

# Ulcération ou érosion des muqueuses orales et/ou génitales

## Orientation diagnostique

**D<sup>r</sup> Emmanuel Mahé, D<sup>r</sup> Christine Longvert, P<sup>r</sup> Philippe Saiag**  
 Service de dermatologie, hôpital Ambroise Paré, 92100 Boulogne-Billancourt  
 emmanuel.mahe@apr.aphp.fr

### Objectifs

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

Les érosions et ulcérations des muqueuses orales et génitales sont des symptômes à l'interface de plusieurs spécialités. Les lésions buccales peuvent être observées par des dermatologues, des dentistes, des stomatologues et des oto-rhino-laryngologistes, alors que les lésions génitales peuvent être rencontrées en dermatologie, gynécologie et urologie. Si ces différents intervenants peuvent être en première ligne pour le diagnostic, ils collaborent aussi dans la prise en charge des patients atteints de ces symptômes.

Les pertes de substance cutanée sont définies comme des érosions ou des ulcérations. L'érosion est une perte de substance superficielle touchant l'épithélium et le derme superficiel. La guérison se fait sans cicatrice. L'ulcération est une perte de substance plus profonde, touchant le derme moyen et profond, l'hypoderme voire les plans plus profonds. Le plus souvent, une cicatrice persiste après la guérison. Au niveau des muqueuses, du fait de la fragilité de celles-ci, de l'œdème et de la surinfection possibles, cette différence n'est pas toujours évidente. Enfin, un ulcère est une affection chronique.

### DONNÉES DE L'EXAMEN

#### Diagnostic positif

Le diagnostic positif d'érosion/ulcération des muqueuses orales ou génitales est posé devant toute perte de substance locale.

#### Diagnostic étiologique

Le diagnostic étiologique s'appuie sur l'interrogatoire et l'examen clinique complet. L'interrogatoire précise : les antécédents personnels et familiaux (maladies génétiques, contagé viral), l'origine

ethnique (maladie de Behçet plus fréquente sur le pourtour méditerranéen), la notion de contagé (épidémies virales, infections sexuellement transmissibles), la prise de médicaments qui peuvent induire des érosions/ulcérations, ou modifier la sémiologie des lésions, l'histoire de la maladie : l'évolution (aiguë, récurrente, chronique) et les signes fonctionnels associés locaux (prurit, douleur) et généraux.

L'examen physique est complet. Il faut examiner la muqueuse atteinte en précisant l'aspect de la lésion (fond, bordure, taille), le nombre de lésions, leur topographie et l'aspect de la muqueuse périlésionnelle. Les autres muqueuses, la peau et les phanères doivent aussi être examinés. Un examen général conclut le bilan.

#### Retentissement

Devant une plaie buccale ou génitale, les conséquences fonctionnelles de la lésion sont évaluées afin d'adapter la prise en charge. Ainsi, des érosions buccales douloureuses peuvent interdire toute prise alimentaire et imposer une nutrition par sonde gastrique. Certaines lésions génitales sont responsables d'une rétention d'urine par la douleur liée à l'ulcération, ou par une atteinte neurologique (zona).

#### Examens paracliniques

Les examens complémentaires sont orientés par les données de l'examen clinique. Au niveau des muqueuses, plusieurs examens peuvent être plus particulièrement pratiqués.

✓ **Le cytodagnostic de Tzanck** (étalement sur lame du fond d'une érosion grattée avec un vaccinostyle) n'a de valeur que positif. Il

oriente vers un diagnostic d'infection à *Herpesviridae* (œdème cellulaire, cellules multinucléées, inclusions intranucléaires) ou un pemphigus (cellules acantholytiques).

✓ **La biopsie de la muqueuse** doit être réalisée en bordure de l'érosion afin de préciser le niveau de cette dernière et de pouvoir observer l'épithélium. Une immunofluorescence est demandée en fonction de l'orientation diagnostique.

✓ **Les examens microbiologiques** doivent être interprétés en fonction de la flore locale. Ainsi, si la détection d'un herpès ou d'un virus de la varicelle et du zona (VZV) est anormale, la détection de *Candida albicans* dans la bouche ou sur les muqueuses génitales est le plus souvent non significative.

✓ **Les autres examens** tels que l'hémogramme, les sérologies virales ou bactériennes, le bilan immunologique sont pratiqués en fonction des orientations diagnostiques.

