

**BULLES BUCCALES HEMORRAGIQUES REVELATRICE D'UNE
LEUCEMIE LYMPHOÏDE CHRONIQUE CHEZ UN ADULTE.
A PROPOS D'UN CAS.**

<p>Auteurs</p> <p>G. K. AKA KOUAKOU. R. K OUATTARA B. B. M. HARDING-KABA S.A. GADEBGEKU</p> <p>Service</p> <p>Service de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale CHU Cocody-Abidjan Côte d'Ivoire.</p> <p>Correspondance</p> <p>Pr. AKA GBLANH KASSY FANCOIS PHILIPPE. Service de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale, CHU Cocody, Abidjan, e-mail : pr_aka_gblanh@yahoo.fr</p>	<p>RESUME</p> <p>Les auteurs rapportent un cas de LLC chez un adulte de 60 ans révélé par des bulles buccales à contenu hémorragique. Ils situent la place et l'importance de l'interrogatoire dans le diagnostic de cette affection. Devant la présence de ces bulles il est licite de demander un hémogramme et un myélogramme qui feront le diagnostic de certitude de l'affection. la prise en charge doit être pluridisciplinaire et repose avant tout sur une bonne préparation du terrain en milieu africain afin d'éviter des complications à type d'anguillulose maligne liée à la chimiothérapie.</p> <p>MOTS-CLÉS : Leucémie lymphoïde chronique - Bulle hémorragique - Stomatite érosive post-bulleuse- Chimiothérapie - Adulte.</p> <p>SUMMARY</p> <p><i>Chronic lymphoïd leukaemia is an malignant haematologic disorder which occur most of then in adult. The authors report a case report in oral cavity discorver by haemorrhagic blister, and they insist about interrogation's place and importance in clinic exam. In this case haemogramm and mylogramm make certitud diagnosis. Management is pluridisciplinary and in our country needs good preparation before chemotherapy beginning in order to avoid malignant anguilulosis.</i></p> <p>KEY WORDS : Chronic lymphoïd leukaemia - Haemorrhagic bullous disorder - Oral cavity - Post erosive bullous stomatitis - Adult - chemotherapy.</p>
---	--

INTRODUCTION

La leucémie lymphoïde Chronique (LLC) est l'hémopathie la plus fréquente de l'adulte et son incidence augmente avec l'âge⁶. Il s'agit d'une prolifération maligne des cellules mûres, monoclonales, généralement de lymphocytes B⁹.

Les manifestations buccales de cette hémopathie maligne, peuvent revêtir des aspects variés. Les lésions élémentaires observées dans cette affection ne sont ni spécifique, ni pathognomonique. Elles peuvent aller de la simple ulcération neutro-pénique ou agranulocytaire à une stomatorragie ou un purpura dans les syndromes hémorragiques et anémiques.

Elles sont diversement appréhendées tant par les stomatologistes que les hématologistes selon l'évolution de la pathologie dans le temps, des moyens diagnostiques et des traitements.

L'évolution de la leucémie lymphoïde chronique est gravissime et laisse peu de place au médecin stomatologiste qui n'est pas armé pour traiter ces lésions buccales rencontrées chez des patients appelés à une fin rapide⁹.

Nous rapportons un cas d'hémopathie maligne chronique révélée par des bulles à contenu hémorragique et des érosions post-bulleuses de la cavité buccale, non nécrotique et l'attitude doit avoir tout praticien vis-à-vis de ces lésions

I- OBSERVATION CLINIQUE

Un patient de 62 ans ayant des antécédents alcoolo-tabagique importants, consulte pour des lésions bulleuses et érosives post-bulleuses récidivantes de la cavité buccale et évoluant depuis 6 à 8 mois.

L'anamnèse a révélé que ces lésions bulleuses à contenu hémorragique apparaissaient de façon bimensuelle et se rompaient presque aussitôt soit spontanément et soit lors de la mastication pour faire place à des érosions post-bulleuses. Devant l'apparition répétée de ces bulles le patient a fait une automédication à base

de chlorure de sodium (sel de cuisine) et gingembre. L'ensemble de lésions a cicatrisé entre 6-7 jours après leur apparition. Elles étaient indolores.

