

Chéilite exfoliative factice

Jalal Elbenaye^{1,3}, Yassine Otheman^{2,3}, Youness Elkhachine^{1,3},
Abdessamad Sakkah^{1,3}, Abderrazak Jakar¹, Mohammed Elhaouri¹

¹ Service de dermatologie, hôpital militaire Moulay Ismaïl, 50000, Meknès, Maroc

² Service de psychiatrie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, 10000, Rabat, Maroc

³ Faculté de médecine et de pharmacie, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah USMBA, 30000, Fès, Maroc
<jalalelbenaye@gmail.com>

La chéilite exfoliative est une inflammation chronique des lèvres, rattachée à la chéilite factice. Cliniquement, elle correspond à une atteinte squamocroûteuse des lèvres qui serait provoquée et entretenue par le léchage et le frottement chronique, touchant principalement l'adolescent et le sujet jeune, principalement la femme. Cette entité, toujours sous-diagnostiquée, constitue une source de gêne pour le patient et le praticien. Même si c'est un diagnostic d'élimination, il devrait être évoqué chaque fois que l'enquête étiologique est négative ou si l'absence d'amélioration sous différents traitements. Y penser et entamer une prise en charge psychologique permettraient d'amener au moins une rémission durable.

Mots clés : chéilite, exfoliative, factice

La chéilite exfoliative est une inflammation chronique des lèvres, d'étiologie inconnue, même si la plupart des auteurs la rattachent à la chéilite factice [1]. Elle correspond à une atteinte squamocroûteuse des lèvres qui serait provoquée et entretenue par le léchage et le frottement chronique, touchant principalement l'adolescent et le sujet jeune, le plus souvent de sexe féminin [2]. Nous rapportons deux nouvelles observations illustrant la difficulté de la prise en charge diagnostique et thérapeutique de cette entité, tant pour le patient que pour le praticien.

Observations

Cas 1

Un jeune homme de 20 ans sans antécédent particulier notamment allergique, ayant consulté plusieurs médecins auparavant, se présente pour une chéilite desquamative douloureuse et fissuraire, évoluant depuis deux ans. L'examen objective des squames-croûtes jaunâtres, épaisses, sèches et adhérentes (*figure 1A*). Il n'y a ni vésicule visible ni atteinte endobuccale ou périlabiale. Le reste

de l'examen clinique est normal. Des biopsies répétées montrent toutes une dermatite non spécifique. Les tests allergiques sont non concluants. Plusieurs traitements locaux essayés (émollients, dermocorticoïdes, rétinoides) ont eu une efficacité transitoire, avec toujours une récurrence à l'arrêt. La reprise de l'interrogatoire note la notion du décès de la mère il y a trois ans, des conflits avec le père ainsi que des problèmes scolaires. Une chéilite exfoliative « factice » est alors évoquée. Un simple nettoyage des lèvres par une compresse imbibée de sérum permet de retirer toutes les squames sans douleur ni saignement et donner aux lèvres un aspect normal (*figure 1B*). Une aide psychologique est proposée, mais le patient fuit toujours le rendez-vous et est finalement perdu de vue.

Cas 2

Une jeune patiente de 19 ans, divorcée depuis un an, présente depuis six mois une chéilite desquamative asymptomatique des deux lèvres (*figure 2*). L'application d'un stick hydratant permet d'améliorer l'aspect, mais pas d'obtenir une rémission complète. L'interrogatoire

mt

Tirés à part : J. Elbenaye

doi:10.1684/met.2018.0688

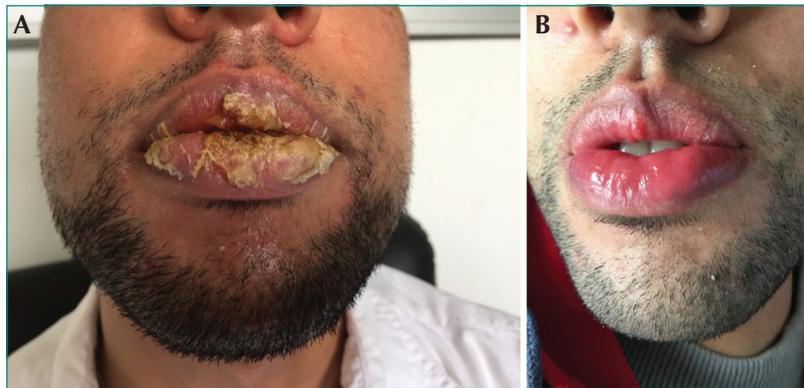


Figure 1. Chéilite exfoliative des deux lèvres. **A)** Squames-croûtes sèches adhérentes. **B)** Aspect normal après nettoyage par compresse humide.



