

# Manifestations buccales des anémies

## RÉSUMÉ



### Cédric SECKINGER

Praticien hospitalier,  
U.F. de Thionville,  
Service d'odontologie,  
CHR Metz-Thionville,  
Hôpital Bel-Air,  
1, rue du Friscaty,  
BP 60327,  
57126 Thionville cedex.

### Rémi CURIEN

Praticien hospitalier,  
Service d'odontologie,  
CHU de Nancy.

### Anne-Cécile HUBERT

Interne en odontologie,  
Service d'odontologie,  
CHU de Nancy.

### Alexandra SOURDOT

Assistante hospitalo-universitaire,  
Service d'odontologie,  
département de chirurgie  
et pathologies buccales,  
Service d'odontologie,  
CHU de Nancy.

### Daniel ANASTASIO

Praticien hospitalier,  
Responsable U.F. de Thionville,  
Service d'odontologie,  
CHR Metz-Thionville.



Les anémies présentent souvent des symptômes buccaux importants à connaître par l'odontologiste car ils peuvent permettre un dépistage précoce.

Nous rapportons ici le cas de deux patientes consultant pour des lésions buccales évocatrices d'une anémie que les examens complémentaires confirment.

Une revue de la littérature sur le sujet est présentée ainsi que ses implications cliniques.

## Mots clés

- anémie
- manifestations buccales
- lésions buccales

AOS 2010;249:35-41  
DOI: 10.1051/aos/2010103  
© AEOS / EDP Sciences

## Introduction

> On définit l'anémie par une diminution anormale de la masse d'hémoglobine circulante. En pratique clinique, il s'agit de la diminution du taux d'hémoglobine en dessous de 10 % des valeurs de référence à l'hémo-gramme [1]. On y associe le plus souvent une diminution du nombre d'hématies ainsi que de l'hématocrite.

Les anémies étant liées à la quantité d'hémo-globine circulante, elles auront comme consé-quence physiopathologique essentielle une diminution de l'oxygène transporté dans le sang aboutissant à une hypoxie tissulaire [2], avec une possible expression buccale [2-5].

Le traitement de l'anémie dépendra de son étiologie.

## Observation

La première patiente, âgée de 76 ans, consulte le service d'odontologie pour des lésions intra- et extra-buccales au cours de son hospitalisa- tion pour un œdème aigu du poumon. Elle présente des antécédents de cardiopathie ischémique, de quadruple pontage, d'arythmie complète par fibrillation auriculaire et d'allergie à l'iode. Elle bénéficie d'un traitement à base de Coumadine® et de Coversyl®.

L'examen clinique de la sphère buccale objec- tive de larges plaques blanchâtres sur la face interne de la joue gauche (**fig. 1**) et en regard sur le bord de la langue, ainsi qu'une glossite atrophique (**fig. 2**). Les pseudo-membranes se décollent aisément (**fig. 3**), laissant apparaître un épithélium intègre, sinon légèrement éry- thémateux. Il s'agit donc de fausses mem- branes et/ou d'un état plus ou moins desqua-



Fig. 1 Stomatite pseudo-membraneuse de la face interne de la joue gauche et du bord de langue gauche. Noter également la perlèche de la commissure labiale gauche.



Fig. 2 Glossite atrophique avec dépapillation de la langue.

matif de la muqueuse. La présentation «en miroir» nous oriente vers une lésion de contact avec un irritant placé dans le vestibule, non retrouvé à l'anamnèse, ou vers une candidose se développant dans l'analogue d'un pli (intertrigo). Nous notons également la présence d'une chéilite angulaire (**fig. 4**) et d'un aphte sur la lèvre inférieure.

Les manifestations buccales observées nous permettent de poser une hypothèse diagnostique d'anémie, qui sera confirmée par la numération formule sanguine (NFS), mettant en évidence une diminution du taux d'hémo-

globine (10,2 g/dL), des hématies ( $3,38 \times 10^6/\text{mm}^3$ , pour une limite inférieure de 3,8) ainsi que de l'hématocrite (31,4 %, pour une limite inférieure de 37 %), probable foyer inflammatoire systémique (pulmonaire ?).

