

# L'IMAGE DU MOIS

## Un chancre mou

A.F. NIKKELS (1, 2), J.E. ARRESE (3), G.E. PIÉRARD (4)



Fig 1. Chancre mou.

Un patient camerounais, âgé de 35 ans, présente deux ulcérations douloureuses du gland (fig. 1). Les lésions ont un bord inflammatoire infiltré et un fond fibrineux. Une adénopathie inguinale bilatérale, non douloureuse, est palpée. Le patient est infecté par le VIH, mais il ne présente aucune altération de l'état général. Il est traité par lamivudine et zidovudine (Combivir®, GSK) et abacavir (Ziagen®, GSK).

Le diagnostic différentiel évoque un chancre syphilitique et un chancre mou. La sérologie syphilitique est non contributive. Une biopsie du bord de la lésion révèle une ulcération avec une réaction inflammatoire lymphomonocytaire

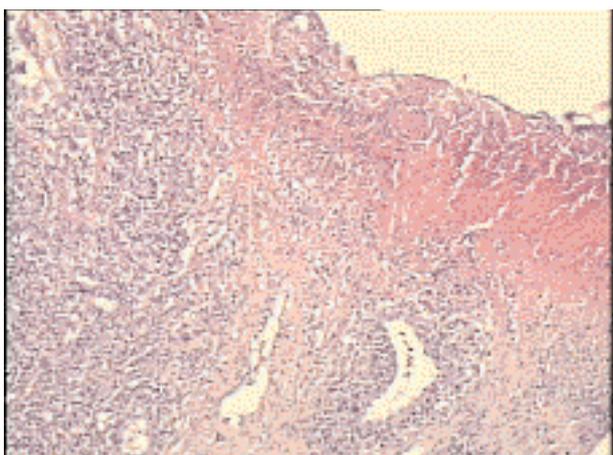


Fig. 2. Ulcération du gland.

dense (fig. 2). La coloration Fontana à la recherche des tréponèmes est négative. Les colorations de Warthin Starry et de Gram ont révélé quelques bactéries dans le derme superficiel et moyen (fig. 3). La culture de la lésion est restée négative. Devant ces éléments, le diagnostic de chancre mou est retenu. Un traitement oral par érythromycine (ErythroForte®, Abbott, 500 mg, 3 x/jour durant 5 jours) a été instauré, suivi d'une guérison sans séquelles des ulcérations après une dizaine de jours.

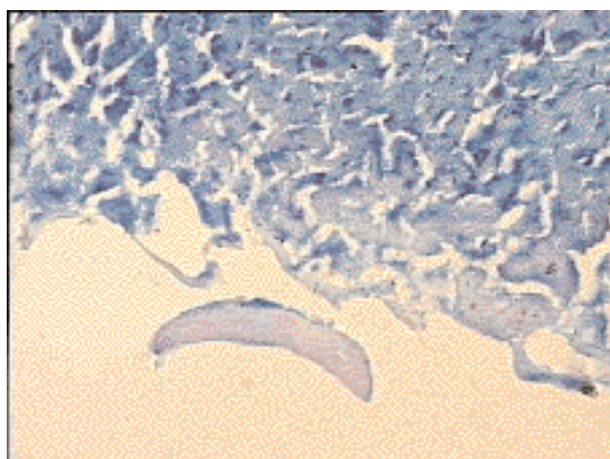


Fig. 3. Coloration de Gram montrant quelques bactéries

### LE CHANCRE MOU

#### EPIDÉMIOLOGIE

Le chancre mou (chancroïde, ulcus molle) est une maladie sexuellement transmissible (MST). Il est la première cause d'ulcération génitale dans les zones endémiques, et en particulier en Afrique noire, en Asie et en Amérique Latine (1). Aux Etats Unis, 500 à 1.000 cas sont répertoriés par an chez l'homme (2, 3). Chez la femme, le diagnostic est beaucoup plus rarement posé. Cette différence peut être expliquée par plusieurs facteurs. L'anatomie masculine facilite la reconnaissance clinique, alors que les ulcérations cervicales sont asymptomatiques chez certaines femmes. Dans nos contrées, cette pathologie est plutôt rare. Le temps d'incubation varie entre 2 à 10 jours, mais des périodes beaucoup plus longues ne sont pas exceptionnelles. La probabilité de transmettre la bactérie lors d'un contact sexuel unique est de 30 à 35 %. La période d'infectivité est estimée à 45 jours.

