

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

Objectifs

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

Cette question est dominée par deux éléments :

- pour les lésions buccales : le risque de méconnaître une maladie bulleuse auto-immune.
- pour les lésions génitales : les maladies sexuellement transmissibles (MST).

Une *érosion* se définit comme une perte de substance superficielle, épithéliale, mettant plus ou moins à nu la partie superficielle du chorion. Elle est souvent post-vésiculeuse, post-bulleuse ou post-traumatique et guérit généralement sans cicatrice.

L'*ulcération*, plus profonde, intéresse le chorion moyen et profond avec un risque de cicatrice.

Le nom de *chancre* est réservé à une érosion ou ulcération de nature infectieuse provoquée par la pénétration d'un microbe spécifique (tréponème, bacille de Ducrey).

On élimine facilement les atteintes des muqueuses externes inflammatoires mais non érosives : gingivo-stomatites, glossites, balanites.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Éléments du diagnostic

INTERROGATOIRE

L'âge, les antécédents personnels (applications de topiques, épisodes antérieurs similaires, risque de MST, voyages, prise médicamenteuse), la notion de signes fonctionnels (douleur ou prurit) et de signes associés éventuels (syndrome urogénital, adénopathies douloureuses ou non) doivent être précisés.

La durée et l'évolution (aiguë, récidivante, chronique) sont des éléments d'orientation essentiels.

EXAMEN CLINIQUE

— la lésion elle-même :

- primaire ou secondaire (succédant à une autre lésion) ;
- souple ou indurée, inflammatoire ou non, nécrotique ou non, infectée (suintement, pus) ou non ;
- topographie, taille, nombre, association à une gingivite ;
- l'examen des autres muqueuses et de tout le tégument est requis.

— l'examen général est orienté par l'anamnèse et l'aspect lésionnel, la recherche des adénopathies, une affection urogénitale, des lésions ORL et toute symptomatologie associée évocatrice d'un tableau infectieux ou systémique.

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) et cultures (virologique, bactériologique), au besoin sur une adénopathie satellite ;
- examen cytologique (cytodiagnostic) ou histologique (biopsie) avec éventuellement examen en immunofluorescence directe ;
- sérodiagnostics d'infections bactériennes ou virales : outre la sérologie syphilitique (VDRL, THPA), ils sont demandés au cas par cas, en fonction du diagnostic envisagé.

Principales causes (tableaux I, II)

ULCÉRATIONS DE LA MUQUEUSE BUCCALE OU ORALE

Aiguës et/ou récidivantes

APHTES ET APHTOSE

L'aphte est une ulcération douloureuse, de petite taille, précédée d'une sensation de cuisson, unique ou multiple, à

Tableau I. – Ulcérations ou érosions buccales.

Pathologie inflammatoire :
— aphotose idiopathique, maladie de Behçet
— entérocolopathies
— carences vitaminiques
— médicaments
— lichen érosif
Traumatiques ou chimiques
Infectieuses :
— virales : herpès virus, coxsackies, CMV
— VIH (primo-infection)
— bactériennes : MST (syphilis primo-secondaire, gonocoque)
Maladies bulleuses :
— auto-immunes : pemphigus, pemphigoïde cicatricielle
— érythème polymorphe
Carcinome épidermoïde
Agranulocytose (hémopathies, chimiothérapie, toxiques...)

fond jaune cerné d'un liseré rouge, non indurée, guérissant habituellement en huit à dix jours. Il est fréquent sur la muqueuse buccale, mais parfois bipolaire (oro-génital) avec possibilité de variantes (aphte nécrotique ou géant).

Tableau II. – Ulcérations ou érosions génitales.

Causes infectieuses :
• MST :
— herpès
— syphilis (chancre d'inoculation, plaques fauchées de la période secondaire)
— chancre mou
— maladie de Nicolas et Favre
— chancre scabieux, primo-infection VIH et EBV
— donovanose (rarissime)
• Infection opportuniste chez l'immunodéprimé :
— herpès
— CMV
Causes traumatiques et caustiques notamment pathomimie
Pathologie inflammatoire :
— lichen érosif
— aphotose bipolaire
— maladie de Crohn
Maladies bulleuses :
— auto-immunes : pemphigus, pemphigoïde cicatricielle
— érythème pigmenté fixe
— érythème polymorphe
Néoplasie : carcinome épidermoïde

L'aphtose idiopathique bénigne est la forme la plus fréquente avec souvent réactivation par certains contacts alimentaires (agrumes, tomate, noix, gruyère).

