

Item 343 : Ulcération ou érosion des muqueuses orales et/ou génitales

Collège National des Enseignants de Dermatologie

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

OBJECTIFS	3
I Éléments et panorama du diagnostic étiologique	4
I.1 Arguments du diagnostic	4
I.1.1 Interrogatoire	4
I.1.2 Examen clinique	4
I.1.3 Examens complémentaires	5
I.2 Principales causes	5
II Ulcérations de la muqueuse buccale ou orale	8
II.1 Ulcérations aiguës et/ou récidivantes	8
II.1.1 Aphtes et aphtose	8
II.1.2 Ulcérations traumatiques ou chimiques	9
II.1.3 Ulcérations infectieuses	9
II.1.3.1 Herpès (item 84)	9
II.1.3.2 Autres infections virales	9
II.1.3.3 Infections bactériennes	10
II.1.4 Érythème polymorphe	10
II.1.5 Syndrome de Stevens-Johnson et syndrome de Lyell	10
II.2 Ulcérations chroniques	10
II.2.1 Maladies bulleuses auto-immunes	10
II.2.2 Causes oncohématologiques	11
II.2.3 Lichen érosif	11
III Ulcérations des muqueuses génitales	11
III.1 Herpès	11
III.1.1 Primo-infection génitale	11
III.1.2 Récurrences génitales	11
III.2 Syphilis	12
III.2.1 Chancre syphilitique	12

III.2.2	Syphilis secondaire.....	12
III.3	Chancre mou.....	12
III.4	Maladie de Nicolas-Favre	12
III.5	Donovanose	13
III.6	Primo-infection par le VIH	13
III.7	Ulcération extensive, chronique et douloureuse de l'immunodéprimé	13
	Points Essentiels	14

OBJECTIFS

ENC :

- En présence d'ulcération et/ou d'érosion des muqueuses orales et/ou génitales, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Ce chapitre prend en compte les recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles (*Supplément Annales de Dermatologie et Vénérologie août-septembre 2006*).

Définitions

Érosion :

- perte de substance superficielle, épithéliale, mettant plus ou moins à nu la partie superficielle du chorion ;
- habituellement post-vésiculeuse, post-bulleuse, post-traumatique ;
- absence de cicatrice.

Ulcération :

- perte de substance profonde ;
- atteinte du chorion moyen et/ou profond ;

- cicatrice fréquente.

En fait la distinction clinique est souvent difficile.

Chancre : érosion ou ulcération de nature infectieuse provoquée par la pénétration d'un microbe spécifique (tréponème, bacille de Ducrey...).

Les affections inflammatoires mais non érosives des muqueuses : (gingivo-stomatites, glossites, et balanites) ne sont pas abordées dans ce chapitre.

I ÉLEMENTS ET PANORAMA DU DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

I.1 ARGUMENTS DU DIAGNOSTIC

I.1.1 Interrogatoire

Il précise :

- l'âge ;
- les antécédents personnels : applications de topiques, épisodes antérieurs similaires, facteurs de risque d'IST, voyages, notion de contagé, d'épidémie, traitements en cours et récents ;
- les signes fonctionnels : douleur, prurit, retentissement fonctionnel ;
- les signes généraux : fièvre, asthénie, amaigrissement ;
- les signes associés : syndrome urétral, adénopathies (douloureuses ou non) ;
- l'évolution : aiguë, récidivante, chronique.

I.1.2 Examen clinique

Il comprend :

- l'examen de la lésion :
 - primaire ou secondaire (succédant à une autre lésion notamment une nécrose ou une lésion liquidienne),

- souple ou indurée, inflammatoire ou non, nécrotique ou non, infectée (suintement, pus) ou non,
- ses caractéristiques : topographie, taille, nombre ;
- l'examen des autres muqueuses et de tout le tégument ;
- l'examen régional : adénopathie, urogénital ;
- l'examen général : fièvre, ORL...

