

Aptose de Bednar : une étiologie incertaine

Nicolas Glock, Jean-Christophe Fricain

UFR Odontologie, Université Victor Segalen, Bordeaux 2, Pôle d'Odontologie et Santé buccale, CHU, Bordeaux, France
nicolasglock@hotmail.fr

(Reçu le 5 mai 2013, accepté le 11 juin 2013)

Mots clés :

Bednar / aptose / nourrisson

Résumé – Introduction. L'aptose de Bednar est une ulcération palatine du nourrisson fréquente mais peu documentée et mal connue des chirurgiens dentistes. L'objectif de cet article était de rapporter un nouveau cas iconographié. **Observation.** Un garçon de 4 mois sans antécédents médico-chirurgicaux a consulté pour une perte d'appétit. L'examen clinique a révélé une ulcération palatine unilatérale gauche située à la jonction entre le palais mou et le palais dur. Un traitement antalgique de palier I fut proposé à titre symptomatique. **Discussion.** L'aptose de Bednar n'est pas rare mais sous-diagnostiquée. Son étiologie est incertaine : traumatique ou liée à une réaction immunitaire aspécifique.

Key words:

Bednar / aphthae / infant

Abstract – Bednar's aphthae: an uncertain etiology. Introduction. Bednar's aphthae is a common palatal ulceration in the infant but it is rarely observed. The aim of this paper was to report an illustrated case of Bednar's aphthae. **Observation.** We describe the case of a boy of four months without medical history. His mother reported a loss of appetite. Clinical examination revealed left unilateral palatal lesion located at the junction between the soft and the hard palate. The diagnosis of Bednar's aphthae was done. **Discussion.** The Bednar's aphthae is not uncommon but underdiagnosed. Its etiology is uncertain due to a trauma or non-specific immune response.

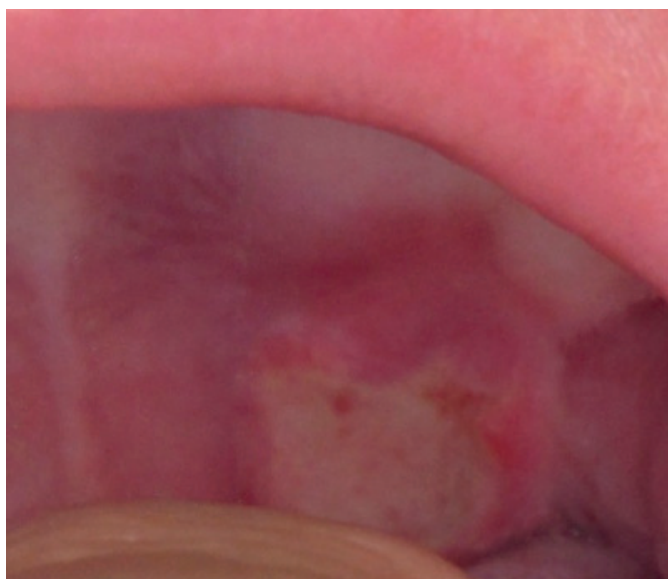


Fig. 1. Aptose de Bednar : ulcération palatine d'environ 1 cm² chez un enfant de 4 mois.

Fig. 1. Bednar's aphthae: palatal lesion of about 1 cm² in a 4 months infant.

Introduction

Les ulcérations de la muqueuse buccale constituent un motif fréquent de consultation en pédiatrie [1]. En 1850, un pédiatre viennois, Aloïs Bednar, a décrit pour la première fois des ulcérations palatines chez des nourrissons [2]. Ces ulcérations intéressaient la jonction entre le palais dur et le palais mou. Elles pouvaient déborder sur les piliers du voile du palais et elles étaient généralement symétriques. Ces ulcérations ou aptose de Bednar sont peu profondes, recouvertes de fibrine et entourées par un halo inflammatoire hyperhémique [3]. Elles cicatrisent spontanément en quelques jours à quelques semaines en fonction de leur taille [1, 4-6]. L'aptose de Bednar a été rarement rapporté dans la littérature et reste méconnue des chirurgiens dentistes et des stomatologues.