(1) Dermatologue, Clinique St Joseph, Unité de Dermatologie, St Vith.

(2) Maître de Conférence, Chargé de Recherche, (3) Maître de Conférence, Chef de Laboratoire (4) Chargé de Cours, Chef de Service, CHU du Sart Tilman, Service de Dermatopathologie.

Les MST en général constituent un facteur de risque pour la transmission du VIH. Deux mécanismes peuvent expliquer cette augmentation de risque chez les personnes ayant contracté un chancre mou. D'une part, l'ulcération génitale augmente et facilite la libération du VIH (4-6). D'autre part, suite à l'interruption de la barrière épithéliale, les lymphocytes T au sein de l'ulcération deviennent plus accessibles au VIH.

#### MANIFESTATIONS CLINIQUES

Les manifestations cliniques débutent par une papule érythémateuse ou pustuleuse au site de l'inoculation (2, 3). Par la suite se développe une ulcération profonde et douloureuse. Le bord de l'ulcère est érythémateux mais ne présente pas d'induration comme dans le chancre syphilitique. Dans la moitié des cas, une adénopathie uni- ou bilatérale se développe. Elle est classiquement douloureuse. En l'absence de traitement, les adénopathies peuvent confluer et devenir suppuratives, nécessitant un drainage du pus. Chez l'homme, le prépuce et le bord du gland sont les sites anatomiques les plus fréquemment atteints. L'ulcération sur le prépuce entraîne souvent un phimosis. Chez la femme, l'ulcération est habituellement située sur la vulve, mais les localisations vaginales et cervicales sont également fréquentes, de même que sur la peau de la face interne des cuisses. Des localisations buccales et anales sont possibles (7).

#### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le chancre mou doit être distingué du chancre syphilitique, normalement unique et non douloureux, et des ulcérations herpétiques, habituellement groupées et plus petites (2, 3, 8). Des co-infections avec la syphilis ou le virus herpès simplex de type II sont rapportées dans 10 % des chancres mous. Des formes atypiques de lymphogranulome vénérien ou de granulome inguinal (donovanose) qui s'accompagnent d'ulcérations génitales sont parfois confondues avec le chancroïde.

#### AGENT PATHOGÈNE

L'agent causal est *Haemophilus ducreyi* (9, 10). Cette bactérie Gram négative, a une forme de bâtonnet et est non mobile. Rares sont les activités biochimiques qui permettent l'individualisation des souches. L'étude par électrophorèse du profil protéique de la membrane externe, ou l'analyse des différents profils par ribotypage permettent une distinction reproductible des différentes souches. Cette distinction est peu utile en pratique, mais est intéressante pour répondre aux questions de virulence, de résistance, de

variabilité génétique, de distribution géographique et de transmission.

#### Examens de laboratoire

Plusieurs techniques de laboratoire peuvent mettre en évidence *Haemophilus ducreyi* dans l'ulcération génitale (11).

##### - Frottis de Tzanck

Pour l'analyse du matériel cellulaire de l'ulcération, il est indispensable de nettoyer le pus ou d'éventuelles croûtes à l'aide de liquide physiologique. Il est important de récolter du matériel cellulaire sur les bords ou dans le fond de l'ulcération. L'examen après coloration de Gram permet une mise en évidence des bactéries dans 40 à 60 % des cas. L'identification spécifique ne peut pourtant être réalisée qu'à l'aide des anticorps monoclonaux dirigés contre *Haemophilus ducreyi*.

##### - Biopsie cutanée

Une biopsie cutanée du bord de la lésion, obtenue sous anesthésie locale, permet l'examen histologique de l'ulcération. La coloration standard met en évidence un infiltrat riche en lymphocytes, neutrophiles et monocytes. Le fond de l'ulcération comporte du matériel nécrotique, des globules rouges, de la fibrine, et des polynucléaires neutrophiles. Plus profondément, on observe souvent une néovascularisation. Des colorations spéciales, comme le Gram ou le Warthin Starry, peuvent parfois mettre en évidence les structures bactériennes. L'immunofluorescence à l'aide des anticorps monoclonaux spécifiques est un moyen d'identification de la souche bactérienne.