Le dosage du métabolisme ferrique (**tableau I**) révèle une diminution du fer sérique et du coefficient de saturation ainsi qu'une ferritine élevée, permettant de poser un diagnostic d'anémie ferriprive pouvant expliquer les manifestations buccales.

L'examen mycologique par écouvillonnage de la face interne de la joue du 8 octobre 2007 note



Fig. 3 Pseudo-membrane.



Fig. 4 Perlèche, commissure labiale droite.

Tableau I  
Bilan martial

Fer sérique	8,0 $\mu\text{mol/L}$
Transferrine (1,70-2,70)	2,1 g/L
Coefficient de saturation (20-50)	15 %
Capacité totale de fixation de la transferrine (20-50)	53 $\mu\text{mol/L}$
Ferritine (30-280)	279 $\mu\text{g/L}$
Récepteur soluble de la transferrine (0,85-1,75)	7,77 mg/L

la présence de *Candida albicans* en assez nombreuses colonies et de *Candida glabrata* (*Torulopsis glabrata*) en très nombreuses colonies. Le diagnostic de candidose buccale est confirmé.

Le traitement des lésions buccales a consisté en une prescription de Fungizone® Orale (amphotéricine B en suspension buvable), 2 g/24 heures. En 15 jours, on notera la disparition des lésions buccales.

Le second cas est celui d'une jeune fille de 20 ans vivant en institution, consultant en raison de l'apparition d'aphtes dans les vestibules antérieurs. Dans ses antécédents, on note un accouchement 6 mois auparavant et un syndrome dépressif avec perte d'appétit.

L'examen clinique note effectivement la présence d'une ulcération d'un demi-centimètre de diamètre dans le vestibule mandibulaire antérieur (**fig. 5**), en cours de cicatrisation. D'après la patiente, d'autres ont précédé. Il s'agit, selon elle, de ses premiers épisodes d'aphtose. Un traitement symptomatique est prescrit, comprenant de la Xylocaïne® vis-



Fig. 5 Ulcérations du vestibule mandibulaire antérieur droit.

queuse en application locale et des bains de bouche au sucralfate (pansement gastrique).

Devant une suspicion d'anémie, une NFS est prescrite ainsi qu'un dosage du fer sérique en première ligne. Ces examens objectivent une baisse du taux d'hémoglobine (9,3 g/dL), de l'hématocrite, du VGM, du TCMH et du fer sérique.

En vue du bilan étiologique et du traitement, la patiente est orientée à son médecin généraliste qui lui prescrit une supplémentation en fer.

## Discussion

Les anémies sont définies par la diminution du taux d'hémoglobine (Hb) en dessous des valeurs de références qui sont, chez l'adulte masculin de 13 g/dL et chez l'adulte féminin de 12 g/dL [1, 6]. On y associe le plus souvent une diminution du nombre d'hématies et de l'hématocrite.

Les caractéristiques hématologiques des anémies peuvent être expliquées par la physiologie de l'érythropoïèse [6].

Les hématies ou érythrocytes se forment par mitoses successives des proérythroblastes, s'ac-

compagnant d'une diminution du volume cellulaire et d'une augmentation de la concentration cytoplasmique en hémoglobine. Il existe un synchronisme entre le nombre de mitoses et la différenciation cytoplasmique : l'arrêt de la synthèse d'ADN (et par suite, l'arrêt des mitoses) survient lorsque la concentration cytoplasmique en hémoglobine atteint 32 %.

Si la synthèse d'hémoglobine est ralentie, les mitoses se poursuivront jusqu'à ce que la concentration optimale en hémoglobine soit atteinte : on observera donc une microcytose

(diminution du VGM, voir infra). Si la synthèse d'ADN est atteinte, un nombre insuffisant de mitoses aura eu lieu lors de l'atteinte du seuil des 32 % d'hémoglobine : on observera une macrocytose (augmentation du VGM).

