

Chancre mou chez un Sénégalais : cas clinique.

Observation

Un homme de 30 ans, originaire de Saint-Louis du Sénégal, militaire de carrière, célibataire, consulte à l'Hôpital Principal de Dakar pour des ulcérations génitales douloureuses et extensives de la verge évoluant depuis 2 semaines.

L'interrogatoire note un rapport sexuel non protégé avec une femme de rencontre une semaine avant l'apparition des ulcérations génitales de la verge.

A l'examen, on note deux ulcérations siégeant sur la peau du fourreau de la verge, de grande taille, douloureuses spontanément et à la palpation, non infiltrées, de consistance molle. Les bords sont décollés et inflammatoires, le fond est sanieux, recouvert d'un enduit purulent (figure 1).

Il existe une adénopathie inguinale gauche douloureuse, inflammatoire, volumineuse.

Examens paracliniques

- Prélèvement de l'enduit puriforme prélevé sur le bord d'une lésion : l'examen direct avec coloration de Gram met en évidence des bacilles Gram négatif à coloration bipolaire. Ces bacilles siègent au nombre de 10 à 20 à l'intérieur des polynucléaires. Certains bacilles extracellulaires se regroupent en chaînettes (figure 2)

- Sérologie des tréponématoses : VDRL négatif, TPHA positif à 1/80^{ème}.

Questions

- 1- Quel est votre diagnostic ?
- 2- Quels sont les examens complémentaires indispensables pour compléter cette observation ?
- 3- Quel en est le traitement ?
- 4- Quelle en est la prévention ?

Discussion

1-La notion d'un rapport sexuel à risque oriente vers une infection sexuellement transmissible (IST).
Devant une IST, la première infection à évoquer est la syphilis primaire. C'est une maladie d'incubation longue (3 semaines en moyenne) ; l'ulcération est souvent unique, propre si elle n'est pas surinfectée, indurée et indolore, avec des adénopathies (ADP) multiples, dont une grosse ADP «le préfet de l'aine», indolores, fermes, non inflammatoires. La sérologie syphilitique (VDRL négatif, TPHA à 1/80^{ème}) témoigne ici d'une séquelle sérologique d'une tréponématose non vénérienne (Bejel chez un malade originaire du Sahel)

D'autres IST peuvent être évoquées :

- la donovanose ou granulome inguinal a une durée d'incubation généralement longue (plusieurs semaines) ; il y a en général plusieurs lésions ulcéro-végétantes, indurées, indolores, bourgeonnantes en périphérie, extensives ; il n'y a pas de ganglion satellite ; le pseudo-bubon est une cellulite infiltrante due à la diffusion sous-cutanée à partir des ulcérations.

- la lymphogranulomatose vénérienne ou maladie de Nicolas et Favre à une incubation variable (de 3 jours à 4 semaines) ; l'ulcération génitale est souvent inapparente ou très fugace, superficielle, avec des ADP inflammatoires de part et d'autre de l'arcade crurale, évoluant vers la fistulisation « en pomme d'arrosoir ». Ce sont les ADP qui font porter le diagnostic.

- l'herpès génital est d'incubation courte (2 à 7 jours), il est caractérisé par des érosions post-vésiculeuses groupées en bouquet, hyperalgiques, souvent surinfectées.

Il s'agit ici d'un chancre mou. Le chancre mou, maladie vénérienne due à *Haemophilus ducreyi* ou bacille de Ducrey, est très fréquent en zone tropicale. Son incubation est brève, en moyenne de 2 à 5 jours, les lésions réalisent chez l'homme une couronne de chancres mous du bord libre du prépuce, du sillon balano-préputial, voire du fourreau de la verge et du scrotum. Les lésions d'auto-inoculation sont caractéristiques de l'infection et siègent, en général, au niveau des cuisses en regard de la verge. Le chancre mou, spontanément indolore, est douloureux à la pression et à la palpation. L'aspect clinique est le plus souvent évocateur : ulcérations unique ou multiples, ovalaires, de 5 mm à 1,5 cm, à bords décollés, avec présence d'un double liseré jaune et rouge. Le fond est recouvert d'un

enduit puriforme, la base est empâtée, non indurée. Les adénopathies satellites sont toujours présentes, de siège inguinal, et ont un caractère inflammatoire. En l'absence de traitement, et chez les malades n'observant pas de repos, l'adénopathie va évoluer vers la suppuration et la fistulisation : c'est le bubon chancrelleux.

