

# Changements du modèle des lésions buccales associées à l'infection au VIH : Conséquences pour les dentistes

Herve Y. Sroussi, DMD, PhD; Joel B. Epstein, DMD, MSD, FRCD(C), FDS RCSE

## Auteur-ressource

Dr Epstein

Courriel : [jepstein@uic.edu](mailto:jepstein@uic.edu)



## SOMMAIRE

L'accès élargi à de meilleurs traitements contre le VIH a abouti à une réduction importante de la prévalence des lésions buccales associées au VIH dans les pays occidentaux industrialisés. Toutefois, une augmentation possible de la prévalence des verrues buccales et la dissociation potentielle entre la numération des cellules T CD4+ et les manifestations buccales du VIH nécessitent la vigilance continue des fournisseurs de soins buccodentaires. L'examen de la tête et du cou, d'une part, et l'examen de la bouche, d'autre part, combinés à une évaluation rigoureuse des complications associées à l'hyposalivation, restent des composantes essentielles d'un programme complet de soins buccodentaires.

Pour les citations, la version définitive de cet article est la version électronique : [www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-10/949.html](http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-10/949.html)

Le VIH est un rétrovirus dont sont porteuses plus de 40 millions de personnes dans le monde<sup>1</sup>. L'infection au VIH conduit à une dégradation du système immunitaire et à l'apparition du sida. En date de juin 2006, 61 423 personnes au Canada avaient été infectées par le VIH; 20 493 d'entre elles avaient reçu un diagnostic de sida et au moins 13 326 personnes atteintes de cette maladie en étaient mortes<sup>2</sup>. Malgré les progrès extraordinaires accomplis dans la compréhension et la prise en charge de la pathogenèse du VIH, il n'existe toujours pas de cure pour la maladie liée au VIH et le traitement de choix consiste à cibler la réplication virale du VIH dans l'espoir de retarder une suppression immunitaire additionnelle. Avec la progression de la maladie, l'effet délétère du VIH sur le système immunitaire aboutit à une incidence croissante d'infections et de maladies opportunistes largement reconnues et abondamment décrites,

parmi lesquelles figurent les manifestations buccales du VIH (MBV)<sup>3-5</sup>. Un sommaire des MBV les plus courantes et du traitement recommandé pour les contrer est présenté au **tableau 1**.

Depuis l'avènement de la pandémie VIH, les MBV ont été bien documentées comme marqueurs précoces de l'infection au VIH<sup>7</sup> et comme prédicteurs de la progression de la maladie liée au VIH<sup>8</sup>. La candidose buccale (**ill. 1**) et la leucoplasie buccale chevelue (**ill. 2**)<sup>9</sup> sont des lésions associées aux agents pathogènes fongiques et viraux, respectivement, et comptent parmi les MBV les plus fréquentes. D'autres infections, comme les verrues liées au papillomavirus humain (HPV) (**ill. 3**), les ulcères d'apparence aphteuse et le sarcome de Kaposi, ont aussi été signalées abondamment. Les MBV contribuent à la morbidité liée au VIH, et on les tient pour importants marqueurs de l'infection au VIH et de

