

Le granulome inguinal : *rare, mais pas impossible!*

François Melançon, MD

Le cas de M. Boudreault

Vous êtes en consultation à votre bureau dans un petit village de l'Estrie. Monsieur Boudreault, de retour d'un contrat d'ingénierie en Afrique du Sud, se présente pour un « petit bobo » sur son pénis (figure 1). La lésion, apparue vers la fin de son séjour africain et petite à l'origine, a rapidement grossi, et il se dit un peu inquiet.

Vous lui demandez de voir la lésion. Vous retirez le pansement ophtalmique qu'il avait apposé et découvrez une immense plaie couvrant littéralement l'ensemble de la surface du pansement. L'ulcère est friable et les marges sont soulevées, comme « roulées ». La plaie est rouge vif et saignotte. Il y a ce qui ressemble à de gros ganglions dans l'aine.

L'image vous rappelle quelque chose... Frank Netter! Vous ouvrez votre livre et vous tombez sur l'illustration du granulome inguinal. Bingo!

Vous appelez l'infectiologue au Centre universitaire, et vous lui annoncez que vous avez devant vous un cas probable de granulome inguinal. Il répond par un immense éclat de rire : il en doute fort, personne n'en a jamais vu à Sherbrooke! Vous lui dites que le patient arrive d'Afrique du Sud et a fréquenté les prostituées là-bas. L'infectiologue accepte donc de rencontrer le patient.



Figure 1. Plaie identique à celle du patient estrien. Photo tirée du *Merck Manuals online medical library* : <http://www.merck.com/mmhe/index.html>

Qu'est-ce que le granulome inguinal?

Le granulome inguinal, une maladie très rare en Amérique du Nord, est causé par un bacille gram négatif, *Calymmatobacterium granulomatis*. Il s'agit d'une condition relativement peu contagieuse, et des contacts répétés sont souvent nécessaires pour causer une infection. À chaque année, on rapporte moins de 100 cas aux États-Unis et 10 cas au Canada. Ces cas sont importés par des voyageurs de retour de régions endémiques (la Nouvelle Guinée de l'Ouest, les Caraïbes, l'Inde du Sud-Est, l'Afrique du Sud, l'Asie du Sud-Est, l'Australie et le Brésil).

La maladie affecte davantage les personnes de race noire que les caucasiens, mais cette prédilection semble secondaire aux conditions de vie. Il n'y a aucune prédominance sexuelle. L'incubation dure d'une semaine à trois mois.

Quelle est la présentation clinique de cette maladie?

Il existe quatre types de lésions. Les lésions ulcéro-végétatives, identiques à celles de monsieur Boudreault, se développent à partir de lésions nodulaires rouges et mollasses, fréquemment diagnostiquées comme des ganglions. Ces lésions s'ulcèrent souvent.

On retrouve aussi des lésions où le tissu cicatriciel est si important que le système lymphatique est fréquemment envahi, et on retrouve souvent un lymphœdème associé.

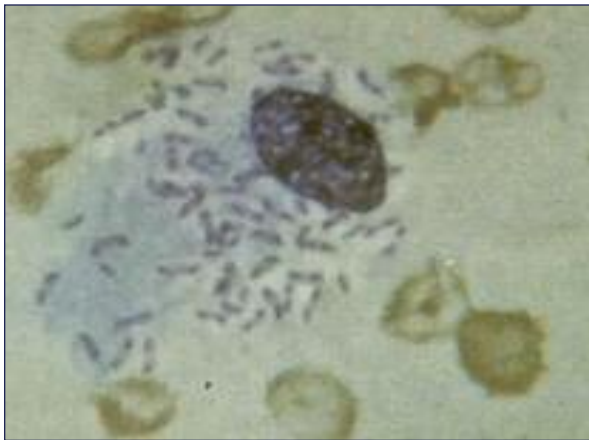


Figure 2. Macrophages et corps de Donovan

Les lésions verruqueuses ou hypertrophiques sont les plus rares et ressemblent à des verrues géantes. Lorsque le granulome inguinal n'est pas traité, il est fréquemment associé à de l'éléphantiasis. Les lésions peuvent se trouver dans toute la région génitale, autant chez l'homme que chez la femme.

La quatrième forme, l'atteinte extragénitale, est rare. À l'occasion, une diffusion hémotogène du bacille à la rate, aux poumons, au foie, aux os et aux orbites peut tuer le patient.

Comment se pose le diagnostic?

La plupart des laboratoires ne peuvent pas cultiver *C. Granulomatis*. Le diagnostic se fait en visualisant les organismes, appelés corps de Donovan, dans les macrophages. La biopsie tissulaire devrait se faire sur les bords de l'ulcère, et les corps de Donovan



Le **Dr Melançon** est omnipraticien et a 18 années d'expérience en salle d'urgence. Il pratique maintenant en cabinet privé à Asbestos et en CLSC à Montréal. De plus, celui-ci travaille à l'élaboration d'une série de livres portant sur la vulgarisation médicale de la collection *Le petit médecin de poche*.

seront identifiés par une coloration Wright-Giemsa ou Warthin-Starry.

Les techniques d'immunofluorescence indirectes ne sont pas assez précises pour identifier la condition.

Il est impératif de procéder à la recherche d'autres ITS, puisque des infections multiples sont très fréquentes.

Il est impératif de procéder à la recherche d'autres ITS, puisque des infections multiples sont très fréquentes.

Quel est le traitement approprié?

Le granulome inguinal se traite avec le triméthoprime/sulfaméthoxazole ou la doxycycline. *C. Granulomatis* répond aussi à la ciprofloxacine, à l'érythromycine ou à l'azithromycine. L'antibiothérapie devrait durer environ trois semaines, jusqu'à la réépithélialisation complète de l'ulcère et la résolution de tous les signes de la condition. À l'occasion, *C. Granulomatis* sera résistant, et il faudra alors ajouter un aminoglycoside, comme la gentamycine.

Les lésions associées au VIH sont plus longues à guérir, et on devrait alors toujours inclure un aminoglycoside dans le régime thérapeutique.

Tous les contacts sexuels datant des 60 derniers jours devraient être contactés et examinés, si possible.

Retour sur le cas de M. Boudreault

Quelques jours après, vous rappelez l'infectiologue. Il vous confirme que les corps de Donovan ont été identifiés et que le traitement du granulome inguinal a été débuté.

Malheureusement, M. Boudreault est aussi VIH positif et, là aussi, un traitement a été débuté. 