème labial peut être causé par un choc dentaire avec fracture coronaire. Un débris dentaire ou tout autre débris peut être présent dans la lèvre et causer l'hypertrophie de celle-ci. Lorsqu'il y a une plaie, une radiographie des lèvres ou des joues doit être faite pour rechercher le fragment fracturé ou tout autre débris (56).

3.2.2 Hyperplasie fibreuse irritative

L'hyperplasie fibreuse irritative ou fibrome d'irritation résulte de stimuli mécaniques répétés. Ces derniers comprennent les morsures, les prothèses mal adaptées et les surfaces dentaires irrégulières. Lors d'un stimuli traumatique chronique, il se crée un processus de cicatrisation continu et bénin avec un excès de production de tissu conjonctif et donc une hyperkératose. Cliniquement, la lésion prend l'aspect d'un nodule sessile ou pédiculé, de consistance ferme, fibreuse, indolore ou peu symptomatique, de couleur légèrement plus blanchâtre que la muqueuse saine environnante (59,60).

Les fibromes traumatiques comptent parmi les lésions les plus fréquentes des tissus mous buccaux. Ils représentent environ 4,5 % de toutes les lésions de la muqueuse orale. De plus, le site labial représente environ 12,9 % des localisations des fibromes oraux (61,62).

Le traumatisme répété de la lèvre induit un processus de réparation excessif engendrant l'accumulation de collagène et de tissu conjonctif (Fig. 19) (59,60).



Figure 19 : Photographie d'un fibrome sur le versant interne de la commissure labiale gauche (63)

3.2.3 Diapneusie

La diapneusie est une lésion bénigne, épithélio-conjonctive de la muqueuse buccale causée par un phénomène de succion et/ou d'aspiration de cette même muqueuse au travers d'un espace créé par une malposition dentaire ou une absence dentaire. La lésion apparaît le plus souvent, unique, lisse, arrondie, de couleur et d'aspect identique à la muqueuse labiale, indolore. La lésion est de consistance souple et molle mais pouvant devenir dure et pseudo-pédiculée au long terme. Le nodule mesure quelques millimètres et dépasse rarement un centimètre (Fig. 20). Enfin la lésion ne présente que peu, voire aucun recrutement de cellules inflammatoires (64-66).

La diapneusie est une pathologie fréquemment rencontrée au cabinet dentaire. Cette lésion apparaît fréquemment sur la face interne de la muqueuse labiale. Une étude menée sur 234 patients et 256 lésions de la muqueuse orale biopsiées montre que 16% des lésions sont des diapneusies. Cela représente la première lésion en terme de prévalence dans cette étude (67).

La diapneusie crée une lésion hyperplasique bénigne de la muqueuse labiale (65,66).



Figure 20 : Photographie d'une diapneusie sur le versant interne de la lèvre inférieure (64)

3.4 Tumeurs locales

3.4.1 Hémangiome infantile

L'hémangiome infantile (HI) situé sur la lèvre (principalement la lèvre inférieure) est une tumeur hypervascularisée bénigne, rouge violacée, chaude, fluctuante et de consistance élastique. La lésion est le plus souvent unique. On distingue généralement trois phases (prolifération, stabilisation et involution) (68,69).

L'HI est la tumeur vasculaire bénigne la plus fréquente chez le nourrisson. Cette pathologie touche en moyenne 4 à 5% des enfants. Il existe une forte prédisposition féminine (un ratio de 4 femmes pour 1 homme). Une naissance prématurée ainsi qu'un nouveau-né de faible poids augmentent le risque d'avoir un HI (70,71).

Il est fréquent que l'HI prenne localisation au niveau des lèvres et crée des tuméfactions défigurantes (Fig. 21). Ces déformations labiales peuvent entraîner de graves complications notamment au niveau de l'alimentation, de l'élocution et de la formule dentaire (68,69).



Figure 21 : Photographies comparant trois types d'HI selon leur profondeur : superficiel (A), mixte (B), profond (C) (69)

3.4.2 La Mucocèle

La mucocèle labiale est une tumeur bénigne des glandes salivaires accessoires causée par une accumulation de mucus dans le tissu conjonctif environnant. Il existe deux formes de mucocèles :

- **Mucocèle par extravasation** : pseudo-kyste lié à la rupture d'un canal salivaire permettant le passage de salive dans les tissus extra-glandulaires.
- **Kyste de rétention** : vrai kyste dû à une sténose du canal excréteur par prolifération épithéliale.

Les mucocèles sont généralement asymptomatiques. Toutefois, lorsqu'elles sont multiples ou récidivantes, elles peuvent devenir douloureuses. Cliniquement, une mucocèle se présente comme une tuméfaction arrondie de taille variable (ne dépassant généralement pas 2cm), initialement molle, bleutée ou translucide (Fig. 22). Avec le temps, elle devient plus ferme (72). Celle-ci provoque une asymétrie labiale et peut gêner lors de la mastication. De plus, la mucocèle peut altérer la mobilité labiale, perturber la dynamique du sourire et avoir un retentissement psychosocial. En cas de récidives, il est possible d'observer une fibrose tissulaire, responsable d'une induration labiale (72,73).

Les mucocèles sont retrouvées dans 80 à 90% des cas au niveau de la lèvre inférieure. De plus, les mucocèles par extravasation concernent entre 80 et 90% de ces lésions, contre 10 à 20 % pour les kystes de rétention. Ces lésions impactent indifféremment les hommes et les femmes. Cependant on retrouve plus de cas chez les patients jeunes, entre vingt et trente ans (72,73).



Figure 22 : Photographie centrée sur la cavité buccale d'un patient présentant une mucocèle sur la lèvre inférieure gauche (Iconographie personnelle)

3.5 Injections par produits de comblements

Les produits de comblement sont des substances injectables utilisées à des fins esthétiques pour augmenter le volume des lèvres, corriger des asymétries ou restaurer la tonicité tissulaire perdue avec l'âge. L'agent le plus fréquemment utilisé est l'acide hyaluronique, en raison de sa biocompatibilité, biodégradabilité et réversibilité. Ces substances augmentent le volume des lèvres par rétention d'eau. Cependant, nombreuses sont les complications. Sur une étude de cinquante trois patients ayant eu des complications, les scientifiques ont rapporté plus de 82 complications différentes (nodule, granulome, migration des produits de comblements, oedème et hématome) (74,75).

On distingue trois types de complications :

- Immédiates, qui disparaissent généralement en 3 jours (oedème, érythème, ecchymose, douleur, prurit) (Fig. 23).
- Semi-immédiates, qui apparaissent après quelques jours et durent généralement une quinzaine de jours (abcès, hématome, asymétrie labiale, paresthésie, réaction allergique).
- Retardées, qui apparaissent plusieurs semaines après l'injection et prennent plusieurs mois à se résorber (érythème intense et induré, granulome non spécifique violacé, nodule, migration de produit) (Fig. 23).
- Retardées et irréversibles (granulomes persistants, défigurants, asymétriques) (76).

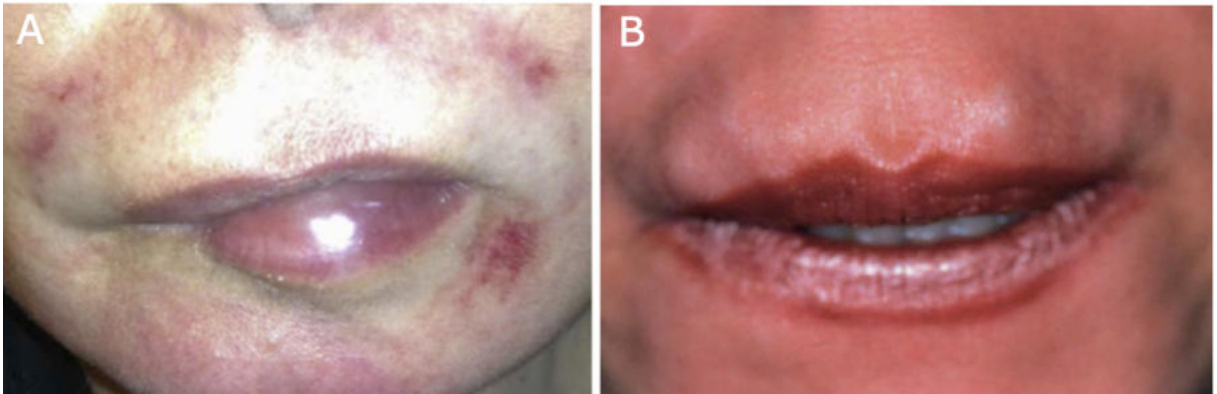


Figure 23 : Photographie exobuccale d'une patiente présentant un oedème de la lèvre inférieure, d'apparition immédiate (A) et photographie exobuccale d'une patiente présentant des nodules au niveau de la lèvre supérieure, d'apparition retardée (B) (77)

4 Diagnostic et prise en charge médicale

4.1. Anamnèse

4.1.1. Définition

L'anamnèse constitue la première étape du processus de diagnostic. Elle repose sur un questionnement structuré mené par le chirurgien dentiste afin de reconstituer les antécédents médicaux du patient ainsi que l'historique de la pathologie actuelle. Cette démarche permet d'évaluer l'état général du patient tout en appréhendant son profil psychologique. Ces éléments donnent généralement des indices sur le diagnostic (78).

