

Ulcération ou érosion des muqueuses orales et/ou génitales

G. GUILLET (Poitiers), J.-M. BONNETBLANC (Limoges), L. VAILLANT (Tours),
P. SAIAG (Boulogne-Billancourt), E. GROSSHANS (Strasbourg)

Objectifs

Devant des ulcérations et érosions des muqueuses orales et/ou génitales, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Cette question est dominée par :

- le risque de méconnaître une maladie bulleuse qui sur les muqueuses se présente toujours comme une érosion ;
- l'importance des maladies sexuellement transmissibles (MST) quand il s'agit de lésions génitales.

L'orientation diagnostique suppose donc de savoir reconnaître la véritable lésion initiale qui, si elle n'est pas l'érosion ou l'ulcération peut être aussi diverse qu'une vésicule, une bulle, un érythème caustique, un aphte ou une lésion inflammatoire ou tumorale. L'anamnèse et l'examen clinique, préalables à des explorations paracliniques sélectives éventuelles, restent donc la clé du diagnostic.

DÉFINITION

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.

Une ulcération, plus profonde, intéresse le chorion moyen et profond avec des risques 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).

Le diagnostic

Le diagnostic d'une ulcération ou d'une érosion est clinique et le diagnostic de la cause peut nécessiter d'autres examens complémentaires.

INTERROGATOIRE

L'âge, les antécédents personnels (facteurs de contact, épisodes antérieurs similaires, possibilité de MST, voyages, prise médicamenteuse), la notion de signes fonctionnels (douleur ou prurit) et de signes associés éventuels (complication uro-génitale, adénopathies douloureuses ou non) doivent être précisés.

La durée et l'évolution (aiguë ou chronique) sont des éléments d'orientation essentiels, ainsi que la notion de récurrence.

EXAMEN CLINIQUE

La lésion elle-même est caractérisée :

- par son caractère primaire ou secondaire (succédant à une autre lésion) ;
- par son caractère souple ou induré, inflammatoire ou non, nécrotique ou non, infecté (suintement, pus) ou non ;
- par sa topographie, sa taille et son nombre : l'examen des autres muqueuses et de tout le tégument est requis.

L'examen général est dirigé par l'anamnèse et l'aspect lésionnel, vers la recherche d'adénopathies, d'une affection uro-génitale, de lésions ORL ou de toute symptomatologie associée suggestive d'un tableau infectieux ou syndromique.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

L'anamnèse et l'étude clinique permettent de limiter les examens au strict nécessaire dans le registre suivant :

- prélèvements locaux dans une hypothèse infectieuse : examen direct (en particulier microscope à fond noir pour un chancre syphilitique) et cultures (virologique, bactériologique), au besoin sur une adénopathie satellite ;
- examen cytologique (cyto-diagnostic) ou histologique (biopsie) avec éventuellement examen en immunofluorescence directe ;
- sérodiagnostics d'infections bactériennes ou virales : en dehors du sérodiagnostic de la syphilis, ils sont demandés au cas par cas, en fonction du diagnostic envisagé.

Tableau I. – Ulcérations et érosions buccales.

– Aphtes
– Traumatiques ou chimiques
– Infectieuses :
– virales : herpès, varicelle, zona, virus Coxsackie (syndrome mains-pieds- bouche)
– VIH (primoinfection)
– mycosiques : candidose (souvent opportuniste)
– bactériennes : MST (syphilis, chancre mou), <i>gingivostomatite à anaérobies</i> , rare
– Maladies bulleuses :
– bulloses autoimmunes : pemphigus, pemphigoïde cicatricielle, rare
– érythème polymorphe majeur (herpès, mycoplasme...)
– syndrome de Stevens Johnson, médicamenteux
– Carcinome épidermoïde ulcéré
– Agranulocytose (hémopathies, chimiothérapie)
– Causes inflammatoires :
– aphtose bipolaire (maladie de Behçet)
– lichen érosif
– maladie de Crohn

Tableau II. – Ulcérations ou érosions génitales.

– Causes infectieuses :
– MST :
– herpès
– syphilis (chancre d'inoculation, plaques fauchées de la période secondaire)
– chancre mou (bacille de Ducrey)
– maladie de Nicolas et Favre (<i>Chlamydia trachomatis</i>) rare
– donovanose (rare)
– Candidose érosive primitive ou opportuniste
– Infection opportuniste chez l'immunodéprimé : ulcère rebelle des mycoses (cryptococcose, histoplasmosse), mycobactériose, infection à germe banal
– Causes traumatiques et caustiques
– Causes toxiques (topique) et érythème polymorphe
– Maladies inflammatoires :
– Lichen érosif
– Aphtose bipolaire
– Maladie bulleuse autoimmune :
– pemphigus
– néoplasie (carcinome spinocellulaire) :
– ulcération chronique

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Il est essentiel de ne pas méconnaître une lésion extrinsèque simplement provoquée, traumatique ou caustique.

