

11 - DONOVANOSE (granulome inguinal)

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

La donovanose est une maladie tropicale, avant tout génitale, causée par *Klebsiella granulomatis* ou *Calymmatobacterium granulomatis* (selon les auteurs).

Épidémiologie

La donovanose est décrite partout dans le monde sauf en Europe (en dehors des voyageurs). Elle est principalement observée dans le sud-est de l'Inde, en Papouasie Nouvelle Guinée, en Afrique du Sud, au Brésil et chez les aborigènes australiens.

La maladie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme (2 hommes pour 1 femme).

Clinique

La durée d'incubation varie de trois à 40 jours chez 92 % des patients.

La forme classique est une ulcération génitale, granulomateuse, à fond propre, indolore, sans adénopathie satellite, d'évolution chronique et avec des bordures en relief ("leishmaniose génitale"). L'ulcération génitale est plus souvent localisée sur la peau que sur la muqueuse. Chez l'homme, les localisations sont principalement génitales, exceptionnellement anales (chez les homosexuels) ou inguinales, raisons pour lesquelles mieux vaut privilégier le terme de donovanose que celui de granulome inguinal (pourtant plus souvent utilisé dans la littérature anglo-saxonne). Chez la femme, les localisations sont le plus souvent vulvaires ou périnéales, plus rarement anales, inguinales, vaginales ou cervicales.

Des formes pseudo-néoplasiques sont décrites (génitales, buccales, du col utérin) du fait de la prolifération locale granulomateuse. L'évolution se fait en différents stades, granulomateux, hypertrophique, nécrotique, et scléreux.

Des complications peuvent survenir à type d'hémorragie, de lymphœdème génital, de mutilation génitale voire de carcinome.

Des formes extra-génitales et septicémiques ont été décrites avec diffusion osseuse, hépatique, pulmonaire à la suite d'actes chirurgicaux ou d'accouchements.

Diagnostic

Le diagnostic repose sur la mise en évidence des corps de Donovan dans le frottis d'une ulcération génitale ou périnéale coloré au Giemsa. Dans les régions d'endémie les corps de Donovan sont identifiables chez 60 à 80 % des patients considérés, sur des éléments cliniques, comme atteints de donovanose.

L'examen histologique est souvent nécessaire pour le différencier d'un carcinome épidermoïde.

Klebsiella granulomatis a récemment été cultivé sur monocytes (laboratoires spécialisés).

La PCR et les sérologies ne sont pas de pratique courante.

Traitement

Le traitement de première intention est un macrolide, soit érythromycine (2g/j en 2 à 4 prises quotidiennes) pendant une durée minimale de 21 jours, soit azithromycine. Il existe plusieurs modalités d'administration de l'azithromycine: 1 g/semaine pendant quatre semaines ou jusqu'à guérison, 500 mg/j pendant une semaine, en traitement monodose avec une prise unique de 1 g (aucune n'a été comparée avec l'autre).

Les fluoroquinolones peuvent aussi être utilisés : ofloxacine (200 mg x2/j), ciprofloxacine (1 g/j) ainsi que le cotrimoxazole. La durée de traitement recommandé est au minimum de deux à trois semaines.

Les autres traitements, d'efficacité plus variable, sont les cyclines, la streptomycine et la ceftriaxone.

Recommandations thérapeutiques :

Donovanose

- azithromycine : 1 g per os par semaine jusqu'à guérison
- ou érythromycine : 1 gr x 2/jour per os x 21 jours
- ou ofloxacine : 200 mg x 2/jour per os x 21 jours
- ou ciprofloxacine : 500 mg x 2/jour per os x 21 jours

Chez la femme enceinte ou allaitante et les enfants, les macrolides sont le traitement de première intention. Les enfants nés de mère ayant des lésions génitales non traitées sont à risque d'infection et doivent bénéficier d'un traitement.

Toute personne ayant eu un contact sexuel avec le patient source dans les quarante jours avant l'apparition des lésions cliniques doit être examinée et éventuellement traitée.

Les autres causes d'ulcération génitale, notamment la syphilis ou l'herpès ainsi que le chancre mou, doivent être éliminées voire prises en compte dans l'approche thérapeutique.

RÉFÉRENCES :

1. Morrone A, Toma L, Franco G, Latini O. : donovanosis in developed countries : neglected or misdiagnosed disease ? Int. J. STD & AIDS. 2003 ; 14 : 288- 9.
2. O'Farrell N. : donovanosis. Sex. Transm. Infect. 2002 ; 78 : 452-7.
3. Clyti E, Couppie P, Strobel M, Cazanave C, Sainte-Marie D, Pradinaud R. : traitement court de la donovanose avec l'azithromycine. Ann. Dermatol. Venereol. 2004 ; 131 : 461-4.
4. O'Farrell N¹, Moi H; IUSTI/WHO European STD guidelines Editorial Board. European guideline for the management of donovanosis, 2010. Int J STD AIDS. 2010 ; 9 : 609-10.