Le caractère bipolaire d'une aphtose impose de rechercher les éléments évocateurs d'une maladie de Behçet : > 3 poussées par an, pseudo-folliculites cutanées, hypersensibilité aux points d'injection, uvéite antérieure, atteinte neurologique ou articulaire, phlébite superficielle, terrain génétique HLA B5.

ULCÉRATIONS TRAUMATIQUES OU CHIMIQUES

Souvent uniques et douloureuses, elles sont évoquées sur l'aspect (contours géographiques, nécrose jaunâtre), la topographie et l'anamnèse (prothèse inadaptée, traumatisme dentaire, hygiène bucco-dentaire agressive, contact caustique). Les ulcérations traumatiques ou chimiques doivent guérir en 8 à 15 jours après suppression de la cause ; en l'absence de guérison, le passage à la chronicité doit faire suspecter un phénomène d'entretien, une complication infectieuse, ou un carcinome (biopsie).

Un contexte psychologique singulier conduit à évoquer une lésion artificielle provoquée par un pathomimie : de telles lésions sont plus fréquentes sur la muqueuse génitale.

INFECTIEUSES

Herpès

Cause virale la plus fréquente, elle réalise une érosion douloureuse ou prurigineuse polycyclique succédant à un bouquet de vésicules sur base érythémateuse. Evolution parfois croûteuse, fissuraire, aphtoïde ; adénopathies satellites, fébricule fréquent. La forme majeure de gingivostomatite fébrile érosive est caractéristique d'une primo-infection.

La 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] est classique). Les récurrences herpétiques sont rarement strictement muqueuses ; elles surviennent plus souvent sur le vermillon des lèvres ou autour de celles-ci.

La certitude diagnostique est apportée par la culture virale (résultat en 24 à 48 heures) qui permet de préciser la souche en cause (HSV1 pour les lésions buccales, HSV2 pour les lésions génitales). Elle n'est habituellement pas nécessaire. Le sérodiagnostic n'a d'intérêt que pour la primo-infection.

Autres infections virales

Au cours de celles-ci, 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 et avec regroupement lésionnel sur le territoire muqueux des nerfs V (trigéminal), VII (facial) ou glossopharyngien (IX) et satellite d'une localisation cutanée pour le zona.

— Infections à virus Coxsackie : Pharyngite vésiculeuse (dite « herpangine ») avec dysphagie fébrile par atteinte des muqueuses postérieures de la bouche (Coxsackie du groupe A) ou syndrome mains-pieds-bouche associant des vésicules

buccales (due à Coxsackie A16), à des vésicules oblongues des mains, des pieds et parfois des fesses dans un contexte de fièvre.

— Primo-infection à VIH : Des érosions buccales et/ou génitales sont rarement observées dans une primo-infection par le VIH : les lésions sont aphtoides et accompagnent un exanthème morbilliforme fébrile dans un contexte de céphalées et arthromyalgies (diagnostic : antigénémie P24 et éventuellement virémie).

Infections bactériennes

Les infections à germes banals peuvent induire des ulcérations muqueuses parfois extensives en cas de déficit immunitaire. Elles sont volontiers associées à des adénopathies satellites. Les principales causes infectieuses spécifiques sont des MST et sont plus fréquentes sur les muqueuses génitales, en particulier la syphilis.

Les lésions ulcéro-nécrotiques et les gangrènes aiguës à germes anaérobies sont d'évolution délabrante. L'hygiène buccale déficiente et le tabagisme sont les principaux facteurs favorisants.

ÉRYTHÈME POLYMORPHE

Dermatose aiguë érythémato-bulleuse, parfois récidivante, dont la localisation muqueuse peut être prédominante. Ces lésions douloureuses ont souvent une évolution érosive et s'accompagnent d'une dysphagie majeure.

Chroniques

MALADIES BULLEUSES AUTO-IMMUNES

Les lésions muqueuses peuvent être le mode de début plus ou moins étendu (érosion isolée ou stomatite érosive) d'une maladie bulleuse cutanéomuqueuse auto-immune dont le diagnostic repose sur la clinique, l'histologie standard et surtout l'immunofluorescence directe et la recherche d'auto-anticorps sériques spécifiques.

CAUSES ONCO-HÉMATOLOGIQUES

Une ulcération buccale chronique et indolore doit faire évoquer un carcinome épidermoïde : lésion indurée, saignant au contact, pouvant survenir sur un terrain particulier (lésion précarcinomateuse néoplasique, lichen érosif) avec influences de cofacteurs (mauvaise hygiène buccodentaire, alcoolisme, tabagisme). Une adénopathie régionale, dure, fixée, est souvent présente.