### Conclusions de l'examen initial

Le raisonnement qui aboutit au diagnostic étiologique est guidé par deux critères principaux : la localisation (buccale, génitale, bifocale) et l'évolution (aiguë, chronique, récurrente). Les érosions ou ulcérations buccales aiguës sont dominées par les aphtes et les infections virales, et les lésions chroniques par les dermatoses inflammatoires (maladies auto-immunes et lichen). Les lésions génitales aiguës doivent toujours faire craindre une infection sexuellement transmissible. Les principales causes d'érosions/ulcérations muqueuses vont être abordées. Les tableaux 1 et 2 rapportent de façon plus exhaustive les causes qui peuvent être à l'origine de ces dernières.

## ÉROSIONS/ULCÉRATIONS BUCCALES

### Érosions/ulcérations buccales aiguës et/ou récidivantes

#### 1. Causes traumatiques ou chimiques

En premier lieu, des causes traumatiques ou caustiques locales doivent être éliminées. L'aspect des contours géographiques ou à angle aigu, leur localisation en regard d'appareils prothétiques est évocateur. Leur évolution est favorable en une à deux semaines après élimination du facteur traumatisant.

La persistance d'ulcérations après avoir éliminé des facteurs locaux doit faire discuter une néoplasie imposant une biopsie, ou un auto-entretien des lésions (pathomimie).

#### 2. Aphtes

Les aphtes sont des érosions rondes ou ovalaires, douloureuses, de petite taille, à fond jaunâtre, cernées d'un liseré inflammatoire. Elles peuvent être uniques ou multiples, le plus souvent buccales, mais leur localisation peut aussi être génitale, voire anale ou bi/trifocale. Elles sont le plus souvent récurrentes et peuvent être induites par des facteurs alimentaires (noix, gruyère, agrumes...). Elles régressent spontanément en une à deux semaines. Des aphtes géants peuvent être observés et se compliquer de cicatrices rétractiles.

Tableau 1 Causes des érosions/ulcérations buccales

CAUSES	REMARQUES
<b>LÉSIONS AIGUËS</b> <b>Causes traumatiques/physiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Traumatismes</li> <li>Brûlures thermiques, électriques</li> <li>Radiodermites</li> </ul>	Appareils dentaires
<b>Aphtes : érosions blanchâtres récurrentes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aphtes vulgaires, aphtoses</li> <li>Maladie de Behçet</li> </ul> <b>Médicaments</b>	Signes associés : uvéite, pseudo-folliculites, arthralgies... ex : nicorandil, sirolimus, anti-EGF
<b>Infections...</b> <b>→ virales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Herpès</li> <li>Virus de la varicelle et du zona</li> <li>Coxsackie</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>VIH</li> <li>Cytomégalo-virus</li> </ul> <b>→ bactériennes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Syphilis</li> </ul> <b>Érythème polymorphe postinfectieux</b>	Primo-infection ou récurrence Varicelle ou zona Syndrome mains, pieds, bouche, Herpangine Primo-infection Chez l'immunodéprimé  Chancre, plaques fauchées Après une infection à virus herpes ou à mycoplasme
<b>Causes médicamenteuses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Syndrome de Steven-Johnson, Lyell</li> <li>Érythème pigmenté fixe</li> <li>Mucites post-chimiothérapie</li> <li>Aphtes</li> <li>Autres</li> </ul> <b>Autres</b> (hémopathies, lupus...)	ex : bléomycine, méthotrexate ex : nicorandil, sirolimus, anti-EGF ex : AINS
<b>LÉSIONS CHRONIQUES</b> <b>Maladies bulleuses auto-immunes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pemphigus vulgaire</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pemphigus paranéoplasique</li> <li>Pemphigoïde cicatricielle</li> <li>Pemphigoïde bulleuse</li> </ul>	Anticorps anti-substance intercellulaire (desmoglécine 3)  anticorps anti-membrane basale (AgBPI, BP2)
<b>Cancers</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lésions précarcinomateuses</li> <li>Carcinome épidermoïde</li> <li>Lymphome</li> </ul>	
<b>Autres</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Carences vitaminiques</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Maladie de Crohn</li> <li>Lichen érosif...</li> </ul>	<b>Glossite de Hunter</b> (carence en vitamine B12, zinc, fer...)