4.1.1.2 Interrogatoire général

L'anamnèse débute toujours par le recueil des données générales d'identifications du patient :

- Nom et prénom(s),
- Sexe (certaines pathologies ont des prédominances de sexes),
- Date de naissance (il existe des facteurs de risques selon l'âge),
- Adresse,
- Numéro de téléphone,
- Profession,
- Origine ethnique,
- Voyages (le patient a pu être exposé à un risque),
- Poids, taille, Indice de Masse Corporelle (IMC),
- Coordonnées du médecin traitant et spécialistes (importance de la relation interdisciplinaire pour le partage et recueil d'informations) (78,79).

4.1.1.3 Interrogatoire médical

L'interrogatoire a une importance majeure. Comme énoncé précédemment, une hypertrophie labiale peut être le reflet d'un problème systémique sous-jacent. De ce fait, lors de l'interrogatoire médical, le chirurgien dentiste va récolter le plus d'information possible sur l'état général du patient afin de pouvoir faire des liens avec les lésions présentes en bouche. L'interrogatoire va se porter sur :

- Les antécédents médico-chirurgicaux individuels et familiaux,
- Les pathologies médicales,
- Les traitements en cours,
- Les allergies,
- Les antécédents dentaires,
- L'état général et les habitudes de vie (78,79).

4.1.1.4 Motif de consultation

Il est essentiel pour le chirurgien dentiste de connaître le motif de consultation du patient afin d'orienter son diagnostic. Le patient consulte soit pour un simple examen de routine, soit pour une demande spécifique.

Dans les deux cas, quand le professionnel de santé constate une lésion, ce dernier se doit de poser les questions suivantes afin d'aiguiller son diagnostic :

- Présence ou absence de douleurs (localisées, diffuses, continues, aiguës, chroniques),
- Date d'apparition ,
- Localisation,
- Evolution de la lésion,
- Facteurs déclenchants ou favorisants,
- Symptômes associés (voir si il faut détailler),
- Antécédents,
- Gêne esthétique, phonatoire, masticatoire, respiratoire (78,79).

4.2 Examen clinique exobuccal

4.2.1 Inspection

L'examen exobuccal débute par l'observation des lèvres et de la face à la recherche de signes évocateurs d'une pathologie. Celui-ci est bilatéral et symétrique.

Face à une lésion le chirurgien dentiste décrit les éléments suivants :

- Localisation,
- Taille,
- Forme,
- Couleur,
- Aspect de surface,
- Présence ou non d'une paralysie faciale,
- Atteinte d'une ou des deux lèvres,
- Trismus,
- Tuméfaction,
- Effacement ou exagération du sillon labial (78,79).

4.2.2 Palpation

La palpation permet de préciser les éléments constatés à l'inspection.

Plusieurs éléments feront l'objet d'une palpation :

- Les aires ganglionnaires sous maxillaires, sous digastriques, sous mentales et la chaîne jugulaire antérieure (nombre, taille, consistance, adhérence, sensibilité, symétrie ou non).
- La tuméfaction (aspect de surface, consistance, limite, douleur, mobilité, fluctuation)
- Les glandes salivaires (taille, consistance, douleur, mobilité) (78,79).

4.3 Examen clinique endobuccal

4.3.1 Inspection

L'inspection endobuccale reprend les éléments déjà mentionnés dans les paragraphes précédents en y ajoutant l'inspection de la denture, du parodonte et des éléments prothétiques.

Le chirurgien dentiste inspecte :

- La denture (édentements, denture ou appareillage traumatique, soins débordants, parodontopathie)
- Les muqueuses (présence de lésions ou non ailleurs que sur les lèvres) (78,79).

4.3.2 Palpation

La palpation labiale endobuccale se fait du stomion jusqu'au fond du vestibule permettant d'évaluer l'aspect, la consistance, la mobilité, la fluctuation ou non, les limites des muqueuses endobuccales (78,79).

4.4 Examens complémentaires

Les examens complémentaires ont pour but de vérifier ou rechercher une pathologie suspectée à l'examen clinique.

Plusieurs examens permettent d'étayer le diagnostic :

- Examen radiographique (orthopantomogramme, radiographie rétroalvéolaire, CBCT, IRM, échographie)
- Examen biologique (biopsie + analyse anatomopathologique, bilan biologique sanguin, mise en culture de bactérie, test génétique, test allergologique) (78,79).

4.5 Diagnostic et prise en charge pluridisciplinaire

Au cours de la prise en charge d'une macrochéilite ou autre lésion non inflammatoire augmentant le volume des lèvres, le chirurgien dentiste peut intervenir à différents stades.

Tout d'abord le chirurgien dentiste de par sa spécialité est un des professionnels de santé vers lequel le patient se tourne de prime abord en cas de problèmes oraux. Ce dernier joue alors un rôle clé dans la détection de la pathologie. En effet, étant possiblement le premier maillon de la chaîne de soin, le chirurgien dentiste est amené à détecter et aider à poser un diagnostic sur la pathologie rencontrée. Ce dernier peut être amené à réaliser des examens complémentaires (radiographie, examen biologique).

Ensuite, le chirurgien dentiste peut être amené à entreprendre certains soins (exérèse de nodules simples, soins prothétiques et dentaires causaux, prescription médicamenteuse).

De plus, le chirurgien dentiste a un rôle d'adressage. La pluridisciplinarité est essentielle face à la diversité des étiologies rencontrées. En effet, la prise en charge de ces lésions fait intervenir le chirurgien dentiste mais peut également faire appel à un chirurgien oral, un chirurgien maxillo-facial, un dermatologue, un endocrinologue ainsi que d'autres professions médicales. La bonne connaissance des pathologies orales par le chirurgien dentiste permet un gain de temps et donc un gain de chance pour le patient afin d'être rapidement pris en charge et orienté vers le bon spécialiste. De surcroît, il faut garder à l'esprit que la découverte d'une lésion hypertrophique des lèvres peut cacher une pathologie systémique sous-jacente.

Enfin le chirurgien dentiste a un rôle dans le suivi de ces pathologies pour analyser leur évolution, leur guérison, l'éventuelle récurrence ou enfin la stabilité de la lésion.

Afin d'aider les chirurgiens dentistes et les étudiants en chirurgie dentaire dans leur prise en charge, des tableaux récapitulatifs ont été réalisés pour la prise en charge des différentes pathologies augmentant le volume des lèvres en fonction de leur étiologie.

Après un examen clinique exobuccal et endobuccal approfondi fait par le chirurgien dentiste, le praticien va orienter son patient vers des spécialistes afin de réaliser des examens plus généraux.

Des signes généraux pourront être mis en évidence et des examens complémentaires (analyses anatomopathologiques et radiologiques plus larges) seront réalisés afin de poser le diagnostic de la pathologie à l'origine de l'augmentation du volume labial. Les traitements seront de différents niveaux, systémiques ou locaux.

Les tableaux suivants présentent de manière synthétique les principaux éléments du diagnostic et du traitement en intégrant les contributions des différentes spécialités impliquées. Ils permettent une lecture claire et comparative des signes cliniques, des examens complémentaires recommandés et des options thérapeutiques adaptées à chaque situations. Cette présentation vise à faciliter la synthèse des données cliniques et à orienter la stratégie de prise en charge la plus adaptée à chaque patient (Tab. 1,2,3,4,5,6,7,8,9).

Tableau 1 : Diagnostic et prise en charge des macrochéilites à composante granulomateuse (4,14,17-29,50,80,81)

PATHOLOGIES SYSTÉMIQUES À COMPOSANTE GRANULOMATEUSE				
	EXAMEN CLINIQUE LABIAL	AUTRES SIGNES ASSOCIÉS (LOCAUX ET GÉNÉRAUX)	APPROCHES DIAGNOSTIQUES	TRAITEMENTS
SARCOIDOSE	Macrochéilite persistante non douloureuse parfois avec nodules	- Nodules pulmonaires - Lésions dermatologiques et oculaires	- Biopsie avec analyse anatomopathologique : granulomes non caséeux - Imagerie thoracique : Radio opacités pulmonaires - Examen systématique : dermatologique, oculaire, hématologique	Traitements systémiques : - corticoïdes systémiques en première intention (PREDNISOLONE) - immunosuppresseurs en deuxième intention (METHOTREXATE) - Anticorps anti-TNF en troisième intention (INFLIXIMAB) Traitement local : - Cheiloplastie
MALADIE DE CROHN	Macrochéilite persistante homogène et asymétrique	- Douleurs abdominales - Diarrhées chroniques - Perte de poids - Fatigue	- Biopsie avec analyse anatomopathologique : granulomes épithélioïdes, géantocellulaires périvasculaires et non caséeux - Endoscopie gastro-intestinale avec biopsie	Traitements systémiques : - Corticoïdes en première intention par voie orale ou injection - Immunosuppresseurs - Anticorps anti-TNF Traitement local : - Cheiloplastie
SYNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL	Si les poussées sont récurrentes, la macrochéilite peut devenir persistante	- Langue plicaturée - Paralysie faciale	- Biopsie avec analyse anatomopathologique : granulomes non caséeux - Mise en évidence de la triade (macrochéilite, langue plicaturée, paralysie faciale)	Traitements systémiques : - anti-inflammatoire et immunomodulateur Traitements locaux : - Injection de corticoïdes intralésionnelle (acétate de triamcinolone) - Cheiloplastie
GRANULOMATOSE OROFACIALE PRIMAIRE	Macrochéilite isolée et chronique	/	- Biopsie avec analyse anatomopathologique : granulomes non caséeux - Exclusion des autres signes orientant le diagnostic vers une des 3 pathologies ci-dessus	Traitements systémiques : - Anti-inflammatoires et immunomodulateurs Traitement local : - Injection de corticoïdes intralésionnelle (acétate de triamcinolone) - Cheiloplastie

