

## LE CHANCRE MOU

Ce chapitre des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement Édition 2006 a été révisé et mis à jour en date d'Octobre 2007. Le tableau ci-dessous résume les importants changements apportés au chapitre et met en référence les pages correspondant à la copie courante en papier des lignes directrices.

<u>Section</u>	<u>Page</u>	<u>Formulation courante</u>	<u>Mise à jour/Clarification</u>
Déclaration des cas et notification aux partenaires	139	<p>L'énoncé sur le notification et prise en charge des partenaires a besoin de clarification</p> <p>Tous les sujets ayant eu des relations sexuelles avec le cas index au cours des 2 semaines précédant la date des premiers symptômes devraient être traités à l'aide d'une quinolone ou d'une antibiothérapie réputée efficace pour traiter les cas index.</p>	<p><b>Remplacé par:</b></p> <p>Tous les sujets ayant eu des relations sexuelles avec le cas index au cours des 2 semaines précédant la date des premiers symptômes devraient être traités à l'aide d'une quinolone ou d'une antibiothérapie réputée efficace pour traiter les cas index <b>quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.</b></p>

## LE CHANCRE MOU

### Étiologie

- Ulcérations génitales (UG) causées par *Haemophilus ducreyi* ou le chancre mou. *H ducreyi* est un bacille Gram négatif très sensible.

### Épidémiologie

- Le chancre mou est répandu dans certaines régions du monde où la lutte contre les infections transmissibles sexuellement est insuffisante. Les femmes vulnérables (notamment les travailleuses de l'industrie du sexe bénéficiant de peu de soins de santé) ayant de multiples partenaires sexuels malgré des ulcérations génitales, constituent habituellement le réservoir d'infection. Dans cette population, le chancre mou ne peut que rester endémique<sup>1,2</sup>.
- Le tourisme fait parfois réintroduire le chancre mou dans certaines sociétés où cette maladie a été éradiquée. Des groupes de cas peuvent se former autour d'un cas index (comme on l'a décrit au Canada)<sup>1</sup>.
- Le chancre mou est éliminé sans difficulté par des mesures de contrôle visant directement les travailleurs de l'industrie du sexe, le traitement des hommes ayant des ulcérations génitales et le soutien des efforts de lutte contre les ITS.
- Le chancre mou ne se transmet que par les sujets ayant des ulcérations; on n'a signalé aucun réservoir latent de chancre mou transmissible lorsque la maladie n'était pas active.
- Le taux d'attaque suite à des relations sexuelles non protégées est élevé (probablement plus de 50 % chez les femmes ou les hommes exposés); la période d'incubation varie de 5 à 14 jours.
- Dans les régions où le chancre mou est endémique, on compte jusqu'à 10 % des sujets atteints d'une infection concomitante au virus Herpes simplex (VHS). Il arrive qu'une infection à *Treponema pallidum* accompagne l'infection à *Haemophilus ducreyi*.
- Le chancre mou a été reconnu comme une ITS significative au cours des années 1980 quand il est devenu évident qu'il jouait un rôle important dans la transmission du VIH<sup>3</sup>.
  - On observe une augmentation rapide de la prévalence de l'infection au VIH dans les sociétés où le chancre mou est endémique.
  - Le risque de transmission du VIH est de 10 à 50 fois plus élevé après une exposition sexuelle à une personne infectée à la fois par *Haemophilus ducreyi* et le VIH<sup>2,3</sup>. Par conséquent, le chancre mou et *Haemophilus ducreyi* font l'objet d'importants travaux de recherche<sup>4</sup>.
- On peut lutter contre le chancre mou dans la plupart des sociétés, même là où les infrastructures et les ressources sont limitées<sup>2</sup>.
  - Au cours de la dernière décennie, le chancre mou a été éradiqué dans de nombreuses régions du monde où il était endémique, y compris dans la plus grande partie de l'est et du sud de l'Afrique<sup>2</sup>.
  - Sa migration vers d'autres pays où il a déjà été éradiqué est susceptible d'être peu fréquente.

## Prévention

- Les mesures classiques de lutte contre les ITS sont très efficaces, soit : réduction du nombre de partenaires sexuels, promotion et utilisation du condom pour toutes les activités sexuelles à risque élevée et diagnostic précoce dans les pays où le chancre mou est endémique.
- Les travailleuses de l'industrie du sexe ont besoin d'être éduquées afin de reconnaître les ulcérations génitales et devraient avoir accès à des soins médicaux.
- Au cours d'une flambée d'ulcérations génitales, le diagnostic établi d'après des analyses microbiologiques, les efforts accrus de sensibilisation auprès des travailleurs de l'industrie du sexe et de leur clientèle ainsi que le traitement syndromique des ulcérations sont tous des moyens qui ont permis de limiter la dissémination de l'infection à *Haemophilus ducreyi* et de l'éradiquer localement<sup>2</sup>.
- La circoncision réduit la vulnérabilité à l'infection à *Haemophilus ducreyi*; il a été prouvé que le chancre mou ne se dissémine pas dans les populations où tous les hommes sont circoncis.