Observation

Un cas d'aptose de Bednar est rapporté chez un patient sans antécédents médico-chirurgicaux. Il s'agissait d'un nourrisson, de sexe masculin, âgé de 4 mois, lors de sa première visite dans l'unité de Médecine buccale. L'interrogatoire de la maman



révélaient une perte de l'appétit depuis quelques jours et des pleurs chez son fils qu'elle n'expliquait pas. On ne retrouvait pas de notion de traumatisme mais elle précisait que l'enfant suce son pouce. Il était nourri au biberon depuis la naissance et allait débiter la diversification alimentaire. Il ne présentait pas de fièvre, ni d'adénopathie. L'examen clinique de la cavité buccale était difficile mais on pouvait observer une ulcération bien limitée (Fig. 1) d'environ 1 cm². Elle se situait à gauche, à la jonction entre le palais dur et le palais mou sans débiter latéralement sur les piliers du voile. Elle présentait un fond fibrineux avec un halo périphérique inflammatoire. Le diagnostic d'aphtose de Bednar a été posé sur l'observation clinique de la lésion, sa localisation et l'âge de l'enfant. Aucun examen complémentaire n'a été proposé. Un antalgique de palier I (paracétamol) a été prescrit pendant 5 jours, à la dose de 60 mg/kg/24 h. Lors de la visite de contrôle après une semaine, la maman expliquait que les difficultés d'alimentation avaient disparu et que le comportement de son fils s'était normalisé. À l'examen clinique, la lésion avait cicatrisé. Le patient a été revu à 6 mois et 1 an. Aucune récurrence n'a été observée.

Discussion

L'aphtose de Bednar est une pathologie du nourrisson probablement sous-diagnostiquée par les pédiatres, les ORL et les chirurgiens-dentistes. Ce déficit de diagnostic est sans doute lié à sa méconnaissance mais aussi à la difficulté d'examen de la cavité buccale chez un nouveau-né. En néonatalogie, cette affection aurait une prévalence importante [3] : une aphtose de Bednar a été observée chez 16 % des nourrissons examinés et, dans 13,7 % des cas, la lésion était unique. Le diagnostic différentiel doit être fait avec la gingivostomatite herpétique, l'herpangine ou le syndrome pied-main-bouche qui présentent un tableau clinique plus large avec des ulcérations multiples, de la fièvre et des adénopathies. La maladie de Behçet ne sera évoquée qu'en cas d'aphtes récidivants et ubiquitaires dans la cavité buccale.

Les facteurs de risque de survenue de l'aphtose de Bednar ont été discutés. Les enfants nés à terme par voie basse et alimentés au biberon présentaient une aphtose de Bednar dans près de 30 % des cas [3]. Les enfants nés par césarienne et nourris au sein ne présentaient une aphtose de Bednar que dans 11,8 % des cas [3]. Ces résultats ont fait suggérer qu'une exposition à la flore vaginale et l'absence d'alimentation au

sein (défaut d'anticorps maternels) favoriseraient l'aphtose de Bednar [3].

Une étiologie traumatique a été évoquée [4-7]. Le traumatisme pourrait être provoqué par le nettoyage de la cavité buccale après la naissance ou lors de l'aspiration oropharyngée. Une irritation mécanique liée à la succion de la sucette et de la tétine serait plus probable et compatible avec notre cas clinique [4-7]. La position allongée du nouveau-né lors de la tétée et une tétine avec un trou trop étroit constitueraient des facteurs favorisant l'aphtose de Bednar. L'amélioration du matériel de puériculture diminuerait l'incidence de l'aphtose de Bednar [4].

Le traitement préconisé de l'ulcération est symptomatique. La prévention des récurrences repose sur l'utilisation de la sucette de manière occasionnelle, en choisissant des modèles anatomiques. La tétée en position assise et la prescription de tétine avec un trou plus important peuvent aussi être proposées.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Samimi M, Huttenberger B, Goga D. Diagnostic des ulcérations buccales de l'enfant. *Arch Pediatr* 2009;16:521-3.
2. Bednar A. Die Krankheiten der Neugeborenen und Säulinge vom clinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkte. Verlag von Carl Gerold, Wien, 1850.
3. Nebgen S, Kasper H-U, Schäfer D, Christ H, Roth B. Bednar's aphthae in neonates: incidence and associated factors. *Neonatology* 2010;98:208-11.
4. Pedra C, Moraes C, Ejzenberg B, Baldacci E, Okay Y. Oral palatine ulcers of a traumatic nature in infants: Bednar's aphthae. *Int J Pediatr Otorhinlaryngol* 1996;35:39-49.
5. Khitrov IV. Diagnosis of chronic erosion of palatal mucosa (Bednar's aphthae) in infants. *Pediatrics* 1976;6:67-8.
6. Tricarico A, Molteni G, Mattioli F, Guerra A, Mordini B, Presutti L, Iughetti L. Nipple trauma in infants? Bednar aphthae. *Am J Otolaryngol* 2012;33:756-7.
7. Martinez-Sanchez L, Díaz González EP, García-Tornel Florens S, Gaspà Marti J. Uso del chupete: beneficios y riesgos. *An Pediatr (Barc)* 2000;53:580-5.