**Tableau 2** Causes des érosions/ulcérations génitales

CAUSES	REMARQUES
<b>LÉSIONS AIGUËS</b>	
<b>Causes traumatiques/physiques</b>	
■ Traumatismes	
■ Érosions post-grattage	
■ Brûlures caustiques	« Obsessionnels » de la toilette
<b>Infections...</b>	
→ <b>virales</b>	
■ Herpès	Primo-infection ou récurrence
■ Virus de la varicelle et du zona	Varicelle ou zona
■ Cytomégalo-virus	Infection de l'immunodéprimé
■ Virus d'Epstein-Barr	Primo-infection : ulcère de Lipschutz
■ VIH	Primo-infection
→ <b>bactériennes</b>	
■ Syphilis	Chancres, syphilides
■ Chancres mou	papulo-érosives
■ Maladie de Nicolas et Favre	
■ Donovanose	
→ <b>parasitaires</b>	
■ Chancres scabieux	
<b>Érythème polymorphe postinfectieux</b>	Post-herpès ou mycoplasme
<b>Causes médicamenteuses</b>	
■ Syndrome de Steven-Johnson, Lyell	
■ Erythème pigmenté fixe	
■ Ulcérations toxiques	Ex : foscarnet
<b>Aphtes</b>	
■ Aphoses	
■ Maladie de Behçet	
<b>LÉSIONS CHRONIQUES</b>	
<b>Maladies bulleuses auto-immunes</b>	
■ Pemphigus vulgaire	
■ Pemphigoïde bulleuse	
<b>Cancers</b>	
■ Lésions précarcinomeuses	
■ Carcinome épidermoïde	
■ <b>Maladie de Paget extramammaire</b>	
■ Lymphome	
<b>Autres</b>	
■ Donovanose	
■ Lichen érosif	
■ Maladie de Crohn...	



**Figure 1** Aphte lingual (maladie de Behçet).

Les aphtes sont le plus souvent idiopathiques. Des formes familiales sont possibles. Récemment, des médicaments inducteurs ont été identifiés : nicorandil, sirolimus, inhibiteurs de l'*epidermal growth factor* (EGF). Enfin, une atteinte bipolaire (buccale et génitale) doit faire rechercher des arguments pour une maladie de Behçet (fig. 1 ; tableau 3).

### 3. Herpès

De façon systématique, devant des érosions ou des ulcérations de la muqueuse buccale, le diagnostic d'herpès doit être évoqué et éliminé par un prélèvement virologique. En effet, l'infection herpétique peut être responsable de plusieurs types d'infections :

**Tableau 3** Critères diagnostiques de la maladie de Behçet\*

<b>Ulcérations buccales récidivantes</b>
■ Aphtose ayant récidivé au moins 3 fois en 12 mois
<b>Plus : au moins 2 des critères suivants :</b>
■ Ulcérations génitales récidivantes
■ Lésions oculaires : uvéites antérieure ou postérieure, hyalite, ou vascularite rétinienne
■ Lésions cutanées : érythème noueux, pseudo-folliculite ou papulopustules, ou nodules acnéiformes en dehors de l'adolescence
■ Test de pathergie cutané négatif
<b>Critères mineurs (évocateurs, mais non retenus comme critères de classification)</b>
■ Phlébite superficielle ou profonde
■ Épididymite
■ Occlusion artérielle ou anévrisme artériel
■ Atteinte du système nerveux central
■ Arthralgie, arthrite
■ Antécédent familial de maladie de Behçet
■ Atteinte gastro-intestinale
<b>Autres petits arguments</b>
■ HLA B5
■ Origine ethnique : pourtour méditerranéen

\* Critères de l'« International Study Group for Behçet's Disease », 1989.

- lésions aiguës lors de la primo-infection ou de la récurrence ;
- surinfections d'autres dermatoses : l'herpès surinfecte fréquemment les mucites post-chimiothérapie, source d'accentuation de la douleur, de fièvre, ou de retard à la cicatrisation ;
- une ulcération chronique peut révéler une infection herpétique chronique chez l'immunodéprimé.

La primo-infection et la récurrence débutent par un prurit localisé, puis apparaissent les vésicules en bouquets et, enfin, les érosions polycycliques (érosions punctiformes regroupées en bouquets). Les lésions peuvent être croûteuses, ou s'ulcérer en cas de surinfection bactérienne. La primo-infection est douloureuse, plus étendue que la récurrence, accompagnée d'adénopathies satellites. Elle peut être fébrile. De façon typique, elle donne une gingivo-stomatite érosive aiguë.