I.1.3 Examens complémentaires

L'anamnèse et l'examen clinique permettent de choisir les examens utiles :

- prélèvements locaux à visée microbiologique : examen direct (en particulier microscope à fond noir pour confirmer une syphilis primaire), cultures (virologique, bactériologique), ou PCR (au besoin sur une adénopathie satellite) ;
- examen cytologique (cytodiagnostic) ou histologique (biopsie, plus ou moins immunofluorescence directe) ;
- sérodiagnostics : VDRL-TPHA, autres sérologies – bactériennes ou virales – selon le contexte ;
- antigénémie VIH (p24) ;
- examens biologiques (NFS, VS, biologie hépatique...) dans certains cas.

I.2 PRINCIPALES CAUSES

Voir Tableaux 1 et 2.

Tableau 1 : Ulcérations ou érosions buccales

Pathologie inflammatoire

Aphtes, aphtose complexe, maladie de Behçet
Entérocolopathies – maladie cœliaque
Carences : vitaminiques, oligoéléments
Neutropénie cyclique primaire idiopathique (rare)
Ulcérations aphtoïdes médicamenteuses
(nicorandil +++)
Lichen érosif

Maladies bulleuses

Auto-immunes : pemphigus, pemphigoïde cicatricielle
Érythème polymorphe et toxidermies

Pathologie traumatique ou chimique

Pathologie infectieuse

Virale : herpes virus (surtout primo-infection),
Coxsackies, CMV, VZV, VIH (primo-infection)
Bactériennes : IST (syphilis primo-secondaire)

Pathologie oncohématologique

Carcinome épidermoïde, lymphome

Agranulocytose (hémopathies et accidents
médicamenteux)

Tableau 2 : Ulcérations ou érosions génitales

Pathologie infectieuse

IST

- Herpès
- Syphilis
- Chancre mou
- Lymphogranulomatose vénérienne (maladie de Nicolas-Favre)
- Chancre scabieux
- Primo-infection VIH
- Donovanose (rare)

Infections chez l'immunodéprimé :

- Herpès
- CMV
- Mycobactéries
- Autres agents (rares) : ulcère aigu de la vulve (EBV), leishmaniose

Pathologie traumatique et caustique (dont pathomimie)

Pathologie inflammatoire

- Lichen érosif
- Aphthose bipolaire
- Maladie de Crohn

Maladies bulleuses

- Auto-immunes : pemphigus, pemphigoïde cicatricielle
- Érythème pigmenté fixe
- Érythème polymorphe, toxidermies

Pathologie oncohématologique

- Carcinome épidermoïde, lymphome

II ULCERATIONS DE LA MUQUEUSE BUCCALE OU ORALE

II.1 ULCERATIONS AIGUËS ET/OU RECIDIVANTES

II.1.1 Aphtes et aphtose

L'aphte est une ulcération douloureuse, de petite taille, précédée d'une sensation de cuisson, unique ou multiple, à fond jaune cerné d'un liseré rouge, non indurée, guérissant habituellement en 8 à 10 jours.

Il est fréquent sur la muqueuse buccale, mais parfois bipolaire (orogénital) avec la possibilité de variantes : aphtes profonds > 1 cm ; aphtes herpétiformes : 1 à 3 mm ; géants ; miliaires.

L'aphtose idiopathique bénigne est fréquente, réactivée par certains contacts alimentaires (agrumes, tomate, noix, gruyère).

Des médicaments sont inducteurs d'ulcérations aphtoïdes : AINS, nicorandil, alendronate monosodique, bêtabloqueurs, analgésiques opiacés, savarine, sirolimus, anti-EGFR.

L'aphtose complexe (au moins 3 aphtes récurrents) est parfois inaugurale d'une entérocolopathie ou d'une maladie cœliaque, parfois révélatrice d'une carence martiale ou d'un déficit vitaminique (folates, vitamine B12).

Dans l'aphtose bipolaire, il faut rechercher les éléments évocateurs d'une maladie de Behçet.