Si ce n'est pas le cas, l'orientation étiologique se fait dans deux directions sensiblement différentes selon la topographie orale ou génitale et selon le profil évolutif (aigu ou chronique) des lésions, la chronicité imposant en règle générale une biopsie.

Les lésions de la muqueuse buccale ou orale

APHTES

Ce sont des ulcérations de petite taille, uniques ou multiples, à fond jaune cerné d'un bord rouge, non indurées, évoluant en huit à dix jours, fréquentes sur la muqueuse buccale, mais parfois bipolaires oro-génitales avec possibilité de variantes (aphtes nécrotiques ou géants).

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 (oro-génitale) impose de rechercher des éléments suggestifs d'une maladie de Behçet (aphtes plus graves, pseudofolliculites 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 envisagées 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, par complication infectieuse, ou un carcinome.

Un contexte psychologique peut faire évoquer une lésion artificielle provoquée par un pathomime : de telles lésions sont plus fréquentes sur la muqueuse génitale.

Ulcérations virales (post-vésiculeuses)

HERPÈS

C'est la cause virale la plus fréquente : l'érosion est polycyclique et succède à un bouquet de vésicules sur une base érythémateuse. L'évolution est suintante et douloureuse, parfois croûteuse ou aphtoïde accompagnée parfois d'adénopathies satellites et d'un fébricule.

La forme majeure de gingivostomatite fébrile érosive est caricaturale d'une primo-infection herpétique.

La forme récurrente d'érosions récidivant au même site et en particulier sur la lèvre sous l'effet de facteurs déclencheurs (épisodes d'affections fébriles, exposition solaire, stress,

menstruation) est une évidence diagnostique. Les récurrences herpétiques sont rarement strictement muqueuses ; elles surviennent plus souvent sur le vermillon des lèvres et autour.

En cas de doute, le diagnostic est assuré formellement par la recherche du virus en culture (résultat en 24 à 48 heures) qui permet de préciser la souche en cause : HSV1 étant plutôt impliqué dans les lésions buccales et HSV2 dans les lésions génitales. Le sérodiagnostic (IgM) n'a d'intérêt que pour la primo-infection.

AUTRES INFECTIONS VIRALES

Elles peuvent induire des érosions ou ulcérations buccales qui ne sont en général pas au premier plan.

Varicelle et zona

Lésions similaires à celles de l'herpès mais plus étendues, endojugales, d'évolution aphtoïde pour la varicelle, ou avec regroupement lésionnel sur le territoire muqueux des nerfs V (trigéminal), VII (facial) ou glossopharyngien (IX) en accompagnement d'un zona cutané.

Infection 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

Exceptionnellement, des érosions buccales suggèrent une primo-infection à VIH : les lésions sont aphtoïdes et accompagnent un exanthème morbilliforme (diagnostic sur le contexte, avec demande d'antigénémie).

Candidoses

Les candidoses peuvent s'exprimer par des érosions douloureuses recouvertes d'un enduit blanchâtre sur zone inflammatoire étendue : de telles lésions imposent de rechercher un facteur favorisant local ou général (déficit immunitaire, diabète). Il faut se garder d'un diagnostic par excès : *Candida albicans* n'est en fait souvent qu'un opportuniste devenu secondairement pathogène sur une lésion érosive primitive.

Infections bactériennes

Les infections à germes banals peuvent induire des ulcérations muqueuses chroniques voire extensives en cas de déficit immunitaire et s'accompagnent d'adénopathies satellites. Les principales causes infectieuses spécifiques sont du domaine des MST (syphilis, chancre mou) et sont beaucoup plus habituelles sur les muqueuses génitales (cf infra).

Les lésions ulcéro-nécrotiques et les gangrènes aiguës à germes anaérobies sont d'évolution délabrante et sont plutôt observées en topographie génitale que buccale.

Lésions post-bulleuses

Toute lésion érosive persistante ou récidivante peut être la conséquence d'une nécrose épithéliale intervenant dans le cadre d'une toxidermie, d'un érythème polymorphe ou d'une maladie bulleuse auto-immune.

LES 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, la biopsie (clivage interkératinocytaire ou sous-épithélial) et la recherche d'anticorps, circulants ou fixés, anti-ICS (substance intercellulaire) ou anti-zone de la membrane basale des épithéliums malpighiens.

La plus fréquente des causes est le pemphigus, maladie cutanéomuqueuse à bulles flasques par clivage interkératinocytaire (ou acantholyse).