LICHEN ÉROSIF

Il est caractérisé par des lésions douloureuses des muqueuses jugales et linguales survenant sur un réseau blanchâtre. Il révèle parfois une hépatite chronique à virus C.

ULCÉRATIONS DES MUQUEUSES GÉNITALES

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 MST ont ici une place privilégiée. Ces lésions augmentent le risque de transmission de l'infection par le VIH.

Herpès

— la primo-infection génitale : comporte une incubation de 6 jours en moyenne (2-20 jours). Elle associe un syndrome général, des douleurs intenses, un érythème et/ou un œdème inflammatoire recouvert de vésicules évoluant vers des érosions polycycliques. Des leucorrhées, un syndrome urétral chez l'homme et des lésions cutanées adjacentes sont possibles (fréquence des adénopathies régionales inflammatoires) ;

— les récurrences génitales : sont souvent asymptomatiques (excrétion asymptomatique) ou atypiques (problématique de l'herpès néonatal).

Syphilis

— le chancre syphilitique d'inoculation apparaît en moyenne trois semaines après le contact : érosion propre et bien limitée, à base indurée, indolore, parfois multiple avec possibilité d'autres localisations (buccale ou anale) ; la sémiologie clinique peut être modifiée par une surinfection (chancre mixte avec bacille de Ducrey) ;

— les adénopathies régionales complètent le tableau clinique ;

— le diagnostic est confirmé par : l'examen du frottis au microscope à fond noir et par le sérodiagnostic (FTA : 5^e jour), TPHA et VDRL (7-10^e jours) ;

— des lésions érosives génitales et buccales apparaissent à la phase secondaire : les plaques muqueuses buccales dites « plaques fauchées » accompagnent des lésions cutanées papulo-érosives génitales et péri-anales riches en tréponèmes.

Chancre mou

— inflammatoire, non-induré, à fond sanieux, cerné de jaune et de rouge, accompagné de ganglions inflammatoires (bubon) ;

— survient précocement après le contact (5^e jour) ;

— *Haemophilus ducreyi* est isolé sur le chancre ou dans les ganglions. Il n'existe pas de sérologie ;

— contexte de contamination portuaire ou tropicale ;

— rechercher une syphilis associée (chancre mixte).

Maladie de Nicolas et Favre

— rare, due à *Chlamydia trachomatis* (sérotypes L1 à L3) : elle commence parfois par un petit chancre éphémère, associé à des adénopathies multiples inflammatoires ayant tendance à fistuliser ;

— diagnostic : culture, sérologie.

Donovanose

— Infection très rare due à *Calymmatobacterium granulomatis*, observée en zone intertropicale.

Ulcération extensive, chronique et douloureuse de l'immunodéprimé

— doit faire évoquer une infection opportuniste ou une cause tumorale qui imposent frottis et biopsie.

— le terrain immunodéprimé favorise aussi une présentation atypique d'infections plus habituelles : herpès, CMV,...

CONCLUSION

En présence d'une érosion ou d'une ulcération muqueuse, ce sont l'anamnèse et l'analyse précise de la lésion élémentaire et de sa topographie qui orientent le diagnostic.

Une ulcération chronique indurée est toujours suspecte d'une étiologie carcinomateuse et justifie un examen histologique. La topographie génitale conduit à discuter de principe une MST et à proposer éventuellement un examen du partenaire sexuel.

Une ulcération aiguë, orale ou génitale est aussi bien suggestive d'une cause extrinsèque (traumatique ou chimique) que d'une origine virale ou médicamenteuse.

Compte-tenu des remaniements infectieux ou inflammatoires qui ne manquent pas de survenir sur les muqueuses (en particulier avec les levures du genre *Candida*), il faut une grande précision dans la démarche diagnostique pour dégager l'essentiel de l'anamnèse et de la sémiologie et préciser plus particulièrement l'aspect lésionnel initial.

Points clés

1. L'érosion et l'ulcération sont des lésions élémentaires dont les étiologies sont orientées prioritairement par l'anamnèse et l'examen clinique.
2. L'aphte est une forme particulière d'ulcération buccale caractérisée par son fond jaunâtre et son halo inflammatoire rouge.
3. Une ulcération buccale chronique et indolore doit faire éliminer un carcinome épidermoïde.
4. Une ulcération traumatique disparaît en 8 à 15 jours après suppression de la cause.
5. Une ulcération ou une érosion génitale récente doit faire rechercher une maladie sexuellement transmissible.
6. L'herpès génital est une cause fréquente d'érosions génitales.
7. Le chancre syphilitique est caractérisé par une (érosion) indolore et indurée.