Critères diagnostiques de la maladie de Behçet

Ulcérations buccales récidivantes : aphtose ayant récidivé au moins 3 fois en 12 mois.

Plus : au moins 2 des critères suivants :

- ulcérations génitales récidivantes ;
- lésions oculaires : uvéite antérieure ou postérieure, hyalite ou vasculite rétinienne ;
- lésions cutanées : érythème noueux, pseudo-folliculites ou papulo-pustules, ou nodules acnéiformes en dehors de l'adolescence ;
- test de pathergie cutané positif.

II.1.2 Ulcérations traumatiques ou chimiques

Souvent uniques et douloureuses, elles sont évoquées sur l'aspect clinique : contours géographiques, nécrose jaunâtre.

Ces lésions soulèvent la notion de prothèse inadaptée, de traumatisme dentaire, d'une hygiène buccodentaire agressive, ou d'un contact caustique ou thermique.

Les ulcérations doivent guérir en 8 à 15 jours après suppression de la cause.

En cas de persistance : il faut suspecter une complication infectieuse ou un carcinome (biopsie).

La pathomimie est évoquée en présence d'un contexte psychologique singulier.

II.1.3 Ulcérations infectieuses

II.1.3.1 Herpès (item 84)

C'est la cause virale la plus fréquente ; surtout en primo-infection.

La clinique comprend :

- des érosions douloureuses ou prurigineuses polycycliques succédant à un bouquet de vésicules sur base érythémateuse ;
- une évolution parfois croûteuse, fissuraire ou aphtoïde ;
- un fébricule et des adénopathies régionales habituellement sensibles ;
- en cas de primo-infection : gingivo-stomatite fébrile érosive, diffuse ;
- en cas de forme récurrente : érosions récidivant au même site et en particulier sur la lèvre sous l'effet de facteurs déclenchants : épisodes fébriles, exposition solaire, stress, menstruation. Première cause d'érythème polymorphe.

Le diagnostic se fait par culture virale (ou PCR), IF sur lame ou cytodiagnostics. Elle permet le typage de la souche possible. Le sérodiagnostic est non indiqué en dehors de la primo-infection.

II.1.3.2 Autres infections virales

Les érosions et/ou ulcérations buccales ne sont pas en règle au premier plan :

- varicelle et zona : lésions similaires à celles de l'herpès, mais plus étendues, endojugales, d'évolution aphtoïde pour la varicelle ; regroupées sur le territoire muqueux des nerfs V (trigéminal), VII (facial) ou IX (glossopharyngien) et satellites d'une localisation cutanée pour le zona ;

- infections à virus *Coxsackie* : deux tableaux prédominant :
 - pharyngite vésiculeuse (dite « herpangine ») : dysphagie fébrile par atteinte des muqueuses postérieures de la bouche (*Coxsackie* du groupe A et B),
 - syndrome mains-pieds-bouche : vésicules buccales et vésicules oblongues des mains, des pieds et parfois des fesses dans un contexte de fièvre (*Coxsackie* A16) ;
- primo-infection par le VIH :
 - érosions buccales et/ou génitales aphtoïdes, accompagnées de fièvre, arthromyalgies, odynophagie et parfois d'un exanthème morbilliforme,
 - syndrome mononucléosique et cytolysé hépatique fréquents,
 - diagnostic : antigénémie p 24, virémie.

II.1.3.3 Infections bactériennes

Les infections à germes banals ou anaérobies peuvent induire des lésions parfois extensives et nécrotiques en cas de déficit immunitaire, de neutropénie, d'hygiène buccodentaire déficiente. Elles sont volontiers associées à des adénopathies satellites.

Les principales causes infectieuses spécifiques sont des IST : en particulier le chancre syphilitique (*cf. infra*).

II.1.4 Érythème polymorphe

C'est une affection aiguë érythémato-bulleuse, parfois récidivante. La localisation muqueuse est parfois prédominante, accompagnée d'une dysphagie majeure.

