



## Diagnostic et prise en charge thérapeutique de la maladie aphteuse : à propos d'un cas vu au service d'Odontostomatologie de l'Hôpital Général Idrissa Pouye de Dakar

Diagnosis and therapeutic management of aphthous disease: A case report from the Odontostomatology Department of Idrissa Pouye General Hospital in Dakar

SECK K.<sup>1</sup>, DIATTA M.<sup>1,2</sup>, Fall NFA.<sup>1</sup>, GASSAMA BC.<sup>1</sup>, KANE M.<sup>1</sup>, BA A.<sup>1</sup>, KOUNTA A.<sup>1</sup>, TAMBAB.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Service de chirurgie Buccale, Institut Odontostomatologie, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, UCAD, Dakar, Sénégal.

<sup>2</sup>Service Odontostomatologie de l'Hôpital Général Idrissa Pouye, Dakar, Sénégal

**Résumé :** Introduction : Les aphtes sont des ulcérations douloureuses, uniques ou multiples, de taille variable, caractérisées par un fond jaunâtre entouré d'un liseré érythémateux non induré, cicatrisant généralement en 8 à 10 jours. Ils siègent principalement sur la muqueuse buccale et peuvent présenter des variantes bipolaires (orogénitales) en fonction de leur taille et profondeur. L'objectif de cette étude était de démontrer l'efficacité d'une solution empirique à base de Chlorhexidine à 0,12 %, de bicarbonate de sodium et de Fungizone chez un jeune patient présentant un aphte d'origine fongique.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'un homme âgé de 24 ans, en bonne santé, référé pour des lésions buccales persistantes. L'examen clinique a révélé des macules érythémateuses et blanchâtres sur les muqueuses labiales supérieures et inférieures. Le diagnostic d'aphte d'origine fongique a été retenu, et un traitement par bain de bouche composé (Chlorhexidine à 0,12 %, bicarbonate de sodium, Fungizone) a été instauré.

**Conclusion :** Les aphtes buccaux sont des lésions courantes aux étiologies variées. Ce rapport de cas met en évidence l'intérêt d'un bain de bouche composé comme alternative thérapeutique pour les praticiens.

**Mots clés :** Aphte, Stomatite, Lésions ulcéreuses

### Abstract

**Introduction:** Aphthous ulcers are painful, single or multiple ulcerations of varying size, characterized by a yellowish base surrounded by a non-indurated erythematous border, typically healing within 8 to 10 days. They are frequently located on the oral mucosa and may present as bipolar (orogenital) lesions with different variants depending on size and depth. The objective was to demonstrate the efficacy of an empirical solution containing 0.12% chlorhexidine, sodium bicarbonate, and Fungizone in a young patient with a fungal-origin aphthous ulcer.

**Case Report :** We report the case of a 24-year-old healthy male referred for persistent oral lesions. Clinical examination revealed erythematous and whitish macules on the upper and lower labial mucosae. A diagnosis of fungal-origin aphthous ulcer was established, and treatment with a compounded mouthwash (0.12% chlorhexidine, sodium bicarbonate, Fungizone) was initiated.

**Conclusion:** Oral aphthous ulcers are common lesions with diverse etiologies. This case report highlights the utility of a compounded mouthwash as a therapeutic alternative for clinicians.

**Keywords :** Aphthous ulcer, Stomatitis, Ulcerative lesions

**Correspondance**

SECK Khadi., Assistant, Service de chirurgie Buccale, institut d'odontostomatologie, Faculté de Médecine de Pharmacie d'Odontologie UCAD, Dakar, Sénégal

**Téléphone :** +221773274493

**Email :** [seckhadim40@gmail.com](mailto:seckhadim40@gmail.com)

**Article reçu :** 16-12-2025

**Accepté :** 10-02-2026 **Publié :** 17-03-2026



Copyright © 2026. SECK K. et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article : SECK K. et al. Diagnostic et prise en charge thérapeutique de la maladie aphteuse : à propos d'un cas vu au service d'Odontostomatologie de l'Hôpital Général Idrissa Pouye de Dakar. 2026 ; 9(1) : 32 - 40

## INTRODUCTION

Les aphtes sont des ulcérations douloureuses observées principalement sur la muqueuse buccale, mais également au niveau anal ou génital dans de rares cas. Environ 20 à 25% de la population générale est touchée à un moment donné et peut atteindre jusqu'à 50% selon les études (1, 2)

Ils peuvent se présenter sous forme isolée et unique ou multiple et récidivante, définissant ainsi l'aphtose, laquelle se décline en formes mineure, miliaire ou majeure (2). Les étiologies sont multifactorielles, incluant des facteurs locaux, systémiques, immunologiques, génétiques, allergiques, nutritionnels, microbiens et médicamenteux (2).

