

9 - CHANCRE MOU

***E. Caumes, M. Janier, N. Dupin, C. Derancourt,
I. Alcaraz, I. Maatouk et la Section MST de la SFD***

Le chancre mou est dû à une bactérie, *Haemophilus ducreyi*, responsable d'ulcération génitale, plus particulièrement dans certaines régions tropicales.

Épidémiologie

Le chancre mou est endémique dans de nombreux pays tropicaux, principalement en Afrique noire et en Amérique latine. Même dans ces pays, il tend à se raréfier. Dans les pays occidentaux, le chancre mou apparaît de façon sporadique au gré de petites épidémies, le plus souvent importé des pays d'endémie. Depuis peu, certains variants d'*Haemophilus ducreyi* ont été identifiés comme responsables d'ulcérations cutanées des membres inférieurs chez des enfants d'Afrique et d'Océanie. La capacité de ces variants à occasionner des lésions génitales demeure inconnue.

Le chancre mou est plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Clinique

La période d'incubation est courte (3 à 7 jours). La lésion génitale est plus souvent localisée sur la peau (fourreau de la verge et scrotum chez l'homme, vulve chez la femme) que sur la muqueuse génitale proprement dite. La lésion dermatologique est une papule qui se transforme très rapidement en une ulcération d'un diamètre supérieur à 1 cm. Par opposition au chancre syphilitique, cette ulcération est classiquement décrite comme non indurée, profonde, sale, purulente, et douloureuse. La lésion cutanée est généralement unique mais elle peut être associée à de petites ulcérations satellites de quelques millimètres de diamètres ayant le même aspect et le même caractère douloureux.

La lésion génitale est associée dans près de 50 % des cas à un bubon inguinal qui apparaît 8 à 10 jours après le début du chancre : adénopathies satellites, le plus souvent unilatérales, très inflammatoires, évoluant spontanément vers une fistulisation à la peau qui se fait classiquement en un seul pertuis.

Dans 10 % des cas, le chancre mou est en fait mixte associant *Haemophilus ducreyi* et *Treponema pallidum* ou *Herpes simplex*.

Les complications sont principalement observées chez l'homme : phimosis, perte de substance cutanée ("ulcère phagédénique").

Diagnostic

Les principales méthodes de diagnostic biologique sont la démonstration de *Haemophilus ducreyi* dans les cultures, ou par PCR. Le prélèvement est pratiqué sur les berges de l'ulcération cutanée et à partir de l'aspiration du pus prélevé du bubon.

L'examen direct peut évoquer le diagnostic quand il met en évidence, par la coloration de Gram, des bacilles Gram négatif bipolaires, plus caractéristiques quand ils sont regroupés en chaîne de bicyclette ou en banc de poissons. La coloration de Gram est positive dans 50 % des cas quand elle est comparée à la PCR.

La culture est considérée comme la technique de référence mais elle est difficile et ne peut être pratiquée que dans des laboratoires spécialisés. Elle est positive dans 60 à 80 % des cas.

La PCR est plus sensible mais elle n'est pas disponible en pratique courante, même s'il existe une PCR multiplex combinant la recherche de *Haemophilus ducreyi*, de *Treponema pallidum* et d'HSV-2 dans les ulcérations génitales.

Traitement

Recommandations thérapeutiques :

chancre mou

- azithromycine : 1 g per os en une seule prise
- ou ceftriaxone : 250 mg IM en une seule injection
- ou ciprofloxacine : 500 mg x 2/j per os x 3 jours
- ou érythromycine : 2 g/j per os x 7 jours

L'azithromycine et la ceftriaxone offrent l'avantage d'être efficaces en traitement monodose. L'association triméthoprime-sulfaméthoxazole n'est pratiquement plus utilisée du fait de la fréquence des résistances à cet antibiotique.

En cas d'infection par le VIH, des échecs sont possibles avec les traitements monodose par l'azithromycine et la ceftriaxone. Ces traitements sont donc recommandés seulement chez les patients chez lesquels un suivi clinique peut être assuré. Sinon il est plus indiqué de faire une injection de ceftriaxone trois jours de suite ; ou bien d'utiliser l'érythromycine pendant sept jours.

Chez la femme enceinte ou allaitante et chez les enfants, le traitement privilégié est l'érythromycine ou la ceftriaxone.

Traitement du bubon

Il consiste à aspirer, à l'aiguille, le contenu d'un bubon fluctuant, de façon itérative, jusqu'à affaissement de celui-ci, chez un malade mis au repos.

Toute intervention chirurgicale, avec incision et drainage du bubon, est a priori inutile. Même si celle-ci est sensée éviter les ponctions itératives du bubon, les complications possibles à long terme ne plaident pas en faveur des traitements chirurgicaux des bubons.

Suivi

Le suivi doit être jugé sur l'évolution clinique de l'ulcération génitale et non pas sur celle du bubon. Le patient doit être réexaminé trois à sept jours après le début du traitement. Si le traitement est efficace, l'ulcération s'améliore dans les trois jours et une re-épithélisation apparaît dans les 7 jours suivant le début du traitement.

La durée de cicatrisation dépend de la taille initiale de l'ulcère. Les ulcérations les plus larges peuvent demander plus de deux semaines avant de cicatriser.

Une co-infection avec syphilis ou herpès doit être éliminée.

Traitement des partenaires

Les partenaires sexuels devraient être examinés et traités s'ils ont eu un contact sexuel avec le patient ayant un chancre mou dans les dix jours avant l'apparition des symptômes. Un traitement doit être administré même en l'absence de symptômes car le portage asymptomatique d'*Haemophilus ducreyi* a été prouvé.

RÉFÉRENCES :

1. Sehgal VN, Srivastava G. Chancroid: contemporary appraisal. Int. J. Dermatol. 2003 ; 42 : 182-90.
2. Lewis DA. Chancroid : clinical manifestations, diagnosis, and management. Sex. Transm. Infect. 2003 ; 79 : 68-71.
3. Makasa M, Buvé A, Sandoy IF. Etiologic pattern of genital ulcers in Lusaka, Zambia: has chancroid been eliminated? Sex Transm Dis 2012; 39:787-91.
4. Marks M, Chi KH, Vahi V, Pillay A, Sokana O, Pavluck A et al. *Haemophilus ducreyi* associated with skin ulcers among children. Solomon Islands. Emerg Infect Dis 2014; 20: 1705-10.