II.1.5 Syndrome de Stevens-Johnson et syndrome de Lyell

Les localisations muqueuses sont souvent inaugurales. L'arrêt immédiat des médicaments potentiellement inducteurs est d'un intérêt majeur.

II.2 ULCERATIONS CHRONIQUES

II.2.1 Maladies bulleuses auto-immunes

C'est la localisation inaugurale fréquente d'un pemphigus auto-immun commun ou paranéoplasique.

Le diagnostic est confirmé par histologie, immunofluorescence directe, immunofluorescence indirecte, immunoblot.

II.2.2 Causes oncohématologiques

Il s'agit essentiellement du carcinome épidermoïde qui présente une lésion indurée et ou ulcérée, indolore, saignant au contact.

Il est accompagné (révélé parfois) par une adénopathie régionale dure, fixée.

Les circonstances favorisantes sont une mauvaise hygiène buccodentaire, l'alcoolisme, le tabagisme.

II.2.3 Lichen érosif

C'est un syndrome érosif douloureux volontiers diffus, des muqueuses jugales et/ou linguales, développé sur un réseau blanchâtre.

Il est rarement révélateur d'une infection chronique à virus de l'hépatite C.

Une dégénérescence carcinomateuse est possible.

III ULCERATIONS DES MUQUEUSES GENITALES

Elles relèvent des mêmes causes que les lésions buccales (aphtes, infections, maladies bulleuses et érosions physiques ou caustiques par topiques locaux inappropriés, carcinome épidermoïde). *Les IST ont ici une place privilégiée.* Ces lésions augmentent le risque de transmission de l'infection par le VIH.

III.1 HERPES

III.1.1 Primo-infection génitale

L'incubation moyenne est de 6 jours (2-20 jours).

Cliniquement on constate : une altération fébrile de l'état général, des douleurs intenses, un érythème et/ou un œdème inflammatoire recouvert de vésicules évoluant vers des érosions polycycliques.

Les signes d'accompagnement sont : un syndrome urétral chez l'homme, des leucorrhées, des lésions cutanées adjacentes, des adénopathies régionales inflammatoires, un syndrome méningé (inconstant).

III.1.2 Récurrences génitales

La localisation préférentielle est : la vulve chez la femme, le fourreau de la verge chez l'homme.

Elles sont souvent asymptomatiques (excrétion asymptomatique) ou atypiques, (fissuraire...) (problématique de l'herpès néonatal).

III.2 SYPHILIS

III.2.1 Chancre syphilitique

Le chancre syphilitique apparaît en moyenne 3 semaines (10-90 jours) après le contage : constant, classiquement unique, muqueux, induré, indolore, propre.

Les formes atypiques sont fréquentes : il faut toujours penser à la syphilis en présence d'une ulcération ou d'une érosion génitale et faire un prélèvement.

L'(les)adénopathie(s) régionale(s) complète(nt) le tableau (pas de tendance à la fistulisation).

Le diagnostic est confirmé par : l'examen du frottis au microscope à fond noir et par le sérodiagnostic (FTA-Abs positif vers J5-J7 ; TPHA vers J7-J10 ; VDRL vers J10-J15).

III.2.2 Syphilis secondaire

Les lésions érosives accompagnent volontiers les plaques muqueuses buccales dites « fauchées ». Il existe une association possible de lésions cutanées papulo-érosives génitales et périanales riches en tréponèmes.

III.3 CHANCRE MOU

La contamination est volontiers tropicale (endémique en Afrique Noire et en Amérique latine) ou liée à la prostitution.

L'incubation se fait en 3 à 7 jours.

Il est classiquement inflammatoire, > 1 cm, non induré, profond, sale et douloureux.

Le bubon inguinal (1 cas sur 2) apparaît 8 à 10 jours plus tard, évoluant vers la fistulisation.

Le diagnostic se fait par la mise en évidence d'*Hæmophilus ducreyi* (cultures, PCR). La coloration de Gram réalisée sur l'examen direct est de moindre sensibilité.