Cliniquement, les aphtes se manifestent par des ulcérations inflammatoires, douloureuses, de taille variable (5 à 10 mm de diamètre), rondes ou ovalaires, avec un fond nécrotique grisâtre ou jaunâtre (« beurre frais ») et des bords nets cerclés d'un halo inflammatoire érythémateux (1). Bien que leur diagnostic soit principalement clinique, un examen médical rigoureux est nécessaire pour écarter d'autres pathologies, telles que la maladie de Behçet ou les infections virales (3).

Le traitement de première intention des aphtes récidivants repose sur la colchicine, sous réserve d'un bilan hépatique préalable (4). Cependant, des alternatives thérapeutiques, comme les bains de bouche à base d'antiseptiques, d'antifongiques et de bicarbonate de sodium, peuvent être envisagées (5). Une petite épidémiologie de ces traitements alternatifs

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'une solution empirique associant Chlorhexidine à 0,12 %, bicarbonate de sodium et Fungizone chez un patient présentant un aphte d'origine fongique.

## OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient de 24 ans, maçon, référé pour des ulcérations buccales douloureuses, multiples et récidivantes, évoluant depuis deux ans. Les épisodes ulcératifs perturbaient significativement son alimentation, avec des douleurs exacerbées par les aliments épicés. Les traitements antérieurs (antibiotiques et bains de bouche) n'avaient apporté qu'une amélioration transitoire.

L'examen clinique a mis en évidence des macules érythémateuses à fond jaunâtre, entourées d'un halo inflammatoire, localisées sur les muqueuses labiales supérieures et inférieures (Figures 1 et 2). Les papilles interdentaires du bloc incisivo-canin mandibulaire présentaient une inflammation associée à des lésions candidosiques discrètes et une halitose. La palpation était douloureuse sans saignement.

Un bilan biologique a révélé une vitesse de sédimentation légèrement élevée (20 mm/h), tandis que la numération formule sanguine était normale. Toutefois, le dépistage du VIH n'était pas réalisé.

Le traitement a consisté en l'administration de paracétamol (1 g, 3 fois par jour) et d'un bain de bouche composé de Fungizone à 10 %, de Chlorhexidine à 0,12 % et de bicarbonate de sodium, utilisé trois fois par jour. Une régression complète des lésions a été observée après une semaine (Figure 3), sans récurrence à trois mois.

## COMMENTAIRES

Les aphtes récurrents (AR) constituent une pathologie muqueuse fréquente, touchant indifféremment les deux sexes et toutes les tranches d'âge. Les études épidémiologiques estiment leur prévalence à 20% dans la population générale, avec des variations géographiques notables (6). Cette hétérogénéité pourrait s'expliquer par l'interaction complexe entre facteurs environnementaux (climat, hygiène buccale), habitudes alimentaires (carences vitaminiques, aliments acides) et prédispositions génétiques (polymorphismes des gènes IL-1 $\beta$  et TNF- $\alpha$ ) (7).

Plusieurs facteurs contribuent au développement des aphtes récurrents. Les études scientifiques identifient quatre catégories principales de facteurs déclenchants (6, 8) :

- **Facteurs psychologiques et physiologiques**

Le stress chronique et la fatigue physique altèrent les mécanismes de défense immunitaire de la muqueuse buccale, augmentant la susceptibilité aux lésions aphteuses.

- **Facteurs mécaniques locaux**

Les appareils dentaires mal adaptés provoquent des microtraumatismes. Un brossage trop vigoureux endommage l'épithélium buccal. Les caries et infections dentaires créent un environnement propice.

- **Facteurs alimentaires et médicamenteux**

Certains aliments (noix, agrumes, tomates, fromages fermentés) contiennent des substances irritantes. Des médicaments comme les anti-inflammatoires ou les biphosphonates peuvent déclencher des ulcérations.

- **Facteurs hormonaux**

Les fluctuations hormonales du cycle menstruel modifient la réponse inflammatoire locale chez certaines femmes.

Notre étude ne permet pas d'isoler un facteur déclenchant spécifique, confirmant le caractère multifactoriel de cette pathologie. Les aphtes résultent en effet de l'interaction complexe entre : des stimuli externes (traumatismes, aliments, médicaments), des déséquilibres internes (hormonaux, immunitaires); des composantes infectieuses (bactéries, champignons).

Cette observation rejoint les données de la littérature qui soulignent la nature plurifactorielle des ulcérations aphteuses (6).

