

Orientation diagnostique devant une ulcération ou érosion des muqueuses orales et génitales (343)

*Professeur Jean-Claude BEANI
Avril 2004 (Mise à jour juin 2005)*

Pré-Requis :

Lésions élémentaires en dermatologie

Résumé :

L'érosion et l'ulcération sont des lésions élémentaires de diagnostic clinique et de causes très diverses. L'aphte est une forme la plus fréquente d'ulcération buccale caractérisée par son fond jaunâtre et son halo inflammatoire rouge. Une ulcération buccale chronique et indolore doit faire éliminer un carcinome épidermoïde. L'herpès génital est une cause fréquente d'érosion génitale.

Une ulcération ou une érosion génitale récente doit faire chercher une maladie sexuellement transmissible en premier lieu la syphilis.

Mots-clés :

Ulcération, chancre, maladies sexuellement transmissible.

Références :

- Dermatologie et Vénérologie, J.H Saurat, E. Grosshans, P. Laugier, JM. Lachapelle, Masson, 3ème édition, 1999.
- Dermatologie Abrégés connaissance et pratique DERMATOLOGIE Masson 2003- collège des enseignants de Dermatologie.

1. Introduction

Les orientations diagnostiques sont dominées par :

- La reconnaissance d'une maladie bulleuse qui sur les muqueuses se présente toujours comme une érosion.
- L'importance des maladies sexuellement transmissibles quand il s'agit de lésions génitales.
- La non méconnaissance d'un carcinome.

2. Diagnostic positif

2.1. L'érosion

Une érosion se définit comme une perte de substance superficielle (épidermique et/ou dermique superficielle) souvent post-vésiculeuse, post-bulleuse, post-traumatique, qui guérira généralement sans cicatrice.

2.2. Ulcération

L'ulcération, plus profonde, intéresse le derme moyen et profond avec des risques de cicatrices.

2.3. Chancre

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

3. Le Diagnostic étiologique

3.1. Les éléments de diagnostic

Si le diagnostic d'une ulcération est purement clinique, le diagnostic de la cause nécessite des bilans d'importance variable.

- **Interrogatoire :**
 - L'âge, les antécédents personnels lointains et surtout immédiats, les signes fonctionnels (douleur ou prurit) et de signes associés éventuels doivent être précisés ainsi que le contexte.
 - La durée et l'évolution (aiguë ou chronique) sont des éléments d'orientation essentiels, ainsi que la notion de récurrence.
- **L'examen clinique :**
 - Seront recherchés :
 - le caractère primaire ou secondaire succédant à une autre lésion ;
 - le caractère souple ou induré, inflammatoire ou non, nécrotique ou non, infecté ou non ;
 - sa topographie, le nombre nécessitant l'examen systématique des autres muqueuses et de tout le tégument.
 - L'examen général complètera l'examen local.
- **Examens complémentaires :**
 - L'anamnèse et l'étude clinique permettent de les orienter.
 - Ils peuvent ainsi consister en :
 - des prélèvements locaux dans une hypothèse infectieuse ;
 - un examen cytologique (cyto-diagnostic) ou une biopsie avec histologie et éventuellement immunofluorescence directe ;
 - des sérologies bactériennes ou virales : devant une ulcération génitale, la sérologie syphilitique sera en particulier systématique.

3.2. Diagnostic étiologique

3.2.1. Les aphtes

Ce sont des ulcérations parfois profondes et nécrotiques de petites tailles, uniques ou multiples, à fond jaune cerné d'un bord rouge, non indurés, évoluant en huit à dix jours, fréquentes sur la muqueuse buccale, plus rares sur les muqueuses génitales.

- **l'aphtose idiopathique** bénigne est la forme la plus fréquente.
- **le caractère bipolaire d'une aphtose** (oro-génitale) impose de rechercher des éléments suggestifs de maladie de Behçet : (pseudofolliculites cutanées, hypersensibilité aux points d'injection, uvéite antérieure, atteinte neurologique ou articulaire, phlébite superficielle, terrain génétique, HLA B5 ou origine ethnique.