Rappelons enfin que le fer est indispensable à la synthèse de l'hémoglobine, la vitamine B12 et l'acide folique (ou folates) essentiels à la synthèse de l'ADN.

La classification des anémies peut se faire selon leur physiopathologie [2, 6] :

- l'insuffisance de production d'hématies (hypoplasie médullaire, dysplasie ou insuffisance de synthèse de l'hémoglobine) : anémies centrales (de production, ou médullaire) ou arégénératives avec un taux de réticulocytes (précurseurs des hématies) inférieur à  $150 \times 10^9/L$  ;
- une perte d'hématies (hémorragie aiguë, hémolyse) non compensée par l'augmentation de la production médullaire : anémies périphériques ou régénératives car le taux de réticulocytes est supérieur à  $150 \times 10^9/L$ .

La classification des anémies peut aussi se faire selon leur étiologie [1, 6] :

- anémies sidéropéniques, les plus fréquentes : saignements chroniques, insuffisance d'apport ou d'absorption chez le nourrisson, lors de grossesses répétées, ou inflammation chronique par mobilisation du fer par les macrophages ;
- anémies par anomalie de synthèse de l'hème (porphyries, par exemple) ou de la globine (drépanocytose, thalassémies) ;
- anémies par insuffisance médullaire quantitative (maladie auto-immune, processus myélo-invasif, aplasie médicamenteuse) ;
- anémies par insuffisance médullaire qualitative : anémies mégaloblastiques par carence en vitamine B12 (anémie de Biermer), essentiellement ;
- anémies aiguës hémorragiques ;

- anémies hémolytiques constitutionnelles ou acquises (processus immuno-allergique, toxique, infectieux ou mécanique).

La sémiologie clinique générale est marquée par deux signes [2, 6] :

- la pâleur, cutanée et muqueuse (nette au niveau unguéal et conjonctif) ;
- les conséquences fonctionnelles de l'hypoxémie (asthénie, dyspnée d'effort puis de repos, vertiges, céphalées, tachycardie, signes d'insuffisance cardiaque). Au cours du passage à la chronicité, il y a une absence de signe clinique par adaptation progressive et une augmentation de l'hémoglobine.

Les manifestations buccales des anémies, outre la pâleur des muqueuses, sont fréquentes et permettent de les dépister de manière fortuite [4, 6].

L'un des signes les plus communs des anémies est la pâleur des muqueuses [3, 5], particulièrement flagrante au niveau du palais souple, de la langue et du plancher buccal.

Une anémie doit être suspectée devant tout cas de glossite, de chéilite angulaire, de stomatite, de candidose, d'ulcérations buccales ou de paresthésies buccales, lorsqu'aucune autre cause n'a pu être retrouvée [4].

Dans les anémies sidéropéniques, on décrit une atrophie des muqueuses se manifestant par [1, 3, 4, 5] :

- une dépapillation de la langue, principalement des papilles filiformes et fongiformes ;
- une chéilite angulaire avec fissure des lèvres ;
- une dysphagie spasmodique par atrophie de la muqueuse œsophagienne (syndrome de Kelly-Paterson).

Les anémies mégaloblastiques (de Biermer ou perniciose) par déficit en vitamine B12 et/ou folates présentent une atrophie linguale progressive (glossite de Hunter), la muqueuse devenant lisse, vernissée et atrophique [1, 5]. Cette atrophie touche toute la langue.

En pratique courante, le diagnostic de l'anémie doit être confirmé par une simple numération formule sanguine (NFS) qui inclura le dosage de l'hémoglobine, élément clé du diagnostic. D'autres éléments permettent d'évoquer le type d'anémie (**tableaux II et III**), tout en sachant que la véritable caractérisation de l'anémie se fait sur les réticulocytes par prélèvement de moelle, et non sur les hématies [6]. Il est important de considérer les possibles diagnostics différentiels car il existe des fausses anémies par hémodilution, dans le cas physiologique d'une grossesse, et pathologique en présence d'une maladie de Waldenström.