L'aphte se présente sous la forme d'une ulcération douloureuse, à fond jaunâtre ou grisâtre, reposant sur une base non infiltrée, avec des bords nets entourés d'un halo érythémateux. La lésion est douloureuse et ne s'accompagne pas d'adénopathie satellite (9). Le diagnostic d'un aphte buccal repose sur les caractéristiques cliniques de la lésion, combinées aux antécédents médicaux du patient. Toutefois, aucun test de diagnostic spécifique n'est actuellement disponible. Il est donc nécessaire d'éliminer d'autres causes possibles d'ulcérations buccales récidivantes, telles que la maladie de Behçet, les maladies vésiculo-bulleuses ou encore l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (10). Plusieurs approches thérapeutiques sont proposées pour le traitement des aphtes buccaux, incluant l'administration d'agents topiques et/ou systémiques. Les objectifs du traitement sont d'assurer l'analgésie, c'est-à-dire le soulagement de la douleur, de favoriser la cicatrisation de l'ulcère et de prévenir les récurrences. Les corticostéroïdes topiques représentent le traitement de base des ulcères aphteux buccaux, avec notamment l'utilisation de l'acétonide de triamcinolone sous forme de pommade ou de pâte émoulinée, appliquée sur la lésion quatre fois par jour. La colchicine constitue un traitement à envisager en première intention dans les formes sévères d'aphtose buccale récidivante, en raison de son efficacité, de sa bonne tolérance à court et à long termes, ainsi que de sa simplicité d'administration (11).

Une meilleure adhérence de la triamcinolone, sous forme de pommade ou de pâte émoulinée, peut être obtenue en asséchant préalablement l'ulcère avant l'application du médicament. Il est également recommandé de s'abstenir de consommer aliments et boissons pendant au moins 30 minutes après l'application de la pommade (11). Par ailleurs, l'utilisation d'un demi-verre d'une préparation magistrale en bain de bouche, administrée trois fois par jour, composée d'une solution bicarbonatée (préparée avec deux cuillères à soupe de bicarbonate de sodium diluées dans 1,5 litre d'eau stérile) associée à une cuillère à café de chlorhexidine à 0,12 %, a été employée dans la présente observation clinique. Ce mélange a donné des résultats satisfaisants, avec une guérison complète de l'ulcère et l'absence de récurrence. Bien que cette préparation reste empirique, elle peut constituer une alternative thérapeutique utile, notamment pour les praticiens non spécialistes des pathologies de la muqueuse buccale. Ce mélange agit grâce à l'action combinée de ses deux composants. L'amphotéricine B détruit spécifiquement les champignons comme le *Candida* en perforant leur membrane cellulaire. Quant à la Chlorhexidine, elle élargit le

spectre d'action en éliminant aussi bien les bactéries que les champignons, tout en formant un film protecteur rémanent sur la muqueuse. Ensemble, ils éradiquent l'infection mixte et protègent la muqueuse lésée, favorisant ainsi sa guérison. Ce mélange est inefficace contre les infections virales et ne couvre pas toutes les souches bactériennes ou fongiques, avec un risque émergent de résistance à la Chlorhexidine chez certains germes. Ce bain de bouche composé n'agit qu'en surface, sans effet sur les infections déjà disséminées ou systémiques, qui nécessitent un traitement par voie générale.

## CONCLUSION

Les aphtes récurrents (AR) sont des affections ulcéreuses fréquentes touchant la muqueuse buccale. Leurs étiologies sont multiples, et ils surviennent principalement chez des individus en bonne santé, bien qu'ils puissent présenter une forme plus sévère chez les personnes immunodéprimées. La prise en charge vise à améliorer la fonction buccale et la qualité de vie du patient grâce à des traitements topiques et systémiques. Les objectifs thérapeutiques sont de soulager la douleur afin de permettre une alimentation normale, de favoriser la cicatrisation des lésions et de réduire le risque de récurrence. Le protocole utilisé a conduit à la disparition des symptômes cliniques en une semaine. L'objectif de ce rapport de cas était de souligner, auprès des praticiens, l'intérêt potentiel d'un bain de bouche composé comme alternative thérapeutique.

