

# Item 343 : Ulcérations ou érosion des muqueuses génitales (Évaluations)

---

---

**Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)**

**Date de création du document    2010-2011**

## QCM DE PRE-REQUIS

### QUESTION 1/6 :

Anatomie et histologie des organes génitaux internes et externes : Vulve :

- A - Le vestibule vulvaire est l'espace entre petites et grandes lèvres.
- B - Le clitoris est constitué entre autres d'un corps caverneux comme la verge.
- C - Les glandes de Skene sont des glandes para-urétrales.
- D - Le réseau artériel de la vulve est très riche et provient essentiellement du réseau hypogastrique.

*(Réponse : BCD )*

### QUESTION 2/6 :

Anatomie et histologie des organes génitaux internes et externes : Vagin :

- A - Sa longueur moyenne est de 8 cm.
- B - En position debout, l'axe du vagin est perpendiculaire avec celui du détroit supérieur.
- C - Le col est « amarré » au pelvis par les ligaments pubovésicaux en avant.
- D - La tunique interne du vagin est composée d'un épithélium malpighien kératinisé composé d'environ 15 couches cellulaires.

*(Réponse : AC )*

### QUESTION 3/6 :

Anatomie et histologie des organes génitaux internes et externes : Col de l'utérus :

- A - Le col est la partie de l'utérus qui est dans le vagin.
- B - L'orifice interne du canal endocervical est au niveau de l'isthme utérin.
- C - Le col est « amarré » au pelvis par les ligaments pubovésicaux en avant.
- D - L'exocol est constitué d'un épithélium malpighien et l'endocol d'un épithélium cylindrique.

*(Réponse : BCD )*

**QUESTION 4/6 :**

Virologie des hPV et actions cellulaires :

**A** - L'expression la plus courante de l'infection à hPV oncogène (notamment le type 16) est le condylome acuminé.

**B** - L'expression la plus courante de l'infection à hPV est le condylome plan.

**C** - Les hPV le plus souvent retrouvés à l'origine de dysplasie sévère du col de l'utérus sont les types 16, 18, 33 et 35 (entre autres).

**D** - L'infection des cellules basales de l'épithélium malpighien du col de l'utérus par hPV est responsable de la koïlocytose que l'on observe parfois à ce niveau.

*(Réponse : BCD )*

**QUESTION 5/6 :**

Virologie HSV :

**A** - L'herpes simplex virus de type 2 est habituellement responsable de gingivostomatites.

**B** - Les herpesviridae sont tous des virus à ADN.

**C** - Les sujets porteurs d'anticorps neutralisants les herpes simplex virus ne font jamais de récurrence d'herpès.

**D** - L'herpès génital n'a pas de transmission génitale.

*(Réponse : B )*

**QUESTION 6/6 :**

Candidose :

**A** - Candida albicans est une levure se reproduisant par bourgeonnement.

**B** - Candida albicans est commensale du tube digestif et de la peau.

**C** - La contamination peut être vénérienne.

**D** - Candida albicans peut être responsable de stomatite, œsophagite, anite, vulvovaginite, balanite, intertrigo des grands et petits plis, perlèche, de péri-onyxis, d'onyxis, d'emboles septiques et de septicémie.

*(Réponse : ACD )*

## QCM

### QUESTION 1/2 :

Quels sont les caractères d'une ulcération vulvaire d'origine syphilitique ?

- A - Ulcération unique.**
- B - Dououreuse.**
- C - De 5 à 15 mm de diamètre.**
- D - À limite nette et à base indurée.**

*(Réponse : ACD )*

### QUESTION 2/2 :

Quels sont les caractères d'une ulcération vulvaire d'origine syphilitique ?

- A - Ulcérations superficielles souvent multiples.**
- B - Le plus souvent indolore (en dehors de surinfections).**
- C - Parfois groupées en bouquet.**
- D - Adénopathie inguinale satellite.**

*(Réponse : AC )*

## CAS CLINIQUE : ULCERATIONS GENITALES

### Scénario :

Mme X., 26 ans, d'origine africaine, vient vous consulter pour des dyspareunies. Elle a eu 5 jours auparavant des rapports sexuels non protégés avec une personne qu'elle ne connaît pas, étrangère, et qu'elle n'a pas revu par la suite. Vous ne notez pas d'antécédent particulier, à part des infections urinaires à répétition. Votre examen retrouve : pas d'altération de l'état général, à l'examen vulvaire vous retrouvez une ulcération non indurée surmontée d'un bourrelet, douloureuse et saignant au contact sur la face interne de la grande lèvre gauche ; vous avez retrouvé des cicatrices hypochromiques et hyperchromiques sur les jambes et les plantes de pied, vous n'avez pas retrouvé d'adénopathies.

### QUESTION 1/6 :

Quel diagnostic évoquez-vous ? Quel germe est en cause ?

*Réponse attendue :*

Chancre mou dû à *Haemophilus ducreyi*.

**QUESTION 2/6 :**

Quels examens complémentaires demandez-vous ?

*Réponse attendue :*

Prélèvements bactériologiques à la recherche du germe : grattage des bords de la lésion, écouvillonnage du fond de l'ulcération ; examen direct et mise en culture ; réalisation de sérologies à titre systématique et avec accord de la patiente dans le cadre du bilan d'une MST : sérologie HIV 1 et 2, hépatite B, syphilis (TPHA et VDRL), Chlamydiae.

**QUESTION 3/6 :**

Une sérologie syphilitique vous revient : TPHA++, VDRL+. Commentez.

*Réponse attendue :*

Interprétations possibles : syphilis ancienne, pian ancien, syphilis récente. Il faudra donc refaire une sérologie syphilitique dans deux semaines pour éliminer une syphilis récente, ces résultats ne permettant pas de conclure dans l'immédiat.

**QUESTION 4/6 :**

Quel traitement proposez-vous ?

*Réponse attendue :*

Dépistage et traitement du partenaire qu'il faut essayer de retrouver car il s'agit d'une MST très contagieuse, ainsi que tous les sujets contact. Déclaration obligatoire anonyme ; abstention sexuelle ou rapports protégés. Traitement de la patiente : on met en place un traitement antibiotique efficace sur le chancre mou et sur la syphilis, par exemple, en l'absence d'allergie : céphalosporine de troisième génération : ceftriaxone par voie IM à dose efficace ou en cas d'allergie, érythromycine per os, pendant 15 jours. Surveillance : consultation.

**QUESTION 5/6 :**

Deux semaines plus tard, vous revoyez la patiente. Elle n'a pas correctement suivi le traitement que vous lui aviez prescrit. À l'examen, vous retrouvez la lésion que vous aviez

déjà observée, mais elle s'est aggravée, elle reste douloureuse, très indurée, et cette fois, vous retrouvez des adénopathies inguinales bilatérales indolores et dures, la patiente est cependant toujours apyrétique. Quel diagnostic devez-vous suspecter ?

*Réponse attendue :*

Syphilis primaire associée à un chancre mou.

### **QUESTION 6/6 :**

Quel traitement proposez-vous ?

*Réponse attendue :*

Dépistage et traitement des sujets contact. Traitement de la patiente : traitement minute par une injection unique de pénicilline en l'absence de contre-indication par voie intramusculaire, par exemple : benzathine-pénicilline, ou en cas d'allergie : érythromycine pendant 15 jours ; déclaration obligatoire anonyme. Surveillance.