Tableau 2 : Diagnostic et prise en charge des angio-œdèmes (30,83,84)

ANGIO ŒDÈMES				
	EXAMEN CLINIQUE LABIAL	AUTRES SIGNES ASSOCIÉS (LOCAUX ET GÉNÉRAUX)	APPROCHES DIAGNOSTIQUES	TRAITEMENTS
ŒDÈME DE QUINCKE HISTAMINIQUE	• Apparition rapide d'un œdème labial et facial	• Tuméfaction de la langue, des paupières • Atteinte respiratoire possible • Prurit et urticaire	• Apparition rapide suite à un contact avec un allergène	Traitements systémiques : • Antihistaminiques • Corticoïdes • Adrénaline si choc anaphylactique
ŒDÈME DE QUINCKE BRADYKINIQUE	• Pas d'urticaire • Œdème orofacial ferme profond douloureux plutôt que prurigineux	• Atteinte digestive (diarrhées, coliques) • Atteinte laryngée	• Diagnostic positif de l'œdème de Quincke bradykinique si inefficacité des traitements par antihistaminiques et corticoïdes • Le traitement médicamenteux par l'enzyme de conversion est un facteur de risque • Antécédents familiaux	Traitements systémiques : • Inhibiteurs de C1 • Plasma frais congelé

Tableau 3 : Diagnostic et prise en charge des malformations génétiques et congénitales (36-43)

MALFORMATIONS GÉNÉTIQUES ET CONGÉNITALES				
	EXAMEN CLINIQUE LABIAL	AUTRES SIGNES ASSOCIÉS (LOCAUX ET GÉNÉRAUX)	APPROCHES DIAGNOSTIQUES	TRAITEMENTS
ANOMALIE DE LA DOUBLE LÈVRE	• Pli hypertrophique de la muqueuse labiale • Sillon horizontal exagéré entre la pars villosa et la pars glabrosa • Touche le plus fréquemment la lèvre supérieure	/	• Basé sur l'examen clinique uniquement	Traitement local : • Exérèse chirurgicale
SYNDROME D'ASCHER	• Pli hypertrophique de la muqueuse labiale • Sillon horizontal exagéré entre la pars villosa et la pars glabrosa • Touche le plus fréquemment la lèvre supérieure	• Blépharochalasis • Goitre thyroïdien (dans 50% des cas)	• Basé sur l'examen clinique et les signes associés	Traitement local : • Exérèse chirurgicale
NEUROFIBROMATOSE	• Lèvre augmentée de volume, parfois asymétrique, molle et indolore	• Signes cutanés (lésions couleur café) • Nombreuses taches de rousseurs inguinales et axillaires • Nodules de Lisch (iris)	• IRM : infiltration nerveuse diffuse typique des neurofibromes plexiformes • Biopsie et analyse anatomopathologique : prolifération désorganisée des cellules de Schwann et des fibroblastes • Test génétique : mutation du gène NF1	• Surveillance clinique • Exérèse chirurgicale • Prise en charge multidisciplinaire (génécien, dermatologue, chirurgien maxillo-facial)

Tableau 4 : Diagnostic et prise en charge des pathologies endocriniennes (44-50)

PATHOLOGIES ENDOCRINIENNES				
	EXAMEN CLINIQUE LABIAL	AUTRES SIGNES ASSOCIÉS (LOCAUX ET GÉNÉRAUX)	APPROCHES DIAGNOSTIQUES	TRAITEMENTS
HYPOTHYROÏDIE	Augmentation du volume labial, œdème ferme, chronique, pâleur et sécheresse du vermillon	- Fatigue, frilosité, bradycardie, prise de poids, constipation, peau sèche, cheveux cassants - Macroglossie avec empreinte dentaire et langue fissurée - Retard d'éruption dentaire chez l'enfant - Xérostomie et diminution du goût - voix rauque, expression lente	- Prise de sang : dosage hormonal, anticorps, cholestérol - Echographie thyroïdienne : aspect atrophique ou pseudonodulaire de la glande thyroïde	- Suivi régulier - Hydratation, prévention des sécheresses buccale et labiale - Traitement étiologique du déficit hormonal par traitement médicamenteux - Si l'hormone de la thyroïde reste stable, possibilité d'une chirurgie de réduction labiale dans les formes sévères
ACROMÉGALIE	- Lèvres épaissies, dures, proéminentes, parfois fissurées - Prédominance de la lèvre inférieure	- Hypertrophie des mains - hypertrophie des pieds - Hypertrophie du faciès (arcades sourcilières, nez, menton, fencive, palais mou) - Prognathie - Présence de diastèmes	- Prise de sang : dosage hormonal et IGF-1 sérique - IRM : adénome somatotrope hypophysaire	- Traitement étiologique : chirurgie d'exérèse de l'adénome hypophysaire - Traitement hormonal médicamenteux - Radiothérapie : si échec de la chirurgie - Prise en charge multidisciplinaire (chirurgien-dentiste, ORL, CMF, ophtalmologue, endocrinologue, cardiologue)

Tableau 5 : Diagnostic et prise en charge de la leishmaniose (51-53)

PATHOLOGIE PARASITAIRE				
	EXAMEN CLINIQUE LABIAL	AUTRES SIGNES ASSOCIÉS (LOCAUX ET GÉNÉRAUX)	APPROCHES DIAGNOSTIQUES	TRAITEMENTS
LEISHMANIOSE	• Lèvre (inférieure ++) augmentée de volume avec un aspect pseudo tumoral érythémateux, une surface fissurée ou ulcérée. • La tuméfaction est chronique	• Evolution lente • Tuméfaction et/ou ulcération de la bouche (palais et gencive en plus des lèvres), du nez et du pharynx responsables de déformations faciales • Epistaxis • Gêne respiratoire • Gonflement des ganglions cervicaux et submandibulaires • Fièvre, amaigrissement	• Biopsie avec analyse anatomopathologique : granulomes et macrophages parasités • PCR ou immunofluorescence : ADN de <i>Leishmania</i> • Sérologie	• Traitements antiparasitaires systémiques (méglumine antimoniate ou stibogluconate de sodium) • Soins locaux : antiseptiques et gestion des surinfections bactériennes • Chirurgie réparatrice labiale après guérison complète et absence de parasite

Tableau 6 : Diagnostic et prise en charge de la cellulite bactérienne (54-56)

PATHOLOGIES BACTÉRIENNES				
	EXAMEN CLINIQUE LABIAL	AUTRES SIGNES ASSOCIÉS (LOCAUX ET GÉNÉRAUX)	APPROCHES DIAGNOSTIQUES	TRAITEMENTS
CELLULITE	• Tuméfaction, sensation de gêne, chaleur diffuse, douleurs spontanées ou à la palpation	• Fièvre, trismus, sueurs	• Etiologie principalement dentaire : parodontopathie sévère, abcès dentaire, péri coronarite ou encore une infection post avulsion	Traitements systémiques : • Antibiothérapie : amoxicilline + acide clavulanique poudre pour suspension buvable (100mg/12,5mg), une dose-poids trois fois par jour chez l'enfant et des comprimés (500mg/62,5mg) deux à trois fois par jour pendant une semaine. Traitement étiologique de la cause en différé

**Tableau 7 : Diagnostic et prise en charge des lésions traumatiques
(59-67)**

LÉSIONS TRAUMATIQUES				
	EXAMEN CLINIQUE LABIAL	AUTRES SIGNES ASSOCIÉS (LOCAUX ET GÉNÉRAUX)	APPROCHES DIAGNOSTIQUES	TRAITEMENTS
ŒDÈME LABIAL	• Augmentation du volume labial, aspect rouge violacé • Présence de plaie ou non • Présence de corps étranger ou non • Recherche de déformation ou de la perte de continuité labiale • Palpation à la recherche d'une douleur, chaleur locale, consistance	• Fracture dentaire, plaie en muqueuse interne • Recherche d'éventuels signes généraux : fièvre, malaise	• Radiographie panoramique et/ou rétroalvéolaire • Etiologie de traumatisme mécanique (choc, chute, morsure, coup)	• Nettoyage, désinfection • Vérification de la vaccination antitétanique • Sutures si plaie profonde ou béante • Antibiothérapie selon le contexte • Glace locale, antalgiques • Réévaluation, suivi
HYPERPLASIE FIBREUSE IRRITATIVE	• Nodule blanchâtre hyperkératinisé, d'aspect sessile ou pédiculé, ferme, indolore, d'évolution lente et n'excédant pas 2 cm de diamètre	• Possible fibrose locale et chronique • Pas de douleur associée mais parfois une gêne esthétique et à la mastication • prothèses mal adaptées, appareil orthodontique traumatique, surfaces dentaires irrégulières • Morsures répétées de la lèvre	• Biopsie avec analyse anatomopathologique : prolifération de fibroblastes fusiformes • Absence de vasularisation et de réaction inflammatoire excessive	• Chirurgie d'exérèse de la lésion • Elimination de la cause irritative étiologique par réalisation d'une prothèse adaptée, meulage d'une prothèse existante, polissage d'une surface dentaire ou prothétique irrégulière
DIAPNEUSIE	• Nodule d'aspect lisse, pédiculé, de couleur identique à la muqueuse, indolore, souple pouvant devenir dur au long terme, parfois ulcéré à cause des morsures, ne dépassant rarement 1 cm de diamètre	• Malposition dentaire, diastème • Tic de succion, d'aspiration au travers d'un espace libre entre deux dents	• Biopsie avec analyse anatomopathologique : hyperplasie fibro-épithéliale sans vascularisation ni réaction inflammatoire exagérée	• Chirurgie d'exérèse • Elimination de la cause par réalisation d'un soin, d'une prothèse adaptée, alignement des dents grâce à l'orthodontie pour éviter la récurrence