L'examen initial comprenant plusieurs étapes comportait :

1. Un examen général qui n'a pas mis en évidence de pâleur cutanéomuqueuse ;

2. L'examen stomatologique a noté en :
- exobuccal des tâches brunâtres cutanées et sur la partie cutanéomuqueuse des lèvres supérieure et inférieure ;

- endobuccal deux types de lésions : érosions post-bulleuses siégeant à la face interne des joues et du vestibule inférieur gauche, des lésions bulleuses, indolores, de consistance rénitente, à contenu hémorragique couleur lie-de-vin en grappe occupant la région rétro-commissurale gauche et recouverte d'une épaisseur de kératose ;

3. Les examens biologiques effectués explorant les voies de l'hémostase, la coagulation (TS, TQ, TP, TCA), la numération formule sanguine, ont respectivement mis en évidence un trouble de la coagulation (à type d'allongement du T.S. intéressant la voie extrinsèque, une anémie normochrome arégénérative, la présence d'une hyperleucocytose, une hyperlymphocytose mixte avec une quantité anormale et importante de petits et grands lymphocytes, une thrombopénie sévère (42 000 élt/mm³) ;

- le myélogramme réalisé en urgence a confirmé le diagnostic de leucémie lymphoïde chronique.

- l'étude histologique des lésions bulleuses de la cavité buccale a montré un épiderme normal sans nécrose de kératinocytes. Le derme papillaire était le siège de vastes cavités arrondies contenant une sérosité sanglante. La hauteur du derme est occupée par des plages denses à cytoplasme denses de cellules à cytoplasme clair et de taille variable, à noyau ovalaire présentant de nombreuses irrégularités de taille et de forme et de mitose importante.

La confirmation du diagnostic de la Leucémie Lymphoïde Chronique a permis

d'adresser le patient aux onco-hématologistes pour une prise en charge thérapeutique ;

- une chimiothérapie ambulatoire a été décidée après confirmation du diagnostic. Aucune préparation du patient n'a été effectuée avant la mise en œuvre de la chimiothérapie. Le traitement prescrit comprenait le MUSULBAN* à la dose de 1200 mg par jour en per os et la PREDNISONNE* à la dose de 60 mg par 24 heures.

Les lésions buccales bulleuses et érosives post-bulleuses ont disparu 15 jours plus tard.

Un mois après le début du traitement le patient est adressé dans un centre français pour poursuivre sa chimiothérapie par voie générale où il est décédé six mois plus tard dans un tableau de choc anaphylactique à la suite d'une anguillulose maligne.

II- DISCUSSION

Les lésions bulleuses à contenu hémorragiques et érosives post-bulleuses présentées par notre patient ne sont probablement pas spécifiques de la Leucémie Lymphoïde Chronique comme l'ont souligné plusieurs auteurs.

En effet, selon FRAYSSE⁷ souligne que ces lésions bulleuses regroupent un grand nombre d'entités.

Elles résultent principalement d'une atteinte des différents systèmes du kératinocytes assurant la cohésion dermo-épidermique.

Sur la muqueuse, elles sont éphémères et doivent être reconnues devant des lésions érosives post-bulleuses. Le diagnostic surtout de ces lésions post-bulleuses repose sur une anamnèse bien menée et une analyse clinique fine.

Dans notre observation c'est l'interrogatoire qui nous a orienté et permis de suspecter un processus hématologique et de demander des examens complémentaires qui ont confirmé le diagnostic.

En effet, l'étude histologique a montré un infiltrat dermique dense constitué de lymphocytes B matures et que l'on a retrouvé dans la circulation sanguine.

La survenue des lésions bulleuses et érosives post-bulleuses buccales n'est pas rare au cours de ces syndromes prolifératifs comme le souligne SZPIRGLAS⁹ dans son travail sur les manifestations buccales des hémopathies, en particulier dans les leucémies chroniques ou aiguës.

Au plan étiologique, Il s'agit dans la grande majorité des cas de lésions non spécifiques⁹ devant faire évoquer en premier lieu une cause vasculaire, en particulier un trouble de la crase sanguine, une toxidermie bulleuse ou un érythème polymorphe. Cet aspect bulleux s'observe plus volontiers dans les leucémies aiguës myéloblastiques ou des leucémies myéloïdes⁴.

Ces lésions buccales, extrêmement diverses sur le plan sémiologique, peuvent prendre l'aspect des lésions bulleuses, en particulier lors des leucémies lymphoïdes chroniques où elles sont rapportées dans 10 - 15 % des cas selon BUREAU et Coll.², et ROSEN et Coll.⁸, avec des tableaux très polymorphes allant du prurigo bulleux à un aspect de grandes bulles hémorragiques de la cavité buccale comme c'est le cas de notre patient.