Photo : aphtes
(J.C. Béani)

3.2.2. Ulcérations traumatiques ou chimiques

Souvent uniques et douloureuses, elles sont envisagées sur l'aspect (contours géographiques, nécrose jaunâtre), 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, se méfier d'un carcinome.

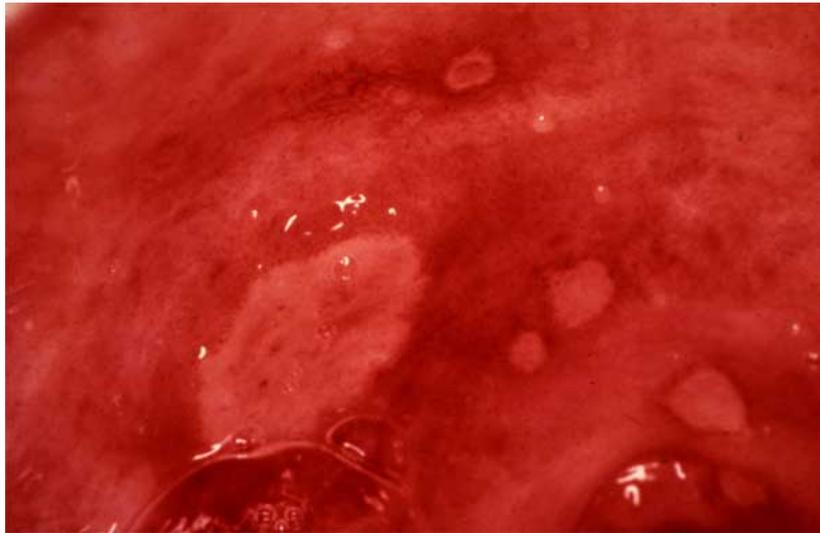
3.2.3. Ulcérations virales

Elles succèdent le plus souvent à une éruption vésiculeuse.

3.2.3.1. L'herpès

C'est la cause la plus fréquente. L'évolution est douloureuse et souvent accompagnée d'adénopathies satellites et d'un fébricule.

- La forme majeure de gingivostomatite fébrile et érosive est caricaturale d'une primo-infection herpétique au niveau buccal.
- La forme récurrente au même site sous l'effet de facteurs déclenchants (épisodes d'affections fébriles, exposition solaire, stress, menstruation) est la forme la plus fréquente.



[Photo : stomatite herpétique](#)
(J.C. Béani)

3.2.3.2. Autres infections virales

D'autres infections virales peuvent induire des érosions ou ulcérations buccales voir génitales :

- Varicelle et zona
- Coxsackie
 - Pharyngite vésiculeuse (dite « herpangine ») avec dysphagie fébrile par atteinte des muqueuses postérieures de la bouche (coxsackie du groupe A)
 - 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.

3.2.4. Candidoses

Les candidoses peuvent s'exprimer par des érosions prurigineuses et douloureuses au niveau de la cavité buccales (muguet), des organes génito-externes (balanite ou vulvite).

3.2.5. Infections bactériennes

Les infections à germes banaux peuvent induire des ulcérations muqueuses chroniques voire extensives en cas de déficit immunitaire et s'accompagnent d'adénopathies satellites. Elles sont exceptionnelles chez le sujet immuno compétent.

En fait les principales causes infectieuses spécifiques sont du domaine des MST et sont plus habituelles sur les muqueuses génitales :

- La syphilis (voir question spécifique)



[Photo : chancre syphilitique](#)
(J.C. Béani)

- Le chancre mou :
 - Après une contre indication (5 jours) survenue d'un chancre inflammatoire non induré avec ganglions inflammatoires.
 - L'épidémiologie de cette pathologie liée au bacille du Ducrey dans un contexte de prostitution portuaire ou de contamination sous les tropiques impose de rechercher la coinfection avec la syphilis.
 - Le diagnostic repose sur l'isolement du bacille dans le chancre ou les ganglions.