Tableau 8 : Diagnostic et prise en charge des tumeurs locales (68-73)

TUMEURS LOCALES				
	EXAMEN CLINIQUE LABIAL	AUTRES SIGNES ASSOCIÉS (LOCAUX ET GÉNÉRAUX)	APPROCHES DIAGNOSTIQUES	TRAITEMENTS
HÉMANGIOME INFANTILE	• Lésion impactant davantage la lèvre supérieure, asymétrique, d'aspect violacé, molle fluctuante, non pulsatile • Lésion indolore, de croissance rapide après les premiers mois de vie du nourrisson	• Troubles de l'alimentation, de l'élocution, et d'occlusion • Hémorragie mineures • Syndrome de PHACE (Posterior fossa malformation, Hemangioma of the cervicofacial region, Arterial anomalies, Cardiac anomalies, Eyes Anomalies and Sternal or abdominal clefting or ectopia cordis) possible dans les formes graves (anomalies artérielles, cardiaques, oculaires et de la fermeture de la fente sternale)	• Diagnostic basé sur l'examen clinique	• Surveillance : possible régression spontanée • Médications spécifiques : propranolol, corticothérapie systémique • Laser correcteur • Chirurgie correctrice si la maladie est stabilisée mais que d'importantes séquelles esthétiques persistent
MUCOCÈLE	• Tuméfaction généralement de la lèvre inférieure, indolore, fluctuante, de taille variable (quelques millimètres à 2 centimètres), surface lisse bleutée ou translucide, de consistance molle mais pouvant devenir dure sur le long terme • Lésion pouvant augmenter de volume après un repas, pouvant se rompre puis récidiver	• Pas de fièvre • Pas d'adénopathie • Apparition fréquente après une morsure • Gêne à la phonation, mastication et esthétisme	• Examen clinique simple • Biopsie avec analyse anatomopathologie. pseudo kyste mucoïde • Echographie (rare) : lésion kystique bien délimitée • IRM (rare) : aspect liquidien	• Surveillance : voir si la lésion régresse, récidive ou persiste au delà de trois semaines • Chirurgie d'excision avec analyse anatomopathologie : si la lésion persiste au delà de trois semaines

Tableau 9 : Diagnostic et prise en charge des injections par produit de comblement (74-76)

INJECTIONS PAR PRODUITS DE COMPLEMENT				
	EXAMEN CLINIQUE LABIAL	AUTRES SIGNES ASSOCIÉS (LOCAUX ET GÉNÉRAUX)	APPROCHES DIAGNOSTIQUES	TRAITEMENTS
INJECTIONS PAR PRODUITS DE COMPLEMENT	• Apparitions immédiates : œdème, érythème, ecchymose, douleur, prurit) • Apparitions semi-immédiates : abcès, hématome, asymétrie labiale, paresthésie, réactions allergiques • Apparitions retardées : érythème intense et induré, granulome non spécifique violacé, nodule, migration de produit • Apparitions retardées et irréversibles : granulomes persistants, défigurants, asymétriques	• Paresthésie • Fièvre • Angio-œdème • Douleurs spontanées	• Antécédents d'injections par produit de comblement • Test allergologique	• Surveillance le temps que les symptômes régressent spontanément • Injection de hyaluronidase pour contrer l'acide hyaluronique • Antibiotiques, antidouleurs • Exérèse chirurgicale si la lésion est persistante

5 Cas cliniques

5.1 Cas clinique n°1

5.1.1 Anamnèse, motif de consultation et antécédents médico-chirurgicaux

Le patient âgé de 8 ans et 3 mois (25 Kg) se présente à la consultation accompagné de sa maman. Il ne présente ni problème de santé ni d'allergie. Il a pour habitude de s'endormir avec un biberon de lait près de lui et n'est pas très assidu sur le brossage.

La maman consulte car son fils présente un accroissement de la lèvre supérieure, des douleurs aiguës et continues ainsi qu'une "boule au niveau de la gencive" selon ses dires.

Le patient présente des douleurs nasogéniennes depuis 3 jours et une tuméfaction labiale supérieure. Il a, de plus, une altération de l'état général (fièvre, asthénie).

5.1.2 Examen clinique

A l'examen exobuccal, le patient présente :

- Une tuméfaction diffuse nasogénienne.
- Une augmentation du volume de la lèvre supérieure.
- Une consistance ferme, non fluctuante et douloureuse à la palpation de la lèvre supérieure (Fig. 24).



Figure 24 : Photographie exobuccale centrée sur les étages moyen et inférieur de la face (Iconographie personnelle)

A l'examen endobuccal, l'hygiène bucco-dentaire est inexistante, une inflammation gingivale, des pertes de substances sur les incisives maxillaires lactéales sont observées. La palpation endobuccale permet d'objectiver une collection fluctuante en regard de l'incisive centrale maxillaire gauche lactéale.

Des tests de sensibilité, de percussions axiale et latérale et de palpation des tables osseuses sont réalisés. Les résultats sont répertoriés dans le tableau suivant (Tab. 10)(Fig. 25).

Tableau 10 : Résultats des tests de sensibilité, de percussions axiale et latérale, de palpation des tables osseuses des incisives maxillaires lactéales (Tableau personnel)

	Incisive latérale maxillaire droite lactéale (52)	Incisive centrale maxillaire droite lactéale (51)	Incisive centrale maxillaire gauche lactéale (61)	Incisive latérale maxillaire gauche lactéale (62)
Test Sensibilité	-	-	-	-
Percussion axiale	+	+	+++	+
Percussion latérale	+	+	+	+
Palpation vestibulaire	-	-	+++	-
Palpation palatine	-	-	-	-



Figure 25 : Photographie endobuccale centrée sur le secteur antérieur maxillaire (Iconographie personnelle)

5.1.3 Examen complémentaire

Une radiographie rétro alvéolaire centrée sur l'incisive centrale maxillaire gauche lactéale est réalisée. Celle-ci met en évidence une radioclarité à l'apex (Fig. 26).



Figure 26 : Radiographie rétroalvéolaire centrée sur l'incisive maxillaire gauche lactéale (Iconographie personnelle)

5.1.4. Diagnostic

Suite aux examens cliniques sont mises en évidence les nécroses pulpaire sur les quatres incisives maxillaires lactéales. Suite à l'examen complémentaire, un abcès apical aigu sur l'incisive centrale maxillaire gauche lactéale est causal de la cellulite séreuse nasogénienne.

5.1.5 Plan de traitement

- A court terme, prise en charge de l'urgence :
 - Prescription d'augmentin à raison de trois doses pipettes/poids par jour pendant 7 Jours (100mg/12,5mg/ml), soit 1 pipette de 25 doses de suspension buvable matin midi et soir pendant 7 jours.
 - Prescription de paracétamol pour les douleurs (60mg/kg/J), soit 1 sachet de poudre pour suspension buvable de 300 mg, à renouveler toutes les 4 heures si besoin sans jamais dépasser 6 sachets par jour.
 - Conseils d'appliquer des poches de glaces afin de faire réduire l'oedème
- A Moyen terme:
 - A J+7 (et donc la fin du traitement antibiotique) l'avulsion des quatres incisives antérieures maxillaires lactéales a été réalisée (Fig. 27).

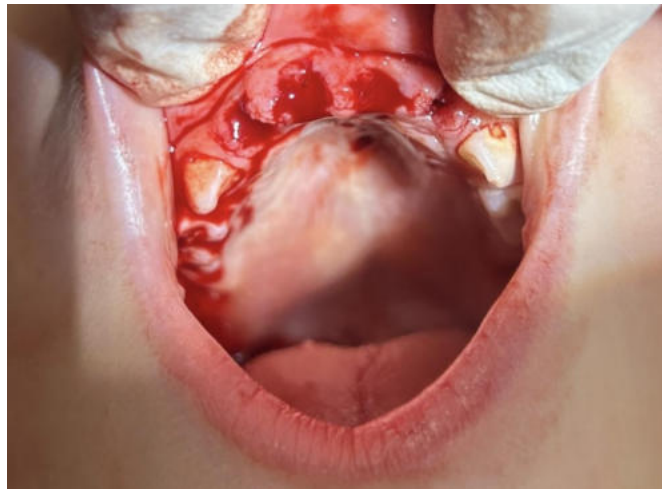


Figure 27 : Photographie endobuccale centrée sur le secteur antérieur maxillaire après avulsions (Iconographie personnelle)

- Quinze jours après les avulsions, le contrôle de la cicatrisation des sites d'avulsion ainsi que l'aspect des lèvres a été réalisé (Fig. 28). Le patient ne présente plus aucune douleur. Les sites opératoires sont en excellente voie de cicatrisation. La lèvre supérieure a retrouvé son volume initial (Fig. 29). Des empreintes afin de confectionner un appareil amovible provisoire pour remplacer 52 51 61 62 ont été prises.



Figure 28 : Photographie endobuccale centrée sur le secteur maxillaire antérieur quinze jours après les avulsions (Iconographie personnelle)



Figure 29 : Photographie de la face quinze jours après les avulsions (Iconographie personnelle)

5.2 Cas clinique n°2

5.2.1 Anamnèse, motif de consultation

Le patient âgé de 10 ans (40 kg) se présente à la consultation accompagné de sa maman. Il ne présente ni problème de santé ni d'allergie.

La maman consulte car son fils présente un accroissement de la lèvre inférieure gauche. Le patient décrit comme une gêne à ce niveau, indolore, et présente depuis 1 mois sur laquelle il a tendance à se mordiller.