## Conflits d'intérêts

Tous les auteurs ne déclarent aucuns conflits d'intérêts

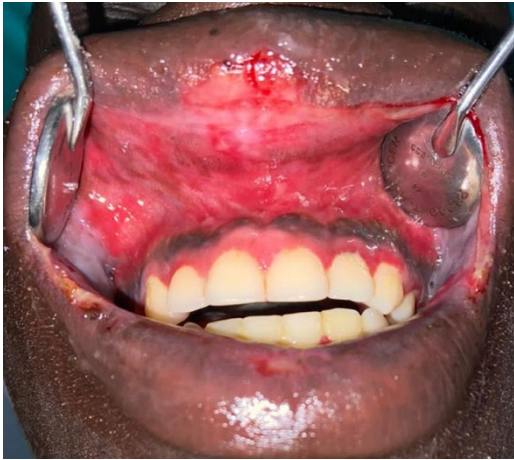
## Contributions des auteurs

1. Dr Khadim SECK a réalisé le protocole
2. Pr Mamadou DIATTA a corrigé l'article
3. Dr Ndeye Fatou Allé FALL a travaillé sur les références
4. Dr Bintou Catherine GASSAMA a aidé à la relecture de l'article
5. Dr Mouhammad KANE a avait participé sur la prise en charge du patient
6. Dr Abdou BA a aidé à la relecture de l'article
7. Dr Alpha KOUNTA a assuré le contrôle clinique du patient
8. Pr Babacar TAMBA a recorrige l'article

## REFERENCES

1. **Akintoye SO, Greenberg MS.** Recurrent aphthous stomatitis. *Dent Clin North Am.* avr 2014;58(2):281-97.
2. **Vaillant L, Samimi M.** Aphtes et ulcérations buccales. *Press Méd.* 2016;45(2):215-26.
3. **International Team for the Revision of the International Criteria for Behçet's Disease (ITR-ICBD).** The International Criteria for Behçet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28(3):338-47.
4. **Patil S, Reddy SN, Maheshwari S, Khandelwal S, Shruthi D, Doni B.** Prevalence of recurrent aphthous ulceration in the Indian Population. *J Clin Exp Dent.* 2014;6(1):e36-40.
5. **Malbos D.** Bains de bouche à visée antifongique. *Actualités Pharmaceutiques.* 2023;62(627, Supplement):27-8.
6. **Cabras M, Carrozzo M, Gambino A, Broccoletti R, Sciascia S, Baldovino S, et al.** Value of colchicine as treatment for recurrent oral ulcers: A systematic review. *J Oral Pathol Med.* 2020;49(8):731-40.
7. **Manoj MA, Jain A, Madtha SA, Cherian TM.** Prevalence and risk factors of recurrent aphthous stomatitis among college students at Mangalore, India. *PeerJ.* 2023;11:e14998.
8. **Yan H, Chen T, Zuo Y, Tu Y, Ai H, Lin Y, et al.** A systematic review and meta-analysis of acupuncture treatment for oral ulcer. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2022;2022(1):6082179.
9. **Sánchez J, Conejero C, Conejero R.** Recurrent aphthous stomatitis. *Actas DermoSifiliogr.* 2020;111(6):471-80.
10. **Gasmi BA, Noor S, Menzel A, Gasmi A.** Oral aphthous: pathophysiology, clinical aspects and medical treatment. *Arch Razi Inst.* 2021;76(5):1155-63.
11. **Altenburg A, El-Haj N, Micheli C, Puttkammer M, Abdel-Naser MB, Zouboulis CC.** The treatment of chronic recurrent oral aphthous ulcers. *Dtsch Arztebl Int.* oct 2014;111(40):665-73.

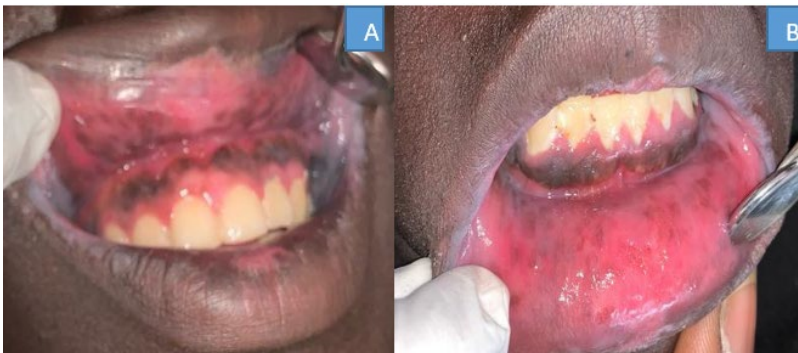
Liste des figures



**Figure 1** : Vue endobuccale montrant des ulcérations disséminées à la lèvre supérieure



**Figure 2** : Vue endobuccale montrant des ulcérations disséminées à la lèvre inférieure



**Figure 3** : Images montrant la disparition des lésions ulcéreuses et candidosiques sur la face interne de la lèvre supérieure (A) et de la lèvre inférieure (B) après une semaine de traitement.