**Tableau 1** Manifestations buccales du VIH (MBV) les plus couramment observées et traitement recommandé

MBV	Traitement	Remarques
Candidose oropharyngienne	Clotrimazole : pastilles de 10 mg par voie orale 5 fois par jour pendant 7 à 14 jours Fluconazole : 100 mg par voie orale une fois par jour pendant 7 à 14 jours. Diriger vers un spécialiste approprié en cas de non-réponse au fluconazole	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les lignes directrices des CDC ne recommandent pas la prophylaxie, sauf dans le cas exceptionnel des récurrences graves ou fréquentes.</li> <li>• Il faut envisager les interactions médicamenteuses et l'état du foie lorsqu'on choisit un traitement topique ou général.</li> </ul>
Leucoplasie buccale chevelue	Application en cabinet d'une résine podophylle à 25 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'existe pas assez de données pour recommander un traitement fondé sur les faits. Compte tenu de la nature peu propice aux complications de la lésion, la médication antivirale générale peut ne pas être justifiée.</li> </ul>
Verrues buccales	Excision chirurgicale et biopsie; diriger vers un spécialiste approprié en cas de lésions étendues ou récurrentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'existe pas assez de données pour recommander un traitement fondé sur les faits, mis à part l'excision chirurgicale.</li> <li>• Il faut envisager la possibilité de dissémination du HPV à d'autres surfaces pendant l'intervention chirurgicale ainsi que le risque de cancer.</li> </ul>
Herpès buccal	Acyclovir : 800 mg 4 fois par jour pendant 7 jours Valacyclovir : 500 mg 2 fois par jour pendant 7 jours Diriger vers un spécialiste approprié ceux qui présentent des lésions graves, persistantes ou récurrentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il faut envisager une médication topique antivirale pour les patients dont la numération des cellules CD4+ est au-dessus de <math>0,2 \times 10^9/L</math> et qui sont atteints d'herpès labial.</li> </ul>
Lésions récurrentes d'apparence aphteuse	Stéroïdes topiques de forte puissance, comme le fluocinonide et le clobétasol Diriger vers un spécialiste approprié dans les cas graves; les stéroïdes généraux, la thalidomide ou les immunosuppresseurs peuvent être envisagés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'emploi de stéroïdes topiques peut aboutir à une incidence accrue de candidose oropharyngienne.</li> <li>• Le traitement général doit se limiter aux patients expérimentés dans l'usage des stéroïdes.</li> </ul>
Maladie gingivale et parodontale	Hygiène buccale, prophylaxie, détartrage et curetage, rinçage à la chlorhexidine; ces mesures peuvent être combinées avec des antibiotiques généraux.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certaines études rapportent un érythème gingival linéaire accompagné d'une sorte de bande d'érythème ainsi qu'une intensité accrue de la perte d'os et de tissus mous.</li> </ul>
Lésions malignes : sarcome de Kaposi buccal, carcinome spinocellulaire, lymphome	Injection intra-lésionnelle de vinblastine ou de tétradécylsulfate de sodium à 3 % ou radiothérapie à faible dose ou les deux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le patient dont la maladie a été confirmée par biopsie doit être renvoyé à un médecin pour l'évaluation de l'atteinte des autres organes.</li> <li>• Le traitement intra-lésionnel doit se limiter aux patients expérimentés dans l'usage des médicaments visés.</li> </ul>
Hyposalivation	Stimulation de la fonction glandulaire : goût, mastication et sialogogues Prévention des complications buccales (caries, candidose, etc.)	

Source : Référence 6

CDC = Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis; HPV = papillomavirus humain.



**III. 1 :** Candidose pseudomembraneuse du palais dur et du palais mou se présentant par une plaque blanche détachable.



**III. 2 :** Leucoplasie chevelue, maladie associée au virus Epstein-Barr, se présentant par une lésion plissée indolore du côté latéral droit de la langue.



**III. 3 :** Verrues buccales multiples et récalcitrantes se présentant sous la forme de sessiles et de bosses pédonculées sur la lèvre inférieure.

la progression de la maladie même chez les patients qui prennent un traitement moderne contre le VIH.

La percée thérapeutique associée à l'avènement des inhibiteurs de la protéase propre au VIH il y a plus de 10 ans a considérablement amélioré le pronostic de la maladie liée au VIH<sup>10,11</sup>. L'emploi des inhibiteurs de la protéase du VIH, combiné à un traitement ciblant l'enzyme transcriptase inverse du VIH (traitement antirétroviral hautement actif ou HAART), est associé à une diminution soutenue de la répllication virale et à la stabilisation virale, voire à une augmentation de la numération des cellules assistantes périphériques T CD4<sup>+</sup><sup>12</sup>, sous-ensemble de lymphocytes ciblé par le VIH. Il est généralement reconnu que le risque de contracter une MBV augmente avec la diminution de la numération des cellules CD4 et avec l'augmentation de la charge virale du VIH<sup>13,14</sup>. Toutefois, cette observation peut être moins vraie dans les populations de patients infectés de longue date par le VIH<sup>15</sup>. En raison du fait que la numération des CD4+ n'est pas une mesure directe de la fonction immunitaire, les infections opportunistes, comme les MBV, peuvent permettre de dresser un portrait plus précis de l'état de l'infection au VIH. La disparité entre les infections opportunistes et la numération des CD4+ peut aussi s'expliquer par la détérioration paradoxale et transitoire de la fonction immunitaire pendant la réponse initiale à la médication contre le VIH, connue sous le nom de syndrome de reconstitution immunitaire<sup>16</sup>.

Bien que le traitement de certaines MBV se soit révélé efficace<sup>6</sup>, il est évident que le traitement le plus fructueux consiste à prévenir ou à renverser la maladie immunodéficitaire primaire sous-jacente<sup>17</sup>. Par conséquent, l'avènement du traitement HAART est associé à une diminution importante de la prévalence des maladies opportunistes, y compris les MBV. Par exemple, le traitement HAART est associé à une réduction importante de la prévalence de la candidose buccale et de la leucoplasie buccale chevelue conjuguée à une amélioration de la numération des cellules CD4<sup>18</sup>.