Il ne présente aucune altération de l'état général.

5.2.2 Examen clinique

A l'examen exobuccal, il n'a pas d'adénopathie, pas de limitation de l'ouverture buccale (Fig. 30). A l'examen endobuccal, une lésion ronde volumineuse hypertrophique au niveau de la lèvre inférieure gauche de 1 cm de diamètre recouverte d'une muqueuse saine en regard d'une glande salivaire accessoire est constatée (Fig. 31). L'hygiène bucco-dentaire est correcte.

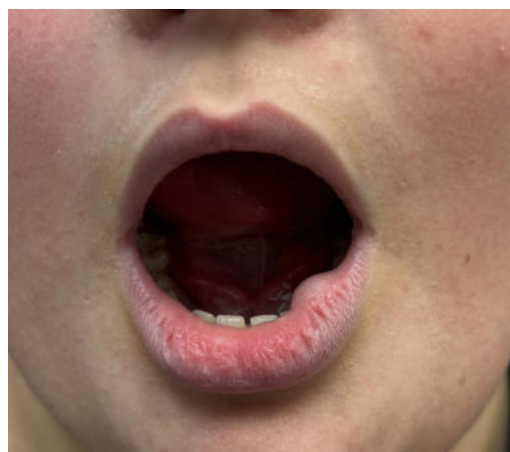


Figure 30 : Photographie exobuccale centrée sur les lèvres mettant en évidence une lésion hypertrophique de la lèvre inférieure gauche (Iconographie personnelle)



Figure 31 : Photographie du versant interne de la lèvre inférieure gauche hypertrophiée (Iconographie personnelle)

5.2.3 Traitement réalisé au cabinet dentaire

Suite aux examens exobuccal et endobuccal, l'hypothèse diagnostique retenue a été celle de la mucocèle. L'exérèse a donc été réalisée au cabinet dentaire pour envoyer la pièce en analyse anatomopathologique suivant les étapes suivantes :

- Anesthésie de la zone (Fig. 32).
- Incision à la lame froide (n°15).
- Dissection des tissus avec l'aide de ciseaux (Fig. 33).
- Mise en évidence de la glande salivaire accessoire (Fig. 34).
- Exérèse de la glande salivaire accessoire causale.
- Curetage, nettoyage du site au sérum physiologique (Fig. 35).
- Hémostase réalisée à l'aide de deux points de suture simples au fil résorbable 4.0 et compression avec des compresses du site opératoire (Fig.36).
- Envoi de la pièce anatomique fixée au formol en analyse anatomopathologique.



Figure 32 : Photographie endobuccale montrant les points d'anesthésie autour du site opératoire (Iconographie personnelle)



Figure 33 : Photographie endobuccale la dissection des tissus à l'aide des ciseaux (Iconographie personnelle)



Figure 34 : Photographie endobuccale du prélèvement de la glande salivaire (Iconographie personnelle)



Figure 35 : Photographie endobuccale du site opératoire après exérèse de la glande salivaire (Iconographie personnelle)



Figure 36 : Photographie endobuccale après fermeture du site opératoire (Iconographie personnelle)

5.2.4 Diagnostic positif

Suite à la réception des résultats du laboratoire; le diagnostic d'une mucocèle a été retenu.

5.2.5 Suivi

Le patient a été revu en consultation post-opératoire à 3 semaines pour annoncer les résultats de l'analyse anatomopathologique. A l'examen, la lèvre inférieure a retrouvé son volume normal (Fig. 37). Le patient a été informé du risque de récurrence.



*Figure 37 : Photographie endobuccale à J+21 postopératoire
(Iconographie personnelle)*

5.3 Cas clinique n°3

5.3.1 Anamnèse, motif de consultation

Le patient âgé de 15 ans se présente à la consultation accompagné de sa maman. Il ne présente ni problème de santé ni d'allergie connue.

Le motif de consultation du patient selon ses dires est le suivant : "mes gencives recouvrent mes dents". Cette anomalie gingivale est apparue après un an de traitement orthodontique. L'appareil a été déposé il y a 6 mois.

5.3.2 Examen clinique

A l'examen clinique exobuccal, aucune adénopathie ni limitation de l'ouverture buccale n'est constatée.

L'examen clinique endobuccal met en évidence une hypertrophie gingivale généralisée, localement en "feuillet", ferme à la palpation avec évolution strictement vestibulaire (apparition il y a 6 mois) ainsi qu'une inflammation gingivale généralisée superficielle à modérée corrélée à un indice de plaque de 40% (Fig. 38).



Figure 38 : Photographie endobuccale du patient (Courtoisie du Docteur Pertseva)

5.3.3 Examen complémentaire

Une radiographie panoramique est réalisée. Cet examen met en évidence la présence des germes des dents de sagesse et ne révèle aucune atteinte des tissus durs (Fig. 39).

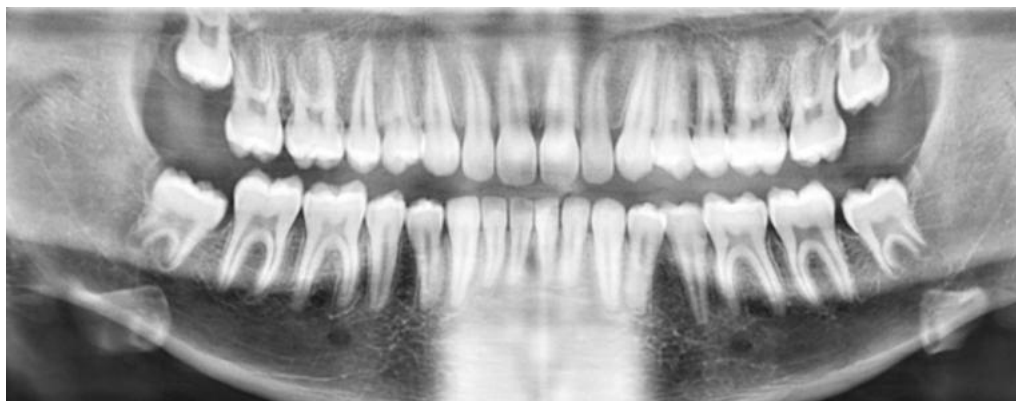


Figure 39 : Radiographie panoramique du patient (Courtoisie du Docteur Pertseva)

5.3.3 Traitement réalisé

L'hypothèse diagnostique retenue est une hypertrophie gingivale induite par la plaque et exacerbée par un facteur local (appareil orthodontique).

Le plan de traitement repose sur la prise en charge parodontale suivante :

- Thérapeutique initiale parodontale : révision des méthodes de prophylaxie orale, séance d'assainissement parodontale non chirurgicale, sondage. L'objectif est de diminuer l'inflammation gingivale et limiter la phase chirurgicale aux sites réfractaires.
- Réévaluation parodontale à 6mois : nette diminution de l'inflammation et de l'étendue de l'hypertrophie gingivale. Retour à une situation presque normale à la mandibule et dans les secteurs postérieurs maxillaires. Une hypertrophie en regard du secteur antérieur maxillaire persiste. Des déplacements dentaires sont constatés (peut-être dus à l'hypertrophie ou à la croissance) (Fig. 40)



Figure 40 : Photographie endobuccale du patient après 6 mois de traitement parodontal initial (Courtoisie du Docteur Pertseva)

- Phase Chirurgicale : Gingivectomie à biseau externe réalisée de 14 à 23. L'objectif est d'éliminer le tissu pathologique, redonner un sourire esthétique, faciliter le brossage (Fig. 41.42.43.44)



*Figure 41 : Photographie endobuccale montrant le tracé de l'incision
(Courtoisie du Docteur Pertseva)*



*Figure 42 : Photographie endobuccale de la vue post-opératoire
immédiate (Courtoisie du Dr Pertseva)*



*Figure 43 : Photographie endobuccale une semaine après la gingivectomie
(Courtoisie du Dr Pertseva)*



Figure 44 : Photographies endobuccales 3 semaines après la gingivectomie (Courtoisie du Dr Pertseva)

Lors du contrôle post-opératoire à 3 semaines, la persistance de l'œdème et une légère récurrence au niveau papillaire sont observées. Il a été décidé de réintervenir et de faire une analyse anatomopathologique.

L'hypothèse diagnostique de départ est remise en cause due à :

- la récurrence de l'hypertrophie gingivale avec un aspect pathologique
- l'apparition d'une macrochéilite (Fig. 45)



Figure 45 : Photographie exobuccale du patient centrée sur le secteur labial montrant une macrochéilite (Courtoisie du Dr Pertseva)

Suite à l'apparition de cette macrochéilite, la question du trouble systémique se pose. Une prescription de la numération de la formule sanguine est faite ainsi que l'analyse anatomopathologique de la gencive excisée.

Les résultats de l'analyse anatomopathologique sont les suivants :

- Fragment surmonté d'un épithélium hyperplasique, parakératosique, avec une exocytose inflammatoire modérée.
- Au niveau du chorion, un infiltrat inflammatoire polymorphe, composé de lymphocytes, d'histiocytes, de plasmocytes avec un **contingent épithélioïde réalisant de multiples granulomes parfois centrés par quelques cellules géantes plurinucléées.**
- Il n'a **pas** été observé de **nécrose caséuse**
- **L'aspect histologique en accord avec une granulomatose à confronter avec la clinique**

Les hypothèses diagnostiques compatibles avec les données cliniques et les résultats anatomopathologiques sont orientées vers la mise en évidence d'une pathologie systémique parmi les suivantes :

- Maladie de Crohn (granulomatose)
- Macrochéilite granulomatose orofaciale primaire
- Syndrome de Melkerson-Rosenthal
- Sarcoïdose

Le patient a été adressé chez nos confrères médecins afin de réaliser des examens complémentaires et de ce fait préciser le diagnostic pour avoir une prise en charge globale adaptée.

