L'IMAGE DU MOIS

Chancre mixte, combinaison d'un chancre mou et d'un chancre syphilitique

F. Henry (1), C. Devillers (2), G. Szepetiuk (2), G.E. Piérard (3)

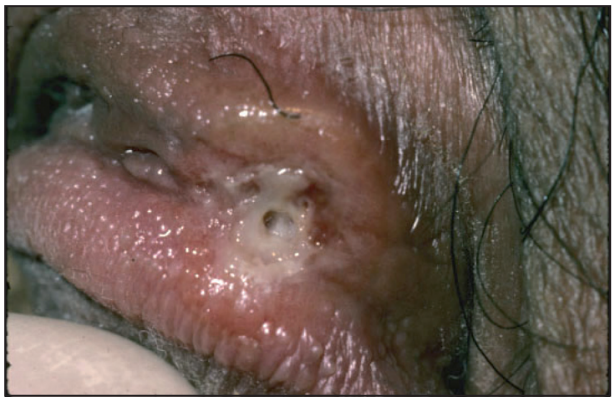

Figure 1. Chancre mixte du sillon balano-préputial.

Présentation clinique

Une semaine environ après un séjour au Maghreb, un homme jeune a vu se développer une papule qui s'est ulcérée au niveau du sillon balano-préputial. La lésion qui était douloureuse, s'est progressivement étendue en surface et en profondeur. Le fond était sanieux et modérément infiltré (Fig. 1). Une discrète adénopathie inguinale était palpée.

Le diagnostic clinique d'une MST (maladie sexuellement transmissible) était probable. Après essuyage avec une compresse sèche, des frottis ont été réalisés par écouvillonnage des bords de la lésion. Des bacilles Gram- groupés «en chaîne de bicyclette» ont été identifiés comme étant des *Haemophilus ducreyi*. De plus, un examen immunopathologique à la recherche de *Treponema pallidum* s'est révélé positif.

Le diagnostic de chancre mixte combinant un chancre mou (*H. ducreyi*) et un chancre syphilitique (*T. pallidum*) a été posé. Compte tenu de la nature de cette infection mixte, l'érythromycine a été administrée à la dose de 500 mg, 4 fois par jour, pendant 15 jours. Une guérison clinique a été obtenue. Les sérologies pour la syphilis et le VIH ont été réalisées après un mois et sont restées négatives.

(1) Maître de Conférence, Assistant de Recherche, (2) Assistant clinique, (3) Chargé de Cours, Chef de Service, Service de Dermatopathologie, CHU de Liège.

Commentaires

Le chancre mou est une MST correspondant à une infection bactérienne cutanéo-muqueuse génitale due à *H. ducreyi*. Cette infection est rare en Europe, en dehors de petits foyers épidémiques liés à la prostitution dans des grandes métropoles. En revanche, elle sévit de manière endémique dans certaines parties du Maghreb, en Afrique sub-saharienne, en Asie et en Amérique latine (1-3).

Le chancre mou a une période d'incubation habituellement courte, inférieure à une semaine, mais elle peut s'étendre à un mois. L'évolution clinique débute par une papule inflammatoire au site d'inoculation du bacille (1-5). Cette papule se couvre rapidement d'une pustule, puis devient une ulcération douloureuse pouvant atteindre 1 cm de diamètre. Elle est profonde et à contours irréguliers. Le fond est sanieux et parfois saignant au contact. Le bord de l'ulcération est jaunâtre, décollé, avec un liséré hémorragique. La lésion, généralement unique, peut cependant s'accompagner de lésions satellites correspondant à de petites ulcérations de taille millimétrique ayant le même aspect et le même caractère douloureux. Il peut s'agir de points d'inoculations multiples ou elles correspondent à des auto-inoculations.

Le chancre mou siège de préférence sur la partie cutanée des organes génitaux. Chez l'homme, les sites les plus fréquemment atteints sont le prépuce, le frein et le sillon balano-préputial. Chez la femme, la majorité des lésions siège au niveau des lèvres, de la fourchette, du vestibule et du clitoris.

Diverses formes cliniques atypiques de chancre mou ont été décrites. Il s'agit du chancre «géant» de plus de 2 cm de diamètre, du chancre mou folliculaire, simulant une folliculite, du chancre «nain», du chancre mou «volant», ulcéré et guérissant en 4 à 6 jours, du chancre mou papuleux et du chancre phagédénique qui est exceptionnel.

Les caractéristiques du chancre mou ne prêtent généralement guère à confusion. Cependant, quelques formes cliniques peuvent mimer le chancre syphilitique, surtout quand il est peu douloureux. En cas de nombreux chancres de petite taille, le diagnostic d'herpès génital pourrait être évoqué. Enfin, certaines lésions profu-

ses peuvent faire mimer une aphtose génitale de Behçet. L'aspect clinique peut être modifié en cas d'association avec *T. pallidum*. En effet, 10 à 15 % des chancres mous sont des chancres mixtes associant *H. ducreyi* et *T. pallidum*. Le chancre mou est également une porte d'entrée pour le VIH (6).