Ce qui semble contraire à toutes les constatations qu'on vient de signaler, c'est le fait que certains chercheurs ont observé une augmentation de la prévalence des verrues buccales, malgré une amélioration marquée de la numération des cellules CD4<sup>19</sup>. Cette observation ne témoigne pas nécessairement d'une véritable augmentation de la prévalence dans la population. Toutefois, en raison du lien entre le HPV et le cancer, elle permet de supposer qu'étant donné l'espérance de vie accrue des personnes infectées par le VIH, le cancer de la bouche peut devenir une complication cliniquement significative à long terme.

La prévalence des MBV décline dans les populations des pays industrialisés depuis l'avènement de meilleurs traitements contre le VIH. Toutefois, on a observé une hausse de l'incidence des maladies des glandes salivaires, de la xérostomie et des verrues buccales<sup>20</sup>. Ce fait est d'un intérêt primordial pour la profession dentaire, car la salive est un contributeur essentiel de la santé buccodentaire. La xérostomie chez les patients atteints du VIH, qu'elle soit déclenchée directement par la maladie liée au VIH ou par les effets indésirables des médicaments, représente un facteur de risque supplémentaire pour la carie et la maladie parodontale de même que pour l'apparition d'une MBV, en particulier de la candidose buccale, soit la MBV la plus couramment diagnostiquée.

Enfin, en plus de la réponse médiocre au traitement contre le VIH ou de la mauvaise conformité à ce dernier, la faible numération des cellules CD4, la lourdeur de la charge virale du VIH et l'usage du tabac sont confirmés comme facteurs de risque pour les MBV<sup>21-23</sup>. Qui plus est, l'effet du tabagisme ajouté à une maladie attribuable au papillomavirus humain peut aboutir à une augmentation spectaculaire de l'incidence du cancer de la bouche chez les patients infectés par le VIH.

En définitive, les données épidémiologiques sur les MBV recueillies après l'avènement du traitement HAART indique que les MBV sont moins fréquentes, mais il

apparaît néanmoins des paradigmes nouveaux et méconnus. Ces paradigmes comprennent une éclosion possible de la prévalence des verrues buccales et la possibilité qu'avec le temps, les numérations des cellules T CD4+ et la prévalence des MBV ne soient pas en corrélation. La signification pratique de ces 2 paradigmes émergents est que les fournisseurs de soins buccodentaires doivent continuer d'être vigilants dans leurs examens et dans le traitement de leurs patients infectés par le VIH. Pour assurer un degré optimal de soins, les cliniciens en santé buccodentaire doivent mettre l'accent sur la détection précoce du cancer de la bouche. Ils doivent rester vigilants dans le diagnostic des MBV traditionnellement associées à une faible numération des cellules CD4+ (p. ex., le sarcome de Kaposi) même chez les patients présentant une numération des CD4+ élevée. En outre, les cliniciens doivent s'occuper des complications de l'hyposalivation et offrir un programme efficace d'abandon du tabac soit par la voie d'une recommandation, soit directement par l'intermédiaire du fournisseur de soins buccodentaires. ✦

## LES AUTEURS



Le **Dr Sroussi** est professeur adjoint et directeur de la médecine buccale du département de médecine buccale et des sciences diagnostiques, Centre anticancéreux de Chicago, Université de l'Illinois à Chicago, Chicago (Illinois).



Le **Dr Epstein** est professeur et directeur, Département de la médecine buccale et des sciences diagnostiques, Collège de dentisterie, ainsi que directeur, Programme interdisciplinaire sur le cancer de la bouche, Collège de médecine, Centre anticancéreux de Chicago, Université de l'Illinois à Chicago, Chicago (Illinois).

**Écrire au :** Dr Joel Epstein, UIC College of Dentistry, Oral Medicine, MC-838, 801 South Paulina St., Chicago, IL 60091, USA.