L'ÉRYTHÈME POLYMORPHE (CF DERMATOSES BULLEUSES) ET LE SYNDROME DE STEVENS JOHNSON

Ces dermatoses aiguës érythémato-bulleuses, parfois récidivantes, peuvent être de localisation muqueuse prédominante. Les lésions muqueuses sont douloureuses, souvent d'évolution érosive aphtoïde. En cas d'atteinte muqueuse grave, la cause est surtout médicamenteuse (toxidermie aux sulfamides, AINS, antibiotiques, barbituriques). L'érythème polymorphe post-herpétique donne plus souvent des formes moins graves, de topographie labiale et en tout cas plus limitées avec des récurrences plus fréquentes.

Causes néoplasiques

Des stomatites érosives surviennent au cours d'hémopathies à la suite d'agranulocytoses (stomatite avec pseudomembranes), de chimiothérapies (Adriamycine®, Méthotrexate®) ou du fait de localisations lymphomateuses érosives spécifiques.

Une ulcération buccale chronique et indolore doit faire évoquer un carcinome spinocellulaire ulcéré : la lésion est indurée, saigne au contact et peut survenir sur un terrain particulier (lésion pré-carcinomateuse leucoplasique ou lichen érosif) avec influence de cofacteurs (mauvaise hygiène bucco-dentaire, alcool-tabagisme).

Causes dermatologiques inflammatoires peu fréquentes

Le lichen érosif se caractérise par des lésions douloureuses des muqueuses jugales et linguales survenant sur un réseau blanchâtre.

La maladie de Crohn peut s'exprimer par des ulcérations inflammatoires aphtoïdes, buccales ou péri-anales.

Lésions des muqueuses génitales

Elles ont les mêmes causes que les lésions buccales (aphtes, infections, maladies bulleuses et érosions physiques ou

caustiques par topiques locaux inappropriés) mais avec une fréquence dominante des MST.

LA SYPHILIS

Le chancre syphilitique d'inoculation apparaît trois semaines après le contact : c'est une érosion propre et bien limitée, indurée, indolore, parfois multiple avec possibilité d'autres localisations (buccale ou anale). Sa sémiologie peut être modifiée par une surinfection (chancre mixte avec bacille de Ducrey) ou par une évolution nécrotique ou inflammatoire. Il s'accompagne d'adénopathies indolores dans les formes non compliquées.

Le diagnostic est confirmé par l'examen du frottis au microscope à fond noir et par le sérodiagnostic FTA (le plus précoce, dès le 5^{ème} jour), puis TPHA et VDRL.

Des lésions érosives génitales et buccales apparaissent en phase tardive : les plaques muqueuses buccales dites « plaques fauchées » accompagnent des lésions cutanées parfois papulo-érosives génitales et péri-anales riches en tréponèmes.

LE CHANCRE MOU

C'est un chancre inflammatoire non induré de présentation infectieuse à enduit sanieux cerné de jaune et de rouge, avec des ganglions inflammatoires. Le chancre survient très vite après le contact (5^{ème} jour). *Haemophilus ducreyi* est à rechercher sur le chancre ou dans les ganglions.

L'épidémiologie de cette infection par le bacille du Ducrey, dans un contexte de prostitution portuaire ou de contamination sous les tropiques, impose de rechercher la coinfection avec la syphilis.

La maladie de Nicolas et Favre

Rare, cette maladie liée à *Chlamydia trachomatis* (sérotypes L1 à L3) commence parfois par un petit chancre éphémère, associé à des adénopathies multiples inflammatoires à tendance fistuleuse où le prélèvement bactériologique mettra en évidence les *Chlamydiae*. Le sérodiagnostic en immuno-fluorescence sera positif.

La donovanose

C'est une infection due à une klebsielle, plus rare encore, d'origine spécifiquement tropicale.

Ulcération génitale extensive et rebelle de l'immunodéprimé

Une telle ulcération doit faire évoquer une infection opportuniste ou une autre cause inhabituelle qui imposeront frottis et biopsie. Le terrain immuno-déprimé favorise aussi une présentation atypique de lésions plus habituelles : herpès chronique, surinfection candidosique, syphilis, infection à germe banal.

CONCLUSION

En pratique, devant une érosion ou une ulcération muqueuse, ce sont l'anamnèse et l'analyse précise de la lésion élémentaire et de sa topographie qui donneront des orientations diagnostiques distinctes, qui prennent en considération le profil évolutif.

Une ulcération chronique est toujours suspecte d'une nature carcinomateuse et impose toujours une biopsie même si la topographie génitale impose par principe d'envisager la possibilité d'une MST et d'élargir éventuellement l'examen au 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 en précisant plus particulièrement l'aspect lésionnel initial de la lésion.

Points clés

1. L'érosion et l'ulcération sont des lésions élémentaires de diagnostic clinique, de causes très diverses.
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 chercher une maladie sexuellement transmissible.
6. L'herpès génital est une cause fréquente d'érosions génitales.
7. Le chancre syphilitique est caractérisé par une ulcération indolore et indurée.