6 Conclusion

Les macrochéilites et autres lésions non inflammatoires augmentant le volume des lèvres ont un large spectre d'étiologies différentes. On énumère notamment les étiologies inflammatoires granulomateuses (macrochéilite de Miescher, granulomatose orofaciale), les maladies systémiques (maladie de Crohn, sarcoïdose), les étiologies infectieuses (leishmaniose, cellulite bactérienne), les causes dysimmunitaires et allergiques (angio-œdèmes), les malformations génétiques et congénitales (anomalie de la double lèvre, syndrome d'Ascher, neurofibromatose), les causes endocriniennes (hypothyroïdie, acromégalie), traumatiques (œdème labial, hyperplasie irritative, diapneusie), tumorales locales (HI, mucocèle) ou les effets néfastes des injections de produits de comblement. Cette diversité clinique et histopathologique impose au chirurgien dentiste d'avoir une démarche diagnostique rigoureuse.

En tant que professionnel de santé travaillant dans la cavité buccale, le chirurgien dentiste occupe une position centrale dans le dépistage précoce des anomalies labiales. Il lui revient d'assurer une prise en charge initiale adaptée, de réaliser des examens complémentaires, de soigner quand il en est en mesure, d'orienter le patient ainsi que de participer au suivi à long terme.

De part une bonne connaissance de la dermatologie buccale et des anomalies labiales plus générales, le chirurgien dentiste est en capacité de faire gagner un temps précieux dans la prise en charge du patient.

L'exploration de ces lésions nécessite majoritairement une approche pluridisciplinaire, impliquant le dermatologue, le gastro-entérologue, le médecin généraliste, l'allergologue, l'anatomopathologiste, le chirurgien maxillo-facial et autres professionnels de santé. Cette collaboration est indispensable pour identifier l'étiologie précise, éviter les diagnostics d'exclusion hâtifs, et adapter le traitement à la nature de la lésion.

La compréhension de ces diverses étiologies, la vigilance clinique du chirurgien-dentiste et la concertation pluridisciplinaire constituent les piliers d'une prise en charge optimale.

Webographie

1. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 4 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=macroch%C3%A9ilite>
5. Snyder A, Elston DM. Cheilitis Granulomatosa. [Internet]. Medscape; 03 Dec 2024 [cité 2025 Nov 08]. Disponible sur: <https://emedicine.medscape.com/article/1075333-overview>
10. Université de Constantine 3. Faculté de Médecine – Laboratoire d'Anatomie. Les muscles peauciers de la face [Internet]. Constantine (DZ); 2024 mars [cité 2025 nov 08]. Disponible sur : <https://facmed.univ-constantine3.dz/wp-content/uploads/2024/03/LES-MUSCLES-PEAUCIERS-DE-LA-FACE.pdf>
32. CHENIVESSE C. Anaphylaxie [Internet]. Lille : CHU Lille; 2018 Mar 15 [cité 2025 Nov 08]. Disponible sur : https://aphnep.org/pdf/Journee/2018/2018-03-15_2.pdf
49. Adigun OO, Nguyen M, Fox TJ, Anastasopoulou C. Acromegaly. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls; 2023 Feb 2 [cité 2025 Nov 8]. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431086/>
52. Organisation mondiale de la Santé. *Principaux repères sur la leishmaniose* [Internet]. [cité 7 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>
58. MedG. *Traumatisme facial : lésions des parties molles* [Internet]. 2019 [cité 2 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.medg.fr/traumatisme-cranien-lesions-des-parties-molles/>
63. Idahosa CN, Fornatora ML. Oral Fibromas and Fibromatoses [Internet]. Medscape; Jun 30 2025 [cité 2025 Nov 08]. Disponible sur: <https://emedicine.medscape.com/article/1080948-overview>
64. Raybaud H, Voha C, Delebarre Hélène. Cas 3 – Homme de 50 ans. Lèvres [Internet]. Nice : Dermatologie buccale; [cité 2025 nov 08]. Disponible sur : <https://dermatologiebuccale-nice.fr/cas-cliniques/levres/cas-3-homme-de-50-ans/>

77. Lemoine C. *Injection péribuccale d'acide hyaluronique : précautions d'emploi, complications potentielles et implications médico-légales* [Internet]. 2015 [cité 21 oct 2025]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/323769407_Injection_peribuccale_d'acide_hyaluronique_precautions_d'emploi_complications_potentielle_s_et_implications_medico-legales

79. Université Médicale Virtuelle Francophone. Examen de la face et de la cavité buccale [Internet]. 2011 [cité 2025 nov 08]. Disponible sur : <https://archives.uness.fr/sites/campus-unf3s-2014/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/enseignement/face/site/html/cours.pdf>

84. Fernandez J. Œdème de Quincke [Internet]. *Le Manuel MSD – Version pour professionnels de la santé*. sept. 2024 [cité 2025 nov 08]. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/immunologie-troubles-allergiques/r%C3%A9actions-allergiques-auto-immunes-et-autres-r%C3%A9actions-d-hypersensibilit%C3%A9/%C5%93d%C3%A8me-de-Quincke>

Bibliographie

2. Martín-Cruces J, Martín-Biedma B, García-Mesa Y, Cuendias P, Gaite JJ, García-Suárez O, et al. Exploring somatosensory innervation of the human lip: A focus on the vermilion. *Ann Anat - Anat Anz.* 2023;250:152159.
3. Jamil RT, Agrawal M, Gharbi A, Sonthalia S. Cheilitis Granulomatosa. 2023 Jun 26. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 29261927.
4. Toumi A, Litaïem N, Gara S, Chabchoub I, Bacha T, Slouma M, et al. Chronic macrocheilia: a clinico-etiological series of 47 cases. *Int J Dermatol.* 2021;60(12):1497-503.
6. Handa S, Saraswat A, Radotra B, Kumar B. Chronic macrocheilia: A clinico-pathological study of 28 patients. *Clin Exp Dermatol.* 2003;28:245-50.
7. Luthra A. Shaping lips with fillers. *J Cutan Aesthetic Surg.* 2015;8(3):139.
8. Lee K, Lee H, Youn K, Kim H. Positional relationship of superior and inferior labial artery by ultrasonography image analysis for safe lip augmentation procedures. *Clin Anat.* 2020;33(2):158-64.
9. Martín-Cruces J, Cuendias P, García-Mesa Y, Cobo JL, García-Suárez O, Gaite JJ, et al. Proprioceptive innervation of the human lips. *Anat Rec.* 2024;307(3):669-76.
11. Cotofana S, Gotkin RH, Frank K, Koban KC, Targosinski S, Sykes JM, et al. The functional anatomy of the deep facial fat compartments: a detailed imaging-based investigation. *Plast Reconstr Surg.* 2019;143(1):53-63.
12. Pavicic T, Funt D. Dermal fillers in aesthetics: an overview of adverse events and treatment approaches. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2013;6:295-306.
13. Alhassani AA, Al-Zahrani MS, Zawawi KH. Granulomatous diseases: Oral manifestations and recommendations. *Saudi Dent J.* 2020;32(5):219-23.

14. Plantier F. Chéilite de Miescher. *Ann Dermatol Vénéréol*. 2016;143(6-7):486-9.
15. Williams O, Fatima S. *Granuloma*. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cité 19 sept 2022].
16. Cancian M, Giovannini S, Angelini A, Fedrigo M, Bendo R, Senter R, Sivoilella S. Melkersson-Rosenthal syndrome: a case report of a rare disease with overlapping features. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2019;15:1.
17. Galohda A, Shreehari A. Orofacial granulomatosis as a manifestation of sarcoidosis: A rare case report. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2023;27(3):543-7.
18. Troiano G, Dioguardi M, Giannatempo G, Laino L, Testa NF, Cocchi R, et al. Orofacial granulomatosis: Clinical signs of different pathologies. *Med Princ Pract*. 2015;24(2):117-22.
19. Galohda A, Shreehari AK. Orofacial granulomatosis as a manifestation of sarcoidosis: A rare case report. *J Oral Maxillofac Pathol JOMFP*. 2023;27(3):543-7.
20. Kerkache M, Akhemoum S, Khelou Y. Etude épidémiologique et caractérisation histologique et immunologique par dosage d'auto-anticorps de la maladie de Crohn dans la région de Tizi Ouzou et environs (mémoire). Tizi Ouzou, Algérie:Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou;2011-2012
21. Wiesen AJ, Katz S. Cheilitis Granulomatosa: Crohn's Disease of the Lip? *Am J Gastroenterol*. 2006;101:S245.
22. Jellali K, Mellouki I, Ibrahimi A. Macro-chéilite granulomateuse révélant une maladie de Crohn. *Pan Afr Med J*. 2018;30:147.
23. Estacia CT, Gameiro Filho AR, da Silveira IBE, Gameiro RR, Barba ALSD. Melkersson-Rosenthal syndrome: a rare variant of the monosymptomatic form. *GMS Ophthalmol Cases*. 2022;12:04.
24. Greene RM, Rogers RS. Melkersson-Rosenthal syndrome: a review of 36 patients. *J Am Acad Dermatol*. 1989;21(6):1263-70.
25. Hentati H, Hammami S, Oualha L, Mannai I, Selmi J. Syndrome de Melkersson-Rosenthal à caractère familial : à propos d'un cas. *Med Buccale Chir Buccale*. 2008;14(1):29-34.