##### - Culture

La culture bactérienne est la méthode diagnostique de référence. Néanmoins, la sensibilité de cette technique n'atteint que 40 à 60 %. L'écouvillon doit être stocké dans un milieu de transport spécifique à 4°C. La température de croissance bactérienne optimale se situe entre 33 et 35°C. La nature des divers milieux de culture peut influencer la sensibilité de la culture. Une croissance bactérienne peut être visible après 24 heures, mais la culture ne peut être considérée négative qu'après 5 jours.

##### - Sérologie

L'étude de la réponse humorale et cellulaire contre *Haemophilus ducreyi* est peu sensible et spécifique. Il n'y a pas d'utilité diagnostique en pratique médicale courante.

## TRAITEMENT

Le traitement du chancre mou est basé sur l'utilisation orale, ou intramusculaire des antibiotiques (12-14). Selon les recommandations de l'OMS, on utilise en première intention, l'érythromycine (500 mg 3x/jour durant 5-7 jours, po). Comme alternative, ou en cas de résistance thérapeutique l'azithromycine (1.000 mg en 1 dose orale unique) (15) ou la céftriaxone (250 mg en une injection unique intramusculaire) peuvent être administrées. Il est à noter que l'efficacité de ces traitements alternatifs est moindre chez les patients porteurs du VIH. Une réponse clinique s'installe après 48 heures, mais la guérison de l'ulcération génitale n'est souvent atteinte qu'après une dizaine de jours.

Il est important de réaliser un bilan complet concernant la recherche d'autres MST et notamment le VIH. L'examen du ou des partenaires est aussi d'une importance primordiale afin d'initier un traitement adéquat.

En Belgique, le chancre mou est une MST à déclaration obligatoire.

## RÉFÉRENCES

- Arrese JE, Hennechart-Avila Camacho M, al Rustom K, Pierard GE.— Les maladies sexuellement transmissibles bactériennes. *Rev Med Liege*, 2000, **55**, 581-585.
- Brown TJ, Yen-Moore A, Tying SK.— An overview of sexually transmitted diseases. Part I. *J Am Acad Dermatol*, 1999, **41**, 511-532.
- Czelusta A, Yen-Moore A, et al.— An overview of sexually transmitted diseases. Part III. Sexually transmitted diseases in HIV-infected patients. *J Am Acad Dermatol*, 2000, **43**, 409-432.
- Al-Tawfiq JA, Spinola SM.— Haemophilus ducreyi: clinical disease and pathogenesis. *Curr Op Infect Dis*, 2002, **15**, 43-47.
- Spinola SM, Bauer ME, Munson RS Jr.— Immunopathogenesis of Haemophilus ducreyi infection (chancroid). *Infect Immun*, 2002, **70**, 1667-1676.
- Dickerson MC, Johnston J, Delea TE, et al.— The causal role for genital ulcer disease as a risk factor for transmission of human immunodeficiency virus. An application of the Bradford Hill criteria. *Sex Trans Dis*, 1996, **23**, 429-440.
- Edwards S, Carne C.— Oral sex and transmission of non-viral STIs. *Sex Trans Infect*, 1998, **74**, 95-100.
- Nikkels AF, Piérard GE.— Approche factuelle du traitement de l'herpès génital. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 430-437.
- Trees DL, Morse SA.— Chancroid and Haemophilus ducreyi: an update. *Clin Microb Rev*, 1995, **8**, 357-375.
- Mroczkowski TF, Martin DH.— Genital ulcer disease. *Dermatol Clin*, 1994, **12**, 753-764.
- Lewis DA.— Diagnostic tests for chancroid. *Sex Trans Infect*, 2000, **76**, 137-141.
- Schmid GP.— Treatment of chancroid, 1997. *Clin Infect Dis*, 1998, **28** Suppl 1, S14-20.
- Langley C.— Update on chancroid: an important cause of genital ulcer disease. *AIDS Patient Care & Stds*, 1996, **10**, 221-226.
- Schulte JM, Schmid GP.— Recommendations for treatment of chancroid. *Clin Infect Dis*, 1995, **20**, Suppl 1:S39-46.
- Ballard RC, Ye H, Matta A, et al.— Treatment of chancroid with azithromycin. *Int J STD & AIDS*, 1996, **7**, Suppl 1, 9-12.