Les auteurs n'ont aucun intérêt financier déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

## Références

- Zarocostas J. Number of people infected with HIV worldwide reaches 40m. *BMJ* 2005; 331(7527):1224.
- Agence de santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 30 juin 2006. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada; 2006. Disponible : [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac0606/pdf/haic-vsac0606.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac0606/pdf/haic-vsac0606.pdf) (accédé le 12 novembre 2007).
- Greenspan D, Greenspan JS. Oral mucosal manifestations of AIDS? *Dermatol Clin* 1987; 5(4):733-7.
- Patton LL, Phelan JA, Ramos-Gomez FJ, Nittayananta W, Shiboski CH, Mbuguye TL. Prevalence and classification of HIV-associated oral lesions. *Oral Dis* 2002; 8(Suppl 2):98-109.
- Reznik DA. Oral manifestations of HIV disease. *Top HIV Med* 2005; 13(5):143-8.
- Baccaglioni L, Atkinson JC, Patton LL, Glick M, Ficarra G, Peterson DE. Management of oral lesions in HIV-positive patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103 Suppl:S50.e1-23.
- Lozada-Nur F, Silverman S Jr, Migliorati C, Conant M, Abrams D, Volberding PA, and other. The diagnosis of AIDS and AIDS related complex in the dental office: findings in 171 homosexual males. *CDA J* 1984; 12(6):21-5.
- Greenspan D, Greenspan JS, Overby G, Hollander H, Abrams DI, MacPhail L, and other. Risk factors for rapid progression from hairy leukoplakia to AIDS: a nested case-control study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1991; 4(7):652-8.
- Greenspan D. Oral viral leukoplakia ("hairy" leukoplakia): a new oral lesion in association with AIDS. *Compend Contin Educ Dent* 1985; 6(3):204-6, 208.
- Louie JK, Hsu LC, Osmond DH, Katz MH, Schwarcz SK. Trends in causes of death among persons with acquired immunodeficiency syndrome in the era of highly active antiretroviral therapy, San Francisco, 1994-1998. *J Infect Dis* 2002; 186(7):1023-7.
- Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, and others. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *N Engl J Med* 1998; 338(13):853-60.
- Autran B, Carcelain G, Li TS, Blanc C, Mathez D, Tubiana R, and others. Positive effects of combined antiretroviral therapy on CD4+ T cell homeostasis and function in advanced HIV disease. *Science* 1997; 277(5322):112-6.
- Adurogbangba MI, Aderinokun GA, Odaibo GN, Olalaye OD, Lawoyin TO. Oro-facial lesions and CD4 counts associated with HIV/AIDS in an adult population in Oyo State, Nigeria. *Oral Dis* 2004; 10(6):319-26.
- Margiotta V, Campisi G, Mancuso S, Accurso V, Abbadessa V. HIV infection: oral lesions, CD4+ cell count and viral load in an Italian study population. *J Oral Pathol Med* 1999; 28(4):173-7.
- Sroussi HY, Villines D, Epstein J, Alves MCF, Alves ME. The correlation between prevalence of oral manifestations of HIV and CD4+ lymphocyte counts weakens with time. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 42(4):516-8.
- Lipman M, Breen R. Immune reconstitution inflammatory syndrome in HIV. *Curr Opin Infect Dis* 2006; 19(1):20-5.
- El-Sadr WM, Burman WJ, Grant LB, Matts JP, Hafner R, Crane L, and others. Discontinuation of prophylaxis for Mycobacterium avium complex disease in HIV-infected patients who have a response to antiretroviral therapy. Terry Bein Community Programs for Clinical Research on AIDS. *N Engl J Med* 2000; 342(15):1085-92.
- Nicolatou-Galitis O, Velegraki A, Paikos S, Economopoulou P, Stefaniotis T, Papanikolaou IS, and other. Effect of PI-HAART on the prevalence of oral lesions in HIV-1 infected patients. A Greek study. *Oral Dis* 2004; 10(3):145-50.
- Greenspan D, Canchola AJ, MacPhail LA, Cheikh B, Greenspan JS. Effect of highly active antiretroviral therapy on frequency of oral warts. *Lancet* 2001; 357(9266):1411-2.
- Navazesh M, Mulligan R, Komaroff E, Redford M, Greenspan D, Phelan J. The prevalence of xerostomia and salivary gland hypofunction in a cohort of HIV-positive and at-risk women. *J Dent Res* 2000; 79(7):1502-7.
- Shiboski CH, Neuhaus JM, Greenspan D, Greenspan JS. Effect of receptive oral sex and smoking on the incidence of hairy leukoplakia in HIV-positive gay men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999; 21(3):236-42.
- Chattopadhyay A, Caplan DJ, Slade GD, Shugars DC, Tien HC, Patton LL. Risk indicators for oral candidiasis and oral hairy leukoplakia in HIV-infected adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(1):35-44.
- Sroussi HY, Villines D, Epstein J, Alves MC, Alves ME. Oral lesions in HIV-positive dental patients — one more argument for tobacco smoking cessation. *Oral Dis* 2007; 13(3):324-8.