Figure 2. Fines squames isolées et adhérentes des lèvres.

exclue le rôle possible d'un agent cosmétique, dentifrice ou autre allergène ou irritant. Le reste de l'examen clinique et la biopsie, réalisée à deux reprises, sont sans particularité. Les dermocorticoïdes et les rétinoïdes topiques ont une efficacité éphémère. Un tic de léchage est observé lors d'une consultation, qui suggère un diagnostic de chéilite exfoliative factice, confirmé après une consultation en psychiatrie. Un simple émollient associé à une prise en charge psychiatrique (antidépresseurs et psychothérapie) permet d'obtenir une rémission longue.

Commentaires

La chéilite exfoliative reste une entité énigmatique, rare et mystérieuse pour la plupart des praticiens. Se situant au carrefour de plusieurs spécialités (dermatologie, stomatologie, odontologie, psychiatrie), elle échappe souvent à une prise en charge adéquate. Il s'agit d'un diagnostic d'élimination qui ne devrait être retenu que si les autres causes de chéilites sont écartées (irritative, allergique, médicamenteuse, atopique, actinique, infectieuse, glandulaire, etc.) [3]. Des observations de chéilites

sèches, liées au reflux gastro-œsophagien, sont rapportées, même en l'absence d'une symptomatologie digestive et qui répondraient à un traitement par inhibiteur de la pompe à protons [4].

Ainsi, la chéilite exfoliative devrait être évoquée lorsque :

- un interrogatoire minutieux ne trouve ni antécédent allergique, ni application de topiques ni habitudes particulières,
- un examen clinique attentif des lèvres, mais également de la cavité buccale et de la région péri-buccale, ne montre pas d'anomalie spécifique,
- les prélèvements bactériologiques et mycologiques sont négatifs, au même titre que les tests allergiques [4],
- la biopsie reste non concluante, n'objectivant qu'une inflammation non spécifique avec parfois une parakératose sans orientation étiologique précise [2].

Devant cette impasse étiologique, le praticien devrait rechercher un profil psychologique sous-jacent. En effet, l'association de chéilite exfoliative et de troubles psychiatriques est fréquente, variant de 40 à 87 % [2]. Les lésions observées cliniquement seraient dues à des traumatismes répétés, consciemment ou non, dans le cadre de troubles de comportement tels qu'un tic de léchage (noté dans 53 % des cas dans une série [2]), un mordillement des lèvres, beaucoup plus qu'une véritable pathomimie.

La prise en charge empirique puisque l'étiopathogénie n'est pas toujours bien élucidée. Aucun traitement n'a donné entière satisfaction et le taux de rémission, indépendamment du traitement utilisé, ne dépasse pas 35 % [2]. Plusieurs traitements sont proposés : dermocorticoïdes, émollissants, antibiotiques, antifongiques, immunomodulateurs (pimécrolimus) et antidépresseurs [2, 4]. Des traitements physiques (cryothérapie, photothérapie à ultraviolets B et laser Excimer) ont été également utilisés avec des succès variables [5].

Une prise en charge psychologique est primordiale, même si aucun profil pathologique n'est décelable. Il ne

faut en effet pas oublier que c'est une dermatose affichante ayant un retentissement psychologique sur le patient. Reste cependant à convaincre ce dernier de consulter un psychiatre. Ainsi, seule une bonne relation médecin-malade avec un climat de confiance pourra résoudre ce problème et éviter l'abandon des soins et la « fuite » des malades, comme on a pu l'observer avec notre malade et le tiers des patients d'Almazroo *et al.* [2]. Cette prise en charge consiste en des séances de psychothérapie cognitivocomportementale associées à des psychotropes tels que des antidépresseurs, qui permettraient au moins de minimiser les traumatismes et d'apporter une rémission durable.

Conclusion

La chéilite exfoliative demeure une entité peu diagnostiquée, source d'inconfort pour la majorité des praticiens. Ainsi, devant toute chéilite squamocroûteuse chronique avec une enquête étiologique négative et une impasse thérapeutique, ce diagnostic devrait être évoqué et un entretien psychologique suggéré, ce qui permettrait

d'amener au moins une rémission durable et de soulager et le patient et le praticien.

Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Samimi M. Cheilitis: Diagnosis and treatment. *Presse Med* 2016 ; 45 : 240-50.
2. Almazroo SA, Woo SB, Mawardi H, Treister N. Characterization and management of exfoliative cheilitis : a single-center experience. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2013 ; 116 : e485-9.
3. Collet E, Jeudy G, Dalac S. Cheilitis, perioral dermatitis and contact allergy. *Eur J Dermatol* 2013 ; 23 : 303-7.
4. Mathelier-Fusade P. Chéilite sèche: nouvelle manifestation du reflux gastro-œsophagien? *Ann Dermatol Venerol* 2009 ; 136 : 887-9.
5. Bhatia BK, Bahr BA, Murase JE. Excimer laser therapy and narrowband ultraviolet B therapy for exfoliative cheilitis. *Int J Womens Dermatol* 2015 ; 1 : 95-8.