[Photo : chancre mou](#)
(J.C. Béani)

- La maladie de Nicolas et Favre et la donovanose : Exceptionnelles en France

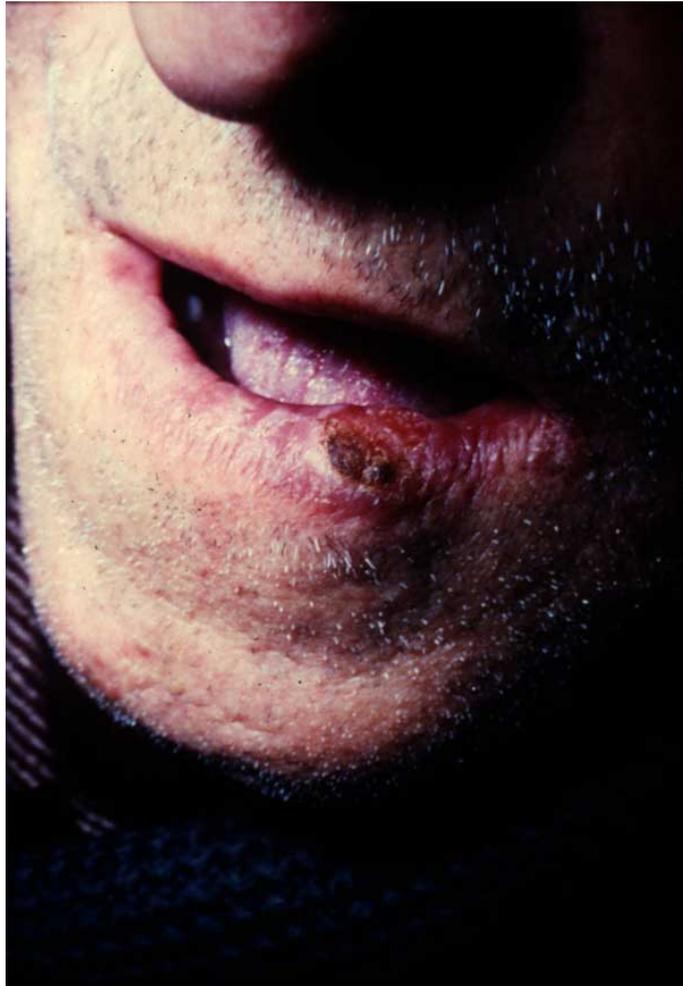
3.2.6. Lésions post bulleuses

Il faut savoir reconnaître l'éruption bulleuse initiale mais très éphémère sur une muqueuse et décliner le diagnostic étiologique d'une bullose (question spécifique).

Le pemphigus est à toujours évoquer devant des bulles buccales récidivantes du sujet autour de 40 ans mais l'érythème polymorphe et le syndrome de Stevens Johnson sont le plus souvent en cause.

3.2.7. Causes néoplasiques

- Des stomatites érosives surviennent au cours d'hémopathies et il faut savoir les évoquer pour aller à la biopsie.
- Souvent un carcinome spino cellulaire à confirmer par la biopsie.



[Photo : carcinome spino cellulaire de la lèvre](#)
(J.C. Béani)

3.2.8. Causes dermatologiques inflammatoires peu fréquentes

- Le lichen érosif se caractérise par des lésions douloureuses muqueuses survenant sur un réseau blanchâtre.
- La maladie de Crohn : ulcérations inflammatoires aphtoïdes, buccales ou péri-anales.

3.2.9. Ulcérations génitales extensives et rebelles de l'immunodéprimé

De telles ulcérations doivent faire évoquer une infection opportuniste, une présentation atypique de lésions plus habituelles (herpès chronique, surinfection candidosique, syphilis, infection à germe banal).