Dans la majorité des cas, le chancre mou s'accompagne d'une adénopathie qui apparaît après une à deux semaines. Elle est unilatérale et de caractère très inflammatoire. Elle devient fluctuante, puis évolue vers une fistulisation, voire une chancrélisation spontanée. Cette adénopathie est elle aussi douloureuse, et peut laisser des séquelles malgré un traitement antibiotique bien conduit.

Le diagnostic microbiologique du chancre mou est particulièrement difficile (3, 7). Du fait de la multiplicité des germes de surinfection, l'attention doit être grande pour repérer à l'examen direct du frottis les petits bacilles (0,5 à 1,5 µm) Gram-, à bouts arrondis, à coloration bipolaire («en épingles de sûreté»). De localisation intra- ou extracellulaires, les bacilles peuvent se grouper en «banc de poisson» ou en «chaîne de bicyclette». Cet examen microscopique manque de sensibilité qui peut cependant être augmentée dans des laboratoires spécialisés par l'utilisation d'anticorps monoclonaux permettant d'identifier *H. ducreyi* sur le frottis. Par ailleurs, plusieurs équipes ont développé des sondes d'ADN spécifique de *H. ducreyi* pour détecter par hybridation la présence de la bactérie dans les prélèvements ou après amplification génique par PCR.

H. ducreyi est résistant aux peptides antimicrobiens générés par la peau (8). Le traitement du chancre mou est communément institué en l'absence de diagnostic de certitude. En particulier, il doit être envisagé en cas d'ulcération génitale présumée syphilitique mais résistant à la pénicilline, ou d'adénopathie à type de bubon. Il faut remarquer qu'une adénopathie de même type peut s'observer au cours de la maladie de Nicolas-Favre, mais, dans ce cas, l'ulcération primitive est modeste, voire inapparente.

La sensibilité des souches de *H. ducreyi* aux antibiotiques est variable selon les pays. L'apparition progressive de résistances à certains antibiotiques, oblige à réévaluer périodiquement les protocoles thérapeutiques. Il est utile d'adapter le traitement aux recommandations faites par les experts locaux. Les antibiotiques ayant démontré une efficacité clinique sont l'érythromycine, l'azithromycine, le ceftriaxone et la ciprofloxacine (5, 9). L'efficacité thérapeutique se traduit par la disparition du chancre en trois à cinq jours. En cas d'échec ou d'amélioration insuffisante, il faut évoquer une association morbide (syphilis, herpès, VIH, …), une résistance au traitement antibiotique ou une réinfection. Le patient doit prévenir son ou ses partenaires sexuels afin qu'ils soient pris en charge médicalement.

Le chancre mou représentant une porte d'entrée reconnue pour le VIH, les patients doivent être suivis sérologiquement pendant plusieurs semaines afin de dépister une éventuelle contamination concomitante (6). L'autre association classique au chancre mou est l'infection simultanée par *T. pallidum* (1). Le tréponème peut aujourd'hui être identifié aisément sur frottis ou biopsie par immunohistochimie (10, 11). Il faut rappeler que l'incidence de la syphilis s'est accrue dans nos contrées ces dernières années (12).

Bibliographie

1. Arrese JE, Hennechart-Avila Camacho M, Al Rustom K, Piérard GE.— Maladies sexuellement transmissibles de nature bactérienne. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 581-585.
2. Steen R.— Eradicating chancroid. *Bull World Health Org*, 2001, **79**, 818-826.
3. Inamadar AC, Palit A.— Chancroid : an update. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2002, **68**, 5-9.
4. Lewis DA.— Chancroid : clinical manifestations, diagnosis, and management. *Sex Transm Infect*, 2003, **79**, 68-71.
5. Nikkels AF, Arrese JE, Piérard GE.— Un chancre mou. *Rev Med Liège*, 2003, **58**, 64-66.
6. Mohammed TT, Olumide YM.— Chancroid and human immunodeficiency virus infection - a review. *Int J Dermatol*, 2008, **47**, 1-8.
7. Alfa M.— The laboratory diagnosis of *Haemophilus ducreyi*. *Can J Infect Dis Med Mecrobiol*, 2005, **16**, 31-34.
8. Mount KL, Townsend CA, Bauer ME.— Haemophilus ducreyi is resistant to human antimicrobial peptides. *Antimicrob Agents Chemother*, 2007, **51**, 3391-3393.
9. Rosen T, Vandergriff T, Harting M.— Antibiotic use in sexually transmissible diseases. *Dermatol Clin*, 2009, **27**, 49-61.
10. Quatresooz P, Blaise G, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— La syphilis, la grande simulatrice démasquée. *Dermatol Actual*, 2007, **104**, 6-10.
11. Quatresooz P, Piérard GE.— Skin homing of *Treponema pallidum* in early syphilis: an immunohistochemical study. *Appl Immunohistochem Mol Morphol*, 2009, **17**, 47-50.
12. Flagothier C, Arrese JE, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— La syphilis, une MST de retour en nos murs. *Rev Med Liège*, 2004, **59**, 426-429.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.
E-mail : gerald.pierard@ulg.ac.be