## Manifestations

- Après l'exposition, une papule apparaît et se transforme rapidement en une ou plusieurs lésions pustuleuses qui, en se brisant, forment des ulcères superficiels, douloureux et purulents sur une base granulomateuse qui saigne facilement.
  - Chez l'homme, les lésions apparaissent sur le prépuce, le sillon balano-préputial et le corps du pénis.
  - Chez la femme, des lésions peuvent apparaître sur une zone étendue des organes génitaux externes, mais rarement dans le vagin ou sur le col utérin.
- L'apparition de multiples ulcérations est fréquente, surtout chez la femme.
- Une adénite inguinale douloureuse apparaît chez 30 % des patients; les ganglions lymphatiques peuvent suppurer, devenir fluctuants et se rompre spontanément.
- Le chancre mou s'apparente à d'autres ulcérations génitales, surtout à celles de la syphilis; toutefois, les lésions causées par le chancre mou sont habituellement douloureuses alors que les ulcérations de la syphilis primaire sont habituellement indolores.
- Le chancre mou reste localisé aux organes génitaux; il ne s'étend que rarement et n'évolue pas en maladie systémique<sup>5</sup>.

## Diagnostic

- Le diagnostic étiologique clinique est souvent erroné; au Canada, les causes des ulcérations devraient être minutieusement recherchées car le chancre mou n'est pas réputé endémique.
  - Autant que possible, les tests devraient comprendre une culture d'*Haemophilus ducreyi* à l'aide d'un milieu de culture ou un milieu de transport spécialisé, selon l'endroit (pour plus de précisions, communiquer avec votre laboratoire régional).
  - Il convient d'écarter les autres causes d'ulcérations génitales en effectuant un examen au microscope à fond noir ou une épreuve par immunofluorescence directe de *Treponema pallidum* pour la syphilis primaire et en faisant une culture pour le VHS.
  - Il n'existe aucun test sérologique fiable permettant de déceler la présence de d'*Haemophilus ducreyi*. La détection par méthode de coloration de Gram de coccobacilles Gram négatif regroupés en « banc de poissons » peut être utile.

- La culture d'*Haemophilus ducreyi* nécessite l'utilisation d'un milieu spécial<sup>4</sup>. Au Kenya, au cours d'études prospectives, l'utilisation soit d'une gélose gonococcique ou une gélose de Mueller-Hinton a facilité la croissance de la plupart des souches. Les prélèvements devraient être effectués à partir de la base des ulcérations et transférés dans un milieu de transport enrichi en thioglycolate et hémine permettant la survie de la bactérie (pendant deux ou trois jours à 4 °C) en attendant que le milieu de culture soit prêt<sup>4</sup>. Idéalement, *Haemophilus ducreyi* devrait se cultiver à une température de 32 °C, dans une atmosphère humide contenant 5 % de dioxyde de carbone.
- Les tests d'amplification des acides nucléiques, y compris la polymérase en chaîne multiplex [ M-PCR ] qui permet de détecter la présence d'*Haemophilus ducreyi*, de *Treponema pallidum* et de VHS, peuvent être utilisés, mais la plupart des laboratoires n'effectuent pas ces analyses.

### Prise en charge

- À l'échelle mondiale, la prise en charge syndromique est utilisée pour le traitement immédiat des ulcérations génitales dès la première consultation avec un professionnel de la santé; cette approche clinique est particulièrement efficace comme mesure de contrôle de la syphilis et du chancre mou. Dans la plupart des sociétés, une enquête des étiologies microbiennes d'UG à intervalles réguliers s'impose pour déterminer lesquelles devront faire l'objet d'une prise en charge syndromique.
- L'enquête épidémiologique et le contrôle des flambées devraient constituer une démarche systématique dans tous les pays où la syphilis et le chancre mou sont présumés éradiqués. On devrait disposer de modes d'intervention rapide afin de réagir immédiatement à l'apparition de ces infections à l'aide de stratégies permettant d'éradiquer à nouveau l'*Haemophilus ducreyi* et le *Treponema pallidum*.
- Dans tous les cas attestés de chancre mou, les patients devraient subir des tests permettant d'écartier la présence d'ITS concomitantes, y compris l'infection au VIH.