D'autres examens peuvent être demandés, mais il s'agit d'examens de seconde ligne souvent laissés à l'initiative du médecin traitant ou de l'hématologue, pratiqués afin de rechercher l'étiologie de l'anémie [2] :

- bilan martial [7] ;
  - dosage du fer sérique (8-30  $\mu\text{mol/L}$ ) ;
  - ferritine érythrocytaire (réserve en fer compris entre 30-280  $\mu\text{g/L}$ ) ;
  - transferrine (molécule de transport du fer) ;
  - coefficient de saturation de la transferrine ;

- dosage des vitamines B12 sériques et folates sériques ;
- C Réactive Protéine (CRP).

Les lésions buccales du premier cas clinique présenté sont en accord avec la littérature, puisque nous avons noté la présence d'une glossite atrophique et d'une candidose. La perlèche peut être, quant à elle, d'étiologie double par atrophie et/ou mycose. Notons également que le *Candida glabrata* est un agent pathogène inhabituel des candidoses buccales.

Au vu des résultats de la NFS, du bilan martial et du bilan inflammatoire, on peut la classer en anémie sidéropénique de mécanisme inflammatoire avec consommation de fer sérique [7] par une possible surinfection pulmonaire (non confirmée).

Le second cas présente des ulcérations récurrentes dans un laps de temps court et hors d'un contexte d'aphtose connu. La suspicion d'anémie est donc justifiée et s'avère confirmée par la NFS. Il s'agit d'une anémie sidéropénique liée vraisemblablement à une carence d'apport et/ou à un excès de perte liée à la grossesse.

**Tableau II**  
Caractérisation du Volume Globulaire Moyen (VGM)

VGM (volume globulaire moyen)	
Normocytaire	Compris entre 80 et 100 $\mu\text{m}^3$
Microcytaire	< 80 $\mu\text{m}^3$
Macrocytaire	> 100 $\mu\text{m}^3$

**Tableau III**  
Caractérisation de la Teneur Globulaire Moyen Hémoglobine

TCMH (teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine)	
Normochrome	> 32 pg
Hypochrome	< 27 pg

## Conclusion

Les manifestations buccales des anémies doivent être connues par tout praticien car elles peuvent permettre un diagnostic précoce. La numération formule sanguine (NFS) doit être

prescrite de façon systématique lors d'altération de l'état physiologique de la muqueuse buccale. ■

## Bibliographie

1. Samson J, Rossier S, Carrel JP. **Hémopathie et médecine buccale.** Réalités Cliniques 1999;3(10):407-429.
2. Sebahoung G. **Hématologie clinique et biologique. 2<sup>e</sup> édition.** Paris : Arnette, 2005.
3. Derossi SS, Raghavendra S. **Anemia.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2003;95:131-141.
4. Shin L, Hong-Cheng W. **Initial diagnosis of anemia from sore mouth and improved classification of anemias by MCV and RDW in 30 patients.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2004;98:679-685.
5. Szpirglas H, Lacoste JP. **Manifestations buccales des hémopathies.** Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Stomatologie-Odontologie, Paris : Elsevier-Masson, 22050 A 10, 1994.
6. Lévy JP, Varet B, Clauvel JP, Lefrère, Bezeaud A, Guillin MC. **Hématologie et transfusion. 2<sup>e</sup> édition.** Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2008.
7. Wagner A. **Le rôle du laboratoire dans l'exploration du métabolisme du fer.** Revue de l'ACOMEN 2006;6(1):23-27.

## Oral manifestations of anemia

Cédric SECKINGER,  
Rémi CURIEN,  
Anne-Cécile HUBERT,  
Alexandra SOURDOT,  
Daniel ANASTASIO

Anemias often show oral symptoms that must be known by the dental practitioner, because they may allow an early detection.

We report two cases of patients consulting for oral lesions suggestive of anemia. Blood examinations confirm the first suspicion.

A review of the subject is presented, with its clinical implications.

### Keywords

- anemia
- oral manifestations
- mouth diseases