

Pathologie allergique de la muqueuse buccale

Oral lesions and contact allergy

B. Milpied-Homsi

Clinique dermatologique, Hôtel-Dieu, place A.-Ricordeau, 44093 Nantes, France

Résumé

Souvent incriminées, les allergies de contact de la muqueuse buccale sont rares, les conditions de sensibilisation étant peu favorables à ce niveau pour des raisons anatomiques et immunologiques. Les causes extradentaires doivent être évoquées en premier lieu : topiques cosmétiques et médicamenteux, les véritables allergies aux matériaux dentaires étant exceptionnelles ; en revanche, les causes irritatives et psychosomatiques sont fréquentes.

© 2003 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Although often considered, contact allergies on the buccal mucous membranes are rare, given that the anatomical and immunologic conditions in the mouth do not favor sensitization. Nevertheless, regarding the etiology of such lesions, cosmetics and drugs should be considered before dental materials, which are rarely implicated. On the other hand, irritation and psychological factors may frequently be responsible for such lesions.

© 2003 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Allergie ; Muqueuse buccale

Keywords: Mouth; Contact allergy; Cosmetics; Drugs

Les allergies de la muqueuse buccale sont extrêmement rares ; en revanche, elles sont très souvent incriminées, notamment par le patient. Cette faible fréquence s'explique par des conditions de sensibilisation peu favorables dans le milieu buccal tant sur le plan anatomique qu'immunologique [1].

La cavité buccale est baignée par la salive, qui, assure un lavage continu et facilite l'élimination des agents irritants et sensibilisants potentiels, et joue un rôle chimique neutralisant en raison de son pH légèrement acide.

Par ailleurs, la vascularisation extrêmement riche de la muqueuse buccale permet une dispersion et une absorption rapides de l'allergène ; en revanche, l'absence de couche cornée augmente le pouvoir d'absorption et la rend plus fragile.

Les cellules de Langerhans, primordiales dans les phénomènes allergiques retardés, sont peu abondantes dans la mu-

queuse buccale normale ; les protéines porteuses capables de coupler les haptènes sont également moins nombreuses dans la muqueuse buccale que dans la peau.

Les manifestations allergiques de la muqueuse buccale selon leur mécanisme physiopathogénique sont soit :

- immédiates : les urticaires de contact ;
- retardées : les eczémas de contact.

1. Urticaires de contact de la muqueuse buccale

L'urticaire de contact localisée au niveau de la muqueuse buccale se traduit par un œdème parfois précédé d'un prurit au site de contact (lèvres, palais, muqueuse endojugale), pouvant s'étendre rapidement à distance.

Les principaux allergènes responsables d'urticaires de contact au niveau buccal sont : le latex des gants (des dentistes), de tout objet en caoutchouc porté à la bouche (ballons de caoutchouc, tétines de biberons, jouets, balles en caoutchouc,

Adresse e-mail : brigitte.milpied@chu-nantes.fr (B. Milpied-Homsi).

préservatifs etc.). Certains aliments, comme les fruits exotiques, les épices peuvent déclencher des urticaires de contact, l'allergène étant le plus souvent de nature protéique.

Des conservateurs, parfums, arômes, sont à la fois capables de provoquer une urticaire de contact immunologique et non immunologique (acide sorbique, acide benzoïque, benzoate de sodium, aldéhyde cinnamique, baume du Pérou, ...).

Le contact peut être physique comme dans l'urticaire au froid où les œdèmes des lèvres et de la langue surviennent après l'ingestion d'aliments et boissons glacés.

2. Eczémas de contact de la muqueuse buccale

Beaucoup plus fréquentes que les manifestations allergiques immédiates, les manifestations de l'hypersensibilité retardée de la muqueuse buccale sont dominées par les signes subjectifs : agueusie, paresthésies, « burning mouth syndrome ».

Ces signes subjectifs, peuvent s'accompagner de :

- stomatite, glossite, gingivite, caractérisées par un érythème plus ou moins vif et étendu, un œdème variable, un piqueté purpurique du palais, des érosions et des ulcérations, les vésicules étant rares. La langue est dépaillée, lisse, pâle, voire vernissée ;
- chéilite sèche, desquamative ou fissuraire ;
- perlèche ;

L'atteinte **cutanée péri-orale** est fréquente.