26. Chebbi DD, Nadine K, Khadija S, Snoussi M, Bahloul E, Ben Salah R, et al. Granulomatose orofaciale : une série de 10 cas. *Rev Med Interne*. 2020;41:A174.
27. Mourguet M, Oehler E. Premier cas de granulomatose orofaciale révélant une granulomatose avec polyangéite en Polynésie française. *Rev Med Interne*. 2016;37:A262-3.
28. Haddad F, Anouti S, Nemnoum R, Jammal M, Asmar G, Irani C. Œdème péribuccal révélant une granulomatose orofaciale. *Rev Med Interne*. 2010;31:S151-2.
29. Al-Hamad A, Porter S, Fedele S. Orofacial Granulomatosis. *Dermatol Clin*. 2015;33(3):433-46.
30. Cicardi M, Aberer W, Banerji A, Bas M, Bernstein JA, Bork K, et al. Classification, diagnosis, and approach to treatment for angioedema. *Allergy*. 2014;69(5):602-16.
31. Malbos D, Géniaux H. Angioœdèmes bradykiniques d'origine médicamenteuse. *Actual Pharm*. 2021;60(604):51-4.
33. Messaoudi H. Les Angio-œdèmes récurrents : à la croisée des chemins. *Rev Algérienne Allergol*. 2019;4(1):35-43.
34. Amar E. Les améliorations de la prise en charge des patients atteints d'angioœdèmes héréditaires (thèse d'exercice).Angers, France : Faculté de Pharmacie;2014-2015.
35. Fernandez S, Pralong DP, Nicolas PJF. Œdème de Quincke et anaphylaxie. *Rev Med Suisse*. 2012;8(362):62-66.
36. Aggarwal T, Chawla K, Lamba AK, Faraz F, Tandon S. Congenital double lip: a rare deformity treated surgically. *World J Plast Surg*. 2016;5(3):303-7.
37. Daniels JSM. Congenital double upper lip: a case report and review of the literature. *Saudi Dent J*. 2010;22(3):101-6.
38. Choudhary R, Gupta S. Blepharochalasis with Double Lip. *Indian Dermatol Online J*. 13 févr 2024;15(3):561.
39. Daniels JSM. Congenital double upper lip: A case report and review of the literature. *Saudi Dent J*. juill 2010;22(3):101-6.

40. Ramesh BA. Ascher syndrome: Review of literature and case report. *Indian J Plast Surg.* 2011;44(1):147-9.
41. Buchholzer S, Verdeja R, Lombardi T. Type I Neurofibromatosis: Case report and review of the literature focused on oral and cutaneous lesions. *Dermatopathology.* 2021;8(1):17-24.
42. Boyd KP, Korf BR, Theos A. Neurofibromatosis type 1. *J Am Acad Dermatol.* 2009;61(1):1-16.
43. Borges AH, Correia RDM, Borba AM, Guedes OA, Estrela CRDA, Bandeca MC. Unusual solitary neurofibroma on the lower lip of a child. *Contemp Clin Dent.* 2013;4(4):512-4.
44. Chaker L, Bianco AC, Jonklaas J, Peeters RP. Hypothyroidism. *Lancet.* 2017;390(10101):1550-62.
45. Mylaraiah R, Sharma S, Shalaby T. Hypothyroidism presenting as a fissure tongue. *Clin Case Rep.* 2024;12(3):e8640.
46. J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, Joseph Loscalzo. Harrison's manual of medicine United States. New York : McGraw-Hill Education;2020.
47. Fleseriu M, Langlois F, Lim DST, Varlamov EV, Melmed S. Acromegaly: pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2022;10(11):804-26.
48. Vilar L, Vilar CF, Lyra R, Lyra R, Naves LA. Acromegaly: clinical features at diagnosis. *Pituitary.* 2017;20(1):22-32.
50. Cortet-Rudelli C. La bouche de l'acromégalie. *Presse Med.* 2017;46(9):831-7.
51. de Arruda JAA, Tomo S, Cunha JLS, Guevara JR, Martínez I, Reyes O, et al. Mucosal leishmaniasis of the lip: report of an exuberant case. *Head Neck Pathol.* 2022;17(2):540-5.
53. Chebbi M, Jones M, Gharbi A, Rabhi F, Khaled A, Ezzine N, et al. Leishmaniose muqueuse à type de macrochéilite : à propos de 5 cas. *Ann Dermatol Vénéréol.* 2015;142(Suppl 12):S623.
54. Rouadi S, Ouaisi L, El Khiati R, Abada R, Mahtar M, Roubal M, et al. Les cellulites cervico-faciales : à propos de 130 cas. *Pan Afr Med J.* 2013;14:88.

55. Benzarti S, Mardassi A, Mhamed R, Hachicha A, Brahem H, Akkari K, et al. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire. *J Tunis ORL Chir Cervico-Faciale*. 2010 [cité 7 oct 2025];19(1).
56. Zunzarren R. *Guide clinique d'odontologie*. Paris, France: Elsevier Masson; Septembre 2019.348p.
57. Vazquez MP, Kadlub N, Soupre V, Galliani E, Neiva-Vaz C, Pavlov I, et al. Plaies et traumatismes de la face de l'enfant. *Ann Chir Plast Esthét*. 2016;61(5):543-559.
59. De Santana Santos T, Martins-Filho PRS, Piva MR, de Souza Andrade ES. Focal fibrous hyperplasia: a review of 193 cases. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2014;18(Suppl 1):S86.
60. Diwan B, Shirbhate U, Bajaj P, Reche A, Pahade A. Conventional Scalpel and Diode Laser Approach for the Management of Traumatic Fibroma. *Cureus*. 15(10):e47810.
61. Halim DS, Pohchi A, Yi PE. The prevalence of fibroma in oral mucosa among patients attending USM Dental Clinic. 2010;1(1):61-66.
62. Lalchandani CM, Tandon S, Rai TS, Mathur R, Kajal A. Recurrent Irritation Fibroma—"What Lies Beneath": A Multidisciplinary Treatment Approach. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2020;13(3):306-309.
65. Moreau N, Ejeil, Kejl Kaabbar Oussama RUBRIQUE DERMATOLOGIE BUCCALE : Les diapneusies *Rev Odont Stomat* 2013;42:230-236.
66. Hadj I, Mernissi FZ. Tumeur de la muqueuse buccale. *Pan Afr Med J*. 2014;18:113.
67. Renaudon A, Gouget-Audry I, Baranes M, Dame M, Maire T, Poulesquen V, et al. Prévalence et topographie des lésions de la muqueuse buccale. *Actual Odonto-Stomatol*. 2013;(261):29-32.
68. Hasan S, Khan A, Banerjee A, Ramalingam K. Infantile Hemangioma of the Upper Lip: Report of a Rare Case With a Brief Review of Literature. *Cureus*. 15(7):e42556.
69. Cawthorn TR, Fraulin FOG, Harrop AR. Infantile Hemangiomas of the Lip: Complications and Need for Surgical Intervention. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 19 juin 2019;7(6):e2308.
70. Léauté-Labrèze C, Harper JJ, Hoeger PH. Infantile haemangioma. *Lancet*. 2017;390(10089):85-94.

71. Munden A, Butschek R, Tom WL, Marshall JS, Poeltler DM, Krohne SE, et al. Prospective study of infantile haemangiomas: incidence, clinical characteristics and association with placental anomalies. *Br J Dermatol*. 2014;170(4):907-913.
72. Essaket S, Hakkou F, Chbicheb S. Mucocèle de la muqueuse buccale. *Pan Afr Med J*. 2020;35:140.
73. More CB, Bhavsar K, Varma S, Tailor M. Oral mucocoele: a clinical and histopathological study. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2014;18(Suppl 1):S72-7.
74. Diwan Z, Trikha S, Etemad-Shahidi S, Parrish N, Rennie C. Complications secondary to lip augmentation following dermal filler injection. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2023;16(7):26-33.
75. Hong GW, Hu H, Chang K, Park Y, Lee KWA, Chan LKW, et al. Adverse effects associated with dermal filler treatments. *Diagnostics*. 2024;14(15):1640.
76. Ascher B, Cerceau M, Baspeyras M, Rossi B. Les comblements par l'acide hyaluronique. *Ann Chir Plast Esthét*. 2004;49(5):465.
78. Tholliez PJ. Mise en place d'un support pédagogique destiné à l'enseignement pratique de la démarche diagnostique en chirurgie orale en DFGSO3A (thèse d'exercice), Lille, France : Faculté de chirurgie dentaire de Lille:2016.
80. Torres J, Mehandru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet L. Crohn's disease. *Lancet Lond Engl*. 2017;389(10080):1741.
81. Lin TY, Chiang CH, Cheng PS. Melkersson-Rosenthal syndrome. *J Formos Med Assoc*. 2016;115(7):583.
82. Feugueur G, Konstantinou MP, Croze J, Laurencin S, Cousty S. Management of orofacial granulomatosis: a case report. *J Oral Med Oral Surg*. 2018;24(1):40-43.
83. Hébert J, Boursiquot JN, Chapdelaine H, Laramée B, Desjardins M, Gagnon R, et al. Bradykinin-induced angioedema in the emergency department. *Int J Emerg Med*. 2022;15(1):15.