### Traitement

- Le traitement syndromique pour le chancre mou consiste en une dose unique de 500 mg, p.o. de ciprofloxacine (le taux de guérison obtenu avec cet agent est supérieur à 90 % [A-I]<sup>6</sup>).
- Un traitement d'une semaine à l'érythromycine, 500 mg, p.o., 3 f.p.j, permet aussi d'obtenir un taux de guérison supérieur à 90 %<sup>6</sup>. Ce traitement est cependant associé à une observance thérapeutique plus faible [A-I].
- Un autre macrolide, l'azithromycine, permet de guérir plus de 90 % des patients lorsqu'elle est prescrite en dose unique de 1 g, p.o. [A-I]<sup>7-9</sup>.
- La ceftriaxone, administrée par voie i.m. en dose de 250 mg, donne de bons résultats, cependant l'échec au traitement est fréquent chez les patients aussi infectés par le VIH [A-I]<sup>7,9,10</sup>.
- Il convient d'évaluer minutieusement les patients avec un échec thérapeutique, en tenant compte de l'étiologie et de la co-existence possible d'autres agents pathogènes. Il faut aspirer ou inciser les bubons pour soulager la douleur et prévenir la rupture spontanée.

### **Déclaration des cas et notification aux partenaires**

- Tous les sujets ayant eu des relations sexuelles avec le cas index au cours des deux semaines précédant la date de l'apparition des premiers symptômes devraient être traités à l'aide d'une quinolone ou d'une antibiothérapie réputée efficace pour traiter les cas index quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.

### **Prise en considération d'autres ITS**

- Lorsqu'on soupçonne la présence du chancre mou chez un patient, on devrait également envisager les ITS suivantes :
  - lymphogranulomatose vénérienne;
  - infection au VHS;
  - syphilis;
  - donovanose (granulome inguinal).
- Ces patients devraient tous subir un test de détection pour la syphilis et un test de dépistage pour le VIH lors de leur première visite et trois mois plus tard. Ils devraient aussi subir un test de dépistage de la gonorrhée.
- Un vaccin contre l'hépatite B devrait être offert aux patients non immunisés.
- On ne devrait pas manquer l'occasion de fournir du counselling sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires.
- Discuter le vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • DCC-2 (2007) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) *Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain.*

### **Suivi**

- Si le traitement recommandé est observé, que les symptômes et les signes ont disparu ET que le sujet n'est pas exposé de nouveau à un partenaire non traité, la reprise systématique des analyses diagnostiques visant à déceler la présence d'*Haemophilus ducreyi* n'est pas indiquée.

## Références

1. HAMMOND, G.W., M. SLUTCHUK, J. SCATLIFF, E. SHERMAN, J.C. WILT et A.R. RONALD. « Epidemiologic, clinical, and laboratory therapeutic features of an urban outbreak of chancroid in North America », *Reviews of Infectious Diseases*, vol. 2, 1980, p. 867-879.
2. STEEN, R. « Eradicating chancroid », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, 2001, p. 818-826.
3. CAMERON, D.W., J.N. SIMONSEN, L.J. D’COSTA et coll. « Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: Risk factors for seroconversion in men », *Lancet*, vol. 2, 1989, p. 403-407.
4. SPINOLA, S.M., M.E. BAUER et R.S. MUNSON Jr. « Immunopathogenesis of *Haemophilus ducreyi* infection (chancroid) », *Infection and Immunity*, vol. 70, 2002, p. 1667-1676.
5. TREES, D.L. et S.A. MORSE. « Chancroid and *Haemophilus ducreyi*: An update », *Clinical Microbiology Reviews*, vol. 8, 1995, p. 357-375.
6. MALONZA, I.M., M.W. TYNDALL, J.O. NDINYA-ACHOLA et coll. « A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of single-dose ciprofloxacin versus erythromycin for the treatment of chancroid in Nairobi, Kenya », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 180, 1999, p. 1886-1893.
7. ROEST, R.W. et W.I. VAN DER MEIJDEN. « European guideline for the management of tropical genito-ulcerative diseases », European Branch of the International Union against Sexually Transmitted Infection and the European Office of the World Health Organization, *International Journal of STD & AIDS*, vol. 12, suppl. 3, 2001, p. S78-83.
8. TYNDALL, M.W., E. AGOKI, F.A. PLUMMER, W. MALISA, J.O. NDINYA-ACHOLA et A.R. RONALD. « Single dose azithromycin for the treatment of chancroid: A randomized comparison with erythromycin », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 21, 1994, p. 231-234.
9. MARTIN, D.H., S.J. SARGENT, G.D. WENDEL Jr, W.M. MCCORMACK, N.A. SPIER et R.B. JOHNSON. « Comparison of azithromycin and ceftriaxone for the treatment of chancroid », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 21, 1995, p. 409-414.
10. TYNDALL, M., M. MALISA, F.A. PLUMMER, J. OMBETTI, J.O. NDINYA-ACHOLA et A.R. RONALD. « Ceftriaxone no longer predictably cures chancroid in Kenya », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 167, 1993, p. 469-471.