Les étiologies des stomatites et chéilites allergiques de contact sont extrêmement diverses, soit liées aux soins dentaires, soit le plus souvent liées à des topiques médicamenteux et cosmétiques.

2.1. Les allergies de la muqueuse buccale d'origine extradentaire

Elles se traduisent souvent par une chéilite isolée intéressant plus volontiers le vermillon que le versant labial muqueux :

- chéilite chronique, la demi muqueuse étant épaissie, squameuse, croûteuse ;
- parfois simple sécheresse ;
- plus rarement un eczéma aigu, vésiculosoignant.

Des lésions associées à type de stomatite, de perlèche, souvent de dermite péri-orale, peuvent s'observer.

Les topiques cosmétiques et médicamenteux sont à rechercher comme agents responsables en première ligne.

2.1.1. Les cosmétiques

Les allergènes responsables sont dominés par :

- les parfums : des rouges à lèvres, des baumes et sticks labiaux, les arômes des dentifrices ; essences naturelles ou synthétiques ;
- les antiseptiques (des dentifrices) ;
- les anti-inflammatoires ;
- les colorants : éosine (rouges à lèvres) ;
- les conservateurs ;

- les anti-oxydants des rouges à lèvres : BHT, BHA, les gallates ;
- les excipients : cires, huiles, émulsifiants, huile de ricin, colophane, lanoline et dérivés ;
- les filtres solaires ;
- les résines et durcisseurs de vernis à ongles (résine p-terbutyl phénolformaldéhyde).

2.1.2. Les médicaments topiques

Le principe actif peut être directement responsable :

- antibiotiques (bacitracine, pénicilline, néomycine, auréomycine, sulfamides, fucidine...) ;
- antiseptiques ;
- anesthésiques locaux (contenus notamment dans les pastilles pour la gorge) ;
- antiviraux (acyclovir).

Mais souvent, l'allergie est due aux conservateurs, émoullients ou parfums.

2.1.3. Les métaux

Le nickel du conditionnement de certains cosmétiques et d'objets métalliques divers portés à la bouche.

En fait, toutes les substances susceptibles d'entrer en contact avec la muqueuse orale sont concernées :

Caoutchouc, bois (anches et embouchures des instruments de musique), papier à cigarettes, propolis (sticks, pastilles), acrylates des ongles artificiels portés à la bouche ...

L'enquête allergologique comprendra une batterie standard plus ou moins élargie à des batteries spécialisées : antiseptiques/conservateurs/antioxydants, excipients/émulsifiants, cosmétiques, parfums/arômes, filtres solaires, colorants ...

3. Étiologies dentaires

Les réactions observées chez les patients sont peu nombreuses et en général mineures, alors que les allergies professionnelles chez les dentistes et les prothésistes sont régulièrement rapportées et touchent essentiellement les mains.

3.1. Allergies aux amalgames et ciments

De rares cas d'allergies aux amalgames surtout liées au mercure ont été décrits chez les patients, attribués généralement à une corrosion de surface ou à des « traînées » d'amalgame dans les tissus mous au niveau de la racine (corrosion chimique par la salive, électrochimique par polymétallisme).

L'allergie aux amalgames touche le plus souvent les femmes.

Le mercure est le plus fréquemment en cause, mais les autres métaux peuvent aussi être sensibilisants (cuivre, zinc, argent) et plus récemment l'indium et le palladium des amalgames « modernes ».

Vingt-quatre à 48 heures après les soins dentaires, on observe fréquemment un eczéma péri-buccal, facial, volon-

tiers associé à un œdème. On a décrit, des ulcérations aphtoïdes récidivantes, adjacentes à l'amalgame.

La responsabilité du mercure dans la pathogénie d'un certain nombre de lichens plans buccaux a été fortement suggérée tout particulièrement lorsque les lésions lichénien-nes ont un contact étroit avec le site de l'amalgame ; l'ablation de l'amalgame est alors préconisée.