Ces lésions bulleuses ne sont rapportées qu'exceptionnellement au cours des leucémies myéloïdes selon BERNENGO et Coll., EUBANKS et Coll.^{1,5}.

Au plan clinique, de 1960 à 1980, toute cette pathologie buccale avait perdu beaucoup de son intérêt pour les stomatologistes d'abord parce que mieux connues et mieux traitées par les hématologistes, si bien qu'elle avait disparu des consultations spécialisées.

Dans notre contexte, les lésions de la cavité buccale ne sont pas suffisamment connues et prise en charge par les médecins stomatologistes car peu armés pour assurer cette activité.

Depuis 1990, SZPIRGLAS⁹ souligne qu'avec l'avènement du SIDA, les lésions de la cavité buccale ont connu un regain d'intérêt. Si bien que la pathologie de la muqueuse buccale a connu un nouveau développement. Ainsi, toutes les pathologies buccales témoignant d'un syndrome quel

qu'il soit et observé lors d'une hémopathie maligne peuvent s'observer chez le sujet immuno-déprimé par le VIH et en constituer un symptôme initial.

Au plan du traitement, ces lésions buccales au cours de cette hémopathie doivent être prises charge en collaboration avec les hématologistes. Cette collaboration doit prendre en compte la bonne préparation du patient afin d'éviter dans notre contexte une réaction immunologique de dégranulation provoquée par l'existence d'une polyparasitose, telle l'anguillulose maligne. la survenue d'une telle complication grève en général le pronostic vital comme cela l'a été dans l'observation que nous rapportons.

CONCLUSION

Qu'elles soient précoces ou tardives les manifestations buccales des hémopathies malignes n'ont aucun caractère pathognomonique et spécifique. Pour cette raison elles doivent être replacées dans leur contexte clinique et surtout biologique. C'est en effet, l'interrogatoire qui permet de la suspecter et le laboratoire qui confirme le diagnostic.

Au plan thérapeutique, la prise en charge thérapeutique doit être pluridisciplinaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- M.G. BERNENGO, G. LEIGHEB, G. ZINA.
A case of acute promyelocytic leukaemia with bullous haemorrhagic and necrotic skin lesions.
Dermatologica, 151 : 184-190, 1975.
- 2- Y. BUREAU, H. BARRIERE, P. LITOUX, B. BUREAU B.
Manifestations cutanées vésiculo- bulleuses spécifiques au cours des leucoses lymphoïdes.
Ann.Dermatol. Vénéreol., 98 : 261-274, 1971.
- 3- J. COTE, M. TRUDEL, D. GRATTON.
T cell chronic lymphocytic leukaemia with bullous manifestations.
J. Am. Acad. Dermatol., 8 : 874-878, 1983.

- 4- O. DEREURE , B. GUILLOT, G.BARNEON, Ph. ZABARINO, J.J. GHILHOU.

Dermatoses aiguës fébriles à neutrophiles et hémopathies malignes : présentation d'un nouveau cas bulleux. Et revue de la littérature.
Ann. Dermatol. Vénéreol., 115 : 689- 701, 1988.

- 5- S.W. EUBANKS, J.W. PATTERSON

Subacute myelomonocytic leukaemia. An usual skin manifestation.
J. Am. Acad. Dermatol., 9 : 581 – 584, 1983.

- 6- F. GENEVIEVE, V. DELISLE, M. GARDEMBAS, C. FOUSSARD, J. GARDAIS, M. ZANDECKI.

Les hémopathies lymphoïdes chroniques de l'adulte : la leucémie lymphoïde chronique et la phase de dissémination des lymphomes à petites cellules.

Ann. Biol. Clin., 59, 4 : 403 – 415, 2001.

- 7- S. FRAYSSE, P. JOLY.

Dermatoses bulleuses de l'adulte.
Rev. Prat., 46 : 1409-1414, 1996.

- 8- L.B ROSEN, B.L. FFRANK, A.M. RYWLIN.

A characteristic vesiculobullous eruption in patients with chronic lymphocytic leukaemia.
J. Am. Acad. Dermatol., 1986 ; 15: 943-950.

9. H.SZPIRGLAS, J.-P. LACOSTE.

Manifestations buccales des hémopathies.
Encycl. Med. Chir., Paris, Stomatol. Odontol. I, 22-050-A-10, 8 p., 1994.

ANNEXES



Figure 1: Lésions bulleuses face interne de la joue, de la lèvre inférieure et de la commissure intermaxillaire gauche



Figure 2 : Face interne de la joue, de la lèvre inférieure et la commissure intermaxillaire gauche