

Donovanose : cas clinique chez un malien expatrié.

Observation

Un homme de 32 ans, originaire du Mali, est admis dans le service de médecine interne du CHU de Libreville (Gabon) pour une ulcération génitale indolore évoluant depuis quinze jours. Il travaille au Gabon comme maçon dans une entreprise de travaux publics.

Cet homme jeune, séparé de sa famille, a des rapports sexuels non protégés avec des partenaires de rencontre. Le dernier rapport remonte à un mois. Quinze jours après, il a vu apparaître une lésion à type de papule au niveau de la verge qui a évolué vers une ulcération.

A l'examen, on est en présence d'un homme en bon état général.

Il présente au niveau de la verge un bourgeon charnu préputial, rouge, saignant, framboisé, de consistance ferme mais non induré (figure 1). On palpe de multiples petits ganglions inguinaux.

L'examen du frottis obtenu par raclage de l'ulcération, coloré par le Giemsa, met en évidence des bacilles gram négatif encapsulés intracellulaires (figure 2).

Questions

- 1- Quels diagnostics doit-on évoquer ? Quels sont les critères diagnostiques des principales ulcérations génitales ? Quel est le diagnostic que vous retenir ?
- 2- Quels examens paracliniques sont utiles au diagnostic étiologique de ces ulcérations ?
- 3- Quels sont les traitements de cette maladie ? Quel traitement allez-vous prescrire à ce malade ?
- 4- Quelle est la prévention de cette maladie ?

Discussion :

1- Il s'agit à l'évidence chez cet homme jeune, présentant une ulcération génitale bourgeonnante, apparue après des rapports sexuels non protégés, d'une infection sexuellement transmissible (IST).

La syphilis primaire ou primo-secondaire est certainement la première infection à évoquer, même si l'aspect des lésions n'est pas en faveur. Le chancre syphilitique est une ulcération, le plus souvent unique, parfois multiple, indurée, accompagnée d'adénopathies peu inflammatoires, avec parfois un « préfet de l'aine ». La négativité des sérologies TPHA- VDRL va éliminer ce diagnostic.

Le chancre mou devrait être discuté s'il y avait plusieurs ulcérations. Les ulcérations du chancre mou sont en effet multiples, non indurées, douloureuses spontanément et à la palpation, de consistance molle, à bords décollés et inflammatoires, à fond fibrino-purulent. Il y a de grosses adénopathies douloureuses. Un critère spécifique est l'auto-inoculation par contiguïté. Le diagnostic repose sur la mise en évidence de bacilles Gram négatif à l'intérieur des polynucléaires ou extracellulaires regroupés en chaînettes (bacilles de Ducrey).

La lymphogranulomatose vénérienne ou maladie de Nicolas et Favre est en pratique une maladie systémique chronique, dont le point de départ est une ulcération génitale à type de papule souvent méconnue, révélée par deux tableaux cliniques principaux : adénites inguinales réparties de part et d'autre de l'arcade crurale (signe de la poulie) évoluant vers la fistulisation (en pomme d'arrosoir) et une rectite aiguë. Le diagnostic repose sur la mise en évidence de *Chlamydia trachomatis* (par ponction ganglionnaire) et un taux élevé d'anticorps spécifiques.

Quant à l'herpès, du à Herpes simplex virus 2, il s'agit d'érosions multiples groupées en bouquet, très douloureuses, avec de multiples adénopathies de petite taille, sensibles et fermes.

Devant la lésion génitale ulcérée, bourgeonnante de la verge que présente ce malade, la présence sur le frottis de raclage de bacilles Gram négatif dans les histiocytes, prenant une coloration bipolaire (les corps de Donovan), le diagnostic de donovanose ou granulome inguinal est retenu. Il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible d'origine bactérienne, due à *Calymmatobactérium granulomatis*.

2- Le diagnostic peut être complété par un examen histopathologique, en particulier en cas de localisation cervicale chez la femme et par la PCR.

Il faut toujours rechercher une co-infection avec une autre maladie sexuellement transmissible (syphilis) et une co-infection avec l'infection à VIH/SIDA. Des lésions délabrantes et/ou extensives sont fréquentes chez le sidéen. La sérologie VIH1 et VIH2 est impérative.

3- Le traitement de la donovanose comporte en première intention (OMS, CDC Atlanta) :

- doxycycline 100 mg 2 cp/j pendant 3 semaines ;

- (ou) cotrimoxazole 480 mg 2 cp/j pendant 3 semaines.

-(ou) azithromycine (Zythromax®) 1 g le premier jour, puis 500 mg pendant 6 jours. L'azithromycine en cure unique de 1 g est active dans les donovanoses récentes et peu étendues.

Les alternatives thérapeutiques sont :

- ciprofloxacine (Ciflox®) cp à 750 mg, 2 cp/j.

- érythromycine cp à 500 mg, 4 cp/j pendant 3 semaines (femme enceinte)..

Chez ce malade, VIH négatif, le traitement a consisté en doxycycline à la dose de 200 mg/j pendant 21 jours : l'évolution a été favorable en cinq semaines avec une cicatrisation des lésions.

4- La prévention consiste dans le port du préservatif. Le traitement des sujets contacts est rarement possible (rapports avec des prostituées notamment) en zones tropicales.



Figure 1. Lésion de la verge

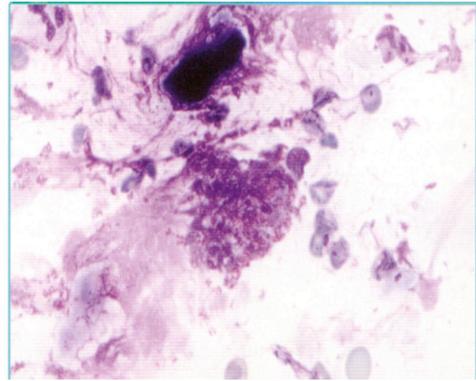


Figure 2. Bacilles gram négatif encapsulés intracellulaires

Références

- Aubry P., Touze J.E. Cas cliniques en Médecine Tropicale. La Duraulie edit., mars 1990, p. 178.

- Touze J.E., Peyron F., Malvy D. Médecine Tropicale au quotidien. 100 cas cliniques. Format Utile. Editions Varia, mars 2001, pp. 214-217.

- Clyti E., Pradinaud R. Donovanose. Encycl. Méd. Chir., Maladies infectieuses, 8-020-A-10, 2004, 5 p.

Professeur Pierre Aubry. Texte revu le 30/12/2013.