3.2. Les ciments et vernis

Les ciments solides ou liquides contiennent de puissants allergènes, comme l'eugénol, le baume du Pérou, la colophane, ou encore des substances végétales aromatiques qui sont mélangées à l'oxyde de zinc, (essence de girofle, essence de cannelle, essence d'eucalyptus, le menthol) ; ces substances peuvent donner à la fois des réactions d'hypersensibilité immédiate et retardée.

3.3. Allergies aux résines composites et systèmes adhésifs

Ces résines composites comportent diverses substances potentiellement allergisantes :

- résines acryliques fondées sur le bisphénol A et des méthacrylates comme le Bis-GMA ;
- des acrylates, méthacrylates (2-HEMA), diacrylates et diméthacrylates (EGDMA, TREGDMA) ;
- des additifs :
 - initiateurs de polymérisation : peroxyde de benzoyle camphoroquinone ;
 - activateurs de polymérisation (amines aromatiques tertiaires) ;
 - inhibiteurs de polymérisation (hydroquinone) ;
 - des stabilisants, des anti-oxydants.
- des impuretés telles que les monomères de la résine époxy.

Bien que ces matériaux durcissent dans la cavité buccale, le taux des groupes terminaux libres des diméthacrylates peut varier entre 15 et 50 %, ce qui peut donner lieu à des produits de dégradation tel que le formol.

Les allergies à ces résines composites surviennent essentiellement chez les professionnels exposés (dentistes, techniciens, infirmières...) sous forme d'une dermite eczématiforme, hyperkératosique des pulpes, éventuellement associée à une dermite aéroportée du visage.

Les cas concernant des patients traités sont rares ; ceci s'explique par la courte durée d'exposition et l'induction de la sensibilisation réduite par voie buccale.

Tableau
Exploration de l'allergie aux matériaux dentaires

-
- La batterie standard (I.C.D.R.G.).
 - Les batteries métaux.
 - La batterie « dentaire ».
 - Les matériaux directement mis en bouche, fournis par le dentiste-prothésiste.
-

3.4. Réactions allergiques aux prothèses fixes

3.4.1. Alliages métalliques

Le risque d'eczéma de contact à un métal (nickel, chrome, cobalt) semble discret, tant en ce qui concerne les patients que les dentistes.

L'allergie à l'or est exceptionnelle (tests avec le thiosulfate sodique d'or).

En orthodontie ; les accidents sont rarement liés aux métaux mais essentiellement aux méthacrylates des ciments de scellement.

L'allergie aux actes dentaires (soins, prothèses, orthodontie...) est une réalité à laquelle le dermato-allergologue est parfois confronté ; l'exploration en est délicate et doit tenir compte de l'évolution des techniques, certains réactogènes ayant disparu, d'autres en pleine évolution (nouvelles résines, nouveaux métaux...) (Tableau).

La collaboration avec le praticien dentaire est indispensable et les batteries de tests spécialisés de plus en plus performantes.

3.4.2. Matériaux d'empreinte

Essentiellement à base de silicone sont indemnes de réaction allergique ; cependant quelques cas ont été mentionnés chez des patients, en rapport avec le catalyseur (sulfonate de méthyl P. toluène, sulfone de méthylchlorobenzène). Certains auteurs insistent sur la présence de colophane (jusqu'à 10 %) dans des matériaux d'empreintes dentaires.

4. Conclusion

Ainsi si l'allergie est manifeste dans certaines chéilites impliquant le plus souvent des cosmétiques ou des topiques médicamenteux, si on peut observer d'exceptionnelles stomatites de contact provoquées par un matériau dentaire (prise d'empreintes, pâte adhésive...) ou un bain de bouche, la majorité des stomatites sont provoquées ou entretenues par des phénomènes irritatifs divers ou psychosomatiques.

Référence

- [1] Milpied-Homsi B. Pathologie de la muqueuse buccale. In: Vervloet D, Magnan A, editors. Traité d'allergologie. Édition Médecine-Sciences Flammarion; 2003. p. 735–8.