Table des illustrations

Table des figures

Figure 1 : Schéma anatomique des lèvres (Iconographie personnelle)....	16
Figure 2 : Coupe sagittale histologique de la lèvre (7).....	17
Figure 3 : Schéma des muscles des lèvres (10).....	18
Figure 4 : Schéma du réseau artériel des lèvres (12).....	19
Figure 5 : Coupe histologique d'une lèvre saine (A), coupe histologique d'une lèvre présentant des granulomes inflammatoires du chorion et du muscle en profondeur (B), coupe histologique d'un granulome à plus fort grossissement (C) et coupe histologique d'un granulome péri-vasculaire, semblant comprimer la paroi d'un capillaire (D) (14,16).....	22
Figure 6 : Photographie exo-buccale d'un patient atteint de la sarcoïdose présentant une macrochéilite (A) et Photographie endobuccale d'un patient atteint de la sarcoïdose présentant une hypertrophie gingivale (B) (17).....	23
Figure 7 : Photographie exo-buccale des lèvres d'une patiente atteinte de la maladie de Crohn (22).....	24
Figure 8 : Photographie exobuccale d'un patient atteint d'un SMR et présentant un gonflement de la lèvre supérieure (A) et Photographie présentant une langue fissurée chez un patient atteint du SMR (B) (25).	25
Figure 9 : Photographie mettant en évidence une paralysie faciale droite chez un patient atteint du SMR (23).....	26
Figure 10 : Photographie de la face chez une patiente atteinte d'un angio-œdème (32).....	28
Figure 11 : Photographie de la face du patient au repos (A) et Photographie de la face du patient souriant (B), chez un patient atteint de l'anomalie de la double lèvre (39).....	29

Figure 12 : Photographie de la face chez un sujet porteur du syndrome d'Ascher présentant une anomalie de la lèvre double associée à une blépharochalasis (38).....	30
Figure 13 : Photographie de la lèvre inférieure centrée sur un neurofibrome (A) et coupe histologique du même neurofibrome présentant des cellules plexiforme en "sac de verre" (B) x 40 (43).....	32
Figure 14 : Photographie centrée sur l'étage inférieur de la face d'un patient présentant une acromégalie (50).....	33
Figure 15 : Coupe histologique d'une hyperplasie épithéliale montrant des granulomes composés de macrophages (A) et coupe histologique d'un granulome révélant la présence de macrophages contenant des inclusions intracytoplasmiques ressemblant à des formes arrondies de Leishmania (B) (coloration hématoxyline-éosine : encadré x4, (A) x10, et (B) x100) (51).....	35
Figure 16 : Photographie exobuccale centrée sur la lèvre inférieure d'un patient présentant une lésion mutilante causée par la leishmaniose (51).....	35
Figure 17 : Photographie exobuccale d'une cellulite bactérienne de la lèvre supérieure (A) et Photographie endobuccale d'un abcès palatin en regard de l'apex de l'incisive centrale maxillaire gauche (B) (Iconographie personnelle).....	37
Figure 18 : Radiographie panoramique révélant la présence d'une lésion radioclaire entre les racines de l'incisive centrale et l'incisive latérale maxillaire gauche (A) et radiographie rétro-alvéolaire révélant la présence d'une lésion radioclaire à l'apex de l'incisive centrale maxillaire gauche (B) (Iconographie personnelle).....	37
Figure 19 : Photographie d'un fibrome sur le versant interne de la commissure labiale gauche (63).....	39
Figure 20 : Photographie d'une diapneusie sur le versant interne de la lèvre inférieure (64).....	40
Figure 21 : Photographies comparant trois types d'HI selon leur profondeur : superficiel (A), mixte (B), profond (C) (69).....	41

Figure 22 : Photographie centrée sur la cavité buccale d'un patient présentant une mucocèle sur la lèvre inférieure gauche (Iconographie personnelle).....	42
Figure 23 : Photographie exobuccale d'une patiente présentant un oedème de la lèvre inférieure, d'apparition immédiate (A) et photographie exobuccale d'une patiente présentant des nodules au niveau de la lèvre supérieure, d'apparition retardée (B) (77).....	43
Figure 24 : Photographie exobuccale centrée sur les étages moyen et inférieur de la face (Iconographie personnelle).....	58
Figure 25 : Photographie endobuccale centrée sur le secteur antérieur maxillaire (Iconographie personnelle).....	60
Figure 26 : Radiographie rétroalvéolaire centrée sur l'incisive maxillaire gauche lactéale (Iconographie personnelle).....	60
Figure 27 : Photographie endobuccale centrée sur le secteur antérieur maxillaire après avulsions (Iconographie personnelle).....	61
Figure 28 : Photographie endobuccale centrée sur le secteur maxillaire antérieur quinze jours après les avulsions (Iconographie personnelle)....	62
Figure 29 : Photographie de la face quinze jours après les avulsions (Iconographie personnelle).....	62
Figure 30 : Photographie exobuccale centrée sur les lèvres mettant en évidence une lésion hypertrophique de la lèvre inférieure gauche (Iconographie personnelle).....	63
Figure 31 : Photographie du versant interne de la lèvre inférieure gauche hypertrophiée (Iconographie personnelle).....	64
Figure 32 : Photographie endobuccale montrant les points d'anesthésie autour du site opératoire (Iconographie personnelle).....	65
Figure 33 : Photographie endobuccale la dissection des tissus à l'aide des ciseaux (Iconographie personnelle).....	65
Figure 34 : Photographie endobuccale du prélèvement de la glande salivaire (Iconographie personnelle).....	65

Figure 35 : Photographie endobuccale du site opératoire après exérèse de la glande salivaire (Iconographie personnelle).....	66
Figure 36 : Photographie endobuccale après fermeture du site opératoire (Iconographie personnelle).....	66
Figure 37 : Photographie endobuccale à J+21 postopératoire (Iconographie personnelle).....	67
<i>Figure 38 : Photographie endobuccale du patient (Courtoisie du Docteur Pertseva).....</i>	<i>68</i>
<i>Figure 39 : Radiographie panoramique du patient (Courtoisie du Docteur Pertseva).....</i>	<i>68</i>
<i>Figure 40 : Photographie endobuccale du patient après 6 mois de traitement parodontal initial (Courtoisie du Docteur Pertseva).....</i>	<i>69</i>
<i>Figure 41 : Photographie endobuccale montrant le tracé de l'incision (Courtoisie du Docteur Pertseva).....</i>	<i>70</i>
<i>Figure 42 : Photographie endobuccale de la vue post-opératoire immédiate (Courtoisie du Dr Pertseva).....</i>	<i>70</i>
<i>Figure 43 : Photographie endobuccale une semaine après la gingivectomie (Courtoisie du Dr Pertseva).....</i>	<i>70</i>
<i>Figure 44 : Photographies endobuccales 3 semaines après la gingivectomie (Courtoisie du Dr Pertseva).....</i>	<i>71</i>
<i>Figure 45 : Photographie exobuccale du patient centrée sur le secteur labial montrant une macrochéilite (Courtoisie du Dr Pertseva).....</i>	<i>71</i>

Table des tableaux

<u>Tableau 1</u> : Diagnostic et prise en charge des macrochéilites à composante granulomateuse (4,14,17-29,50,80,81).....	50
<u>Tableau 2</u> : Diagnostic et prise en charge des angio-œdèmes (30,83,84).....	51
<u>Tableau 3</u> : Diagnostic et prise en charge des malformations génétiques et congénitales (36-43).....	52
<u>Tableau 4</u> : Diagnostic et prise en charge des pathologies endocriniennes (44-50).....	53
<u>Tableau 5</u> : Diagnostic et prise en charge de la leishmaniose (51-53).....	54
<u>Tableau 6</u> : Diagnostic et prise en charge de la cellulite bactérienne (54-56).....	54
<u>Tableau 7</u> : Diagnostic et prise en charge des lésions traumatiques (59-67).....	55
<u>Tableau 8</u> : Diagnostic et prise en charge des tumeurs locales (68-73).....	56
<u>Tableau 9</u> : Diagnostic et prise en charge des injections par produit de comblement (74-76).....	57
<u>Tableau 10</u> : Résultats des tests de sensibilité, de percussions axiale et latérale, de palpation des tables osseuses des incisives maxillaires lactéales (Tableau personnel).....	59

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année 2025

Lésions de la muqueuse buccale : cas des macrochéilites et autres lésions hypertrophiques des lèvres / **Augustin BIDAUT**. - p. (88) : ill. (45) ; réf. (84).

Domaines : chirurgie orale / chirurgie maxillo-faciale / dermatologie

Mots clés Libres : Macrochéilite - hypertrophie labiale - lésion des lèvres- prise en charge multidisciplinaire

Résumé de la thèse en français

Les lèvres sont des structures anatomiques ayant des fonctions à la fois esthétiques et physiologiques. Toutefois, elles peuvent parfois présenter une augmentation de volume secondaire à des processus inflammatoires, infectieux, dysimmunitaires, génétiques, endocriniens, traumatiques ou iatrogènes. Cette hypertrophie labiale, potentiellement invalidante sur le plan fonctionnel et psychosocial, requiert une démarche diagnostique structurée. Le chirurgien-dentiste est un acteur clé du dépistage oro-facial. Ce dernier assure l'identification précoce des anomalies, l'orientation thérapeutique et le suivi évolutif. La collaboration pluridisciplinaire avec les autres spécialistes est indispensable. Celle-ci permet d'établir des diagnostics complets et de proposer la meilleure prise en charge possible. Une approche précoce et coordonnée demeure essentielle pour améliorer la qualité de vie du patient.

JURY :

Président : **Professeur Thomas MARQUILLIER**

Assesseeurs : **Docteur Laurent NAWROCKI**

Docteur Mathilde Savignat

Docteur Océane Vasseur