Il faut rechercher systématique une syphilis associée (PCR multiplex) et une primo-infection par le VIH.

III.4 MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

Elle est rare et due à *Chlamydia trachomatis* (sérotypes L1, L2, L3).

L'incubation dure de 3 à 30 jours.

La clinique constate :

- une lésion primaire éphémère à type de papule, de pustule ou d'érosion ;
- une prédominance de la topographie anorectale pour l'épidémie développée dans la communauté homosexuelle masculine depuis 2002.

Une adénopathie inflammatoire (2 cas sur 3) peut se fistuliser en pomme d'arrosoir.

III.5 DONOVANOSE

C'est une infection très rare, due à *Calymmatobacterium granulomatis*, observée en zone intertropicale (Amérique du Sud, Caraïbes, sous-continent Indien...). Elle est absente en Europe.

L'incubation moyenne dure de 1 à 6 semaines.

La clinique présente : une ulcération rouge vif, indolore, surélevée en plateau, avec bords en margelle de puits dont la taille varie de 1 à 4 cm.

Il n'y a pas d'adénopathie.

Le diagnostic se fait par visualisation des corps de Donovan (frottis coloré au Giemsa).

III.6 PRIMO-INFECTION PAR LE VIH

Cf. supra

III.7 ULCERATION EXTENSIVE, CHRONIQUE ET DOULOUREUSE DE L'IMMUNODEPRIME

Face à une ulcération extensive, chronique et douloureuse de l'immunodéprimé, il faut évoquer une infection opportuniste ou une cause tumorale (frottis ou biopsie) ; ainsi que la présentation atypique possible d'infections plus habituelles : herpès, CMV...

Savoir que :

- La valeur prédictive positive des caractéristiques cliniques d'un chancre (induration, douleur...) est faible.
- Il faut évoquer systématiquement une coinfection et rechercher toutes les autres IST après diagnostic d'une d'entre elles.
- 30-50 % des ulcérations génitales restent inexplicables.

Évaluation minimale d'une ulcération génitale aiguë (recommandations de la section MST de la SFD, septembre 2006)

Recherche HSV1, HSV2 : culture ou PCR (la sérologie non spécifique de type permet de documenter une primo-infection : séroconversion).

Exclure une syphilis : microscope à fond noir et sérologie syphilis (VDRL + TPHA + FTA).

Sérologie VIH et antigénémie p 24 ou virémie VIH (avec contrôle à 3 mois de la sérologie).

À compléter selon les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique par un grattage à la curette des bords de la lésion :

- pour la recherche d'*Hæmophilus ducreyi* et de corps de Donovan par examen direct après coloration May-Grünwald-Giemsa et Gram ;
- pour la recherche d'*Hæmophilus ducreyi* par culture ;
- pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* par culture cellulaire ou PCR.

POINTS ESSENTIELS

- L'érosion et l'ulcération sont des lésions élémentaires dont les étiologies sont orientées prioritairement par l'anamnèse et l'examen clinique.
- L'aphte est une forme particulière d'ulcération buccale caractérisée par son fond jaunâtre et son halo inflammatoire rouge.
- Une ulcération buccale chronique et indolore doit faire éliminer un carcinome épidermoïde.
- Une ulcération traumatique disparaît en 8 à 15 jours après la suppression de la cause.
- Une ulcération ou une érosion génitale récente doivent faire rechercher une infection sexuellement transmissible.
- L'herpès génital est une cause fréquente d'érosions génitales.
- Évoquer toujours la syphilis en présence d'une érosion ou d'une ulcération génitale.
- Cette question est centrée par deux exigences : pour les lésions buccales : reconnaître une maladie bulleuse auto-immune ; pour les lésions génitales : diagnostiquer une infection sexuellement transmissible (IST).
- La démarche diagnostique clinique doit être précise pour orienter et interpréter de façon optimale les examens complémentaires, en particulier microbiologiques.