2- Le diagnostic est confirmé par le laboratoire : le prélèvement de la sérosité au niveau des bords de la lésion montre la présence de BGN à coloration bipolaire de 1,5 à 2 μ de long sur 0,5 μ de large. Les bacilles sont à l'intérieur des polynucléaires, parfois extracellulaires, ils se regroupent en chaînettes donnant l'aspect en chaîne de bicyclette de Morax.

Il faut toujours penser à une autre étiologie associée, en particulier la syphilis, d'où la réalisation systématique d'une sérologie syphilitique, et l'infection à VIH/Sida, les IST (syphilis, chancre mou, infections dues au gonocoque ou à *Chlamydiae* notamment) étant des cofacteurs de l'infection à VIH. La recherche des anticorps anti-VIH est ici négative, mais devra être contrôlée au bout de 4 à 5 semaines.

3- Le traitement fait appel à la doxycycline 200 mg/j pendant 2 semaines, au cotrimoxazole (160 mg de triméthoprime + 800 mg de sulfaméthoxazole) 2 fois par jour pendant 15 jours, à la ceftriaxone 250 mg en dose unique, à la ciprofloxacine 500 mg à 1 g en dose unique ou à l'azithromycine 1g en dose unique..

Dans le cas présenté, le traitement prescrit a été le cotrimoxazole sous forme de Bactrim® Forte, 1 comprimé 2 fois par jour pendant 15 jours. Une désinfection locale par permanganate à 1/20.000 a été associée. La guérison a été totale au prix d'une cicatrice.

Des conseils d'hygiène sexuelle doivent être donnés, en particulier la prévention individuelle des IST par le préservatif.

4- Sur le plan collectif, les modalités de lutte contre les IST en milieu tropical consistent en :

- une prévention primaire : comportements sexuels à moindre risque, en particulier usage du préservatif,
- une prévention secondaire : prise en charge curative des IST.
- une prise en charge du ou des partenaires sexuels, essentielle mais difficile,
- le dépistage des autres IST associées : infection à VIH, syphilis, mais aussi hépatites virales B et C,
- la prise en charge des groupes à risque particuliers : professionnelles du sexe et leurs clients.

Références

Aubry P., Touze J.E. Chancre mou. Cas cliniques en Médecine Tropicale. La Duraulié édit., 1990, pp. 176-177.

Touze J.E., Peyron F., Malvy D. Une ulcération génitale. Médecine Tropicale au quotidien, 100 cas cliniques. Format utile. Editions Varia, 2001, pp ; 214-217.



Figure 1- ulcérations de la verge

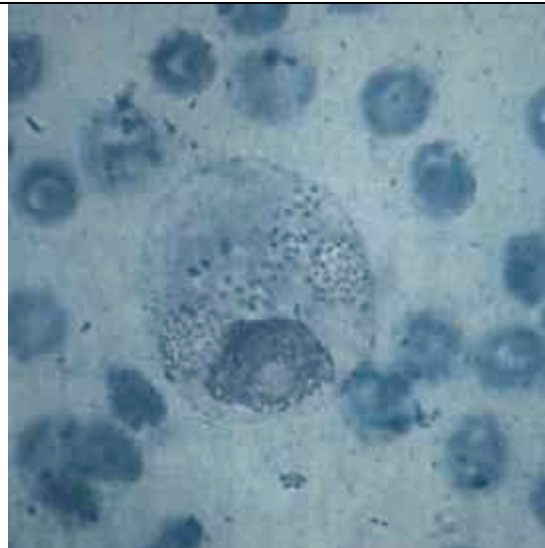


Figure 2- BGN (bacilles de Ducrey)