La récurrence est moins symptomatique et plus fugace. Des facteurs déclenchants sont le plus souvent identifiés (soleil, menstruations, stress...). Ces récurrences siègent préférentiellement sur la semi-muqueuse (vermillon) ou le versant cutané des lèvres, mais beaucoup plus rarement sur la muqueuse.

#### 4. Virus de la varicelle et du zona

Des érosions palatines punctiformes, post-vésiculeuses sont fréquemment rencontrées lors d'une varicelle. Elles s'accompagnent des signes habituels de la maladie : éruption vésiculeuse disséminée avec vésicules ombiliquées dans un contexte épidémique.

Lors des réactivations du VZV, le zona peut être accompagné d'une atteinte endobuccale lors de zones des paires crâniennes. La sémiologie est voisine de la récurrence herpétique : bouquets vésiculeux rapidement érosifs mais les lésions sont plus étendues et systématisées. Un zona du V2 (nerf maxillaire) peut entraîner des lésions de la gencive supérieure et du palais. Une atteinte du V3 (nerf mandibulaire) de la joue, de la gencive inférieure et du dos du bord libre de la langue en avant du V lingual ; les atteintes du V s'accompagnent d'une atteinte cutanée. Une atteinte du VII

(nerf facial) touche la pointe et les bords de la langue en plus de la localisation au conduit auditif externe. Elle peut s'accompagner d'une paralysie faciale. Enfin, une atteinte du IX (nerf glosso-pharyngien) peut donner des érosions de la muqueuse du pharynx buccal.

#### 5. Autres virus

Les infections à coxsackies touchent préférentiellement les enfants.

Le syndrome mains, pieds, bouche est secondaire à une infection par le virus coxsackie A16. Cette éruption survient dans un contexte épidémique. L'incubation est courte, 3-5 jours. L'enfant est en bon état général. L'éruption débute sur la partie antérieure du palais par un érythème sur lequel se développent des vésicules, vite rompues. Les vésicules cutanées, sur base érythémateuse, se développent sur les extrémités après 2-3 jours et disparaissent en moins d'une semaine.

L'herpangine (coxsackies A et B) peut se révéler par des érosions post-vésiculeuses de la partie postérieure de la cavité buccale. L'enfant est fébrile, il a du mal à manger. Le diagnostic est clinique. Une sérologie peut être utile dans les cas douteux.

Lors de la primo-infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des érosions ou ulcérations linguales ou palatines peuvent s'observer. Elles s'accompagnent d'autres symptômes à l'examen clinique : contagion, érythème morbilliforme, syndrome grippal. Une sérologie confirme le diagnostic.

#### 6. Érythème polymorphe postinfectieux

L'atteinte cutanée à type de cocardes des extrémités est souvent prédominante. Une atteinte muqueuse avec décollement labial, voire atteinte buccale extensive, peut s'y associer voire prédominer (fig. 2). Les autres muqueuses peuvent aussi être touchées. La douleur engendrée par l'atteinte buccale peut être responsable d'une dysphagie majeure imposant l'hospitalisation pour une hydratation et une éventuelle nutrition par sonde gastrique.

### QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

**Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Ulcérations ou érosions des muqueuses orales et/ou génitales : orientation diagnostique ».**

Cet item est une question transversale par excellence parfois un peu « catalogue ». Des pathologies immunologiques, infectieuses, idiopathiques, iatrogéniques doivent être évoquées.

#### Cas clinique

**Un homme de 40 ans consulte pour l'apparition d'érosions buccales douloureuses récidivantes. Il s'agit du troisième épisode en 2 ans.**

L'examen montre une érosion complète des deux lèvres associée à une atteinte hyperalgique de presque toute la muqueuse buccale. Le patient se plaint par ailleurs d'un picotement oculaire.

Le reste de l'examen révèle, sur les deux avant-bras, des lésions arrondies, bulleuses en leur centre, et un œdème érosif douloureux du gland.

1 Quelles sont la principale hypothèse diagnostique et la cause la plus probable ?

2 Quelles sont les complications immédiates à redouter ?

**Le patient se présente 6 mois après avec des lésions érosives labiales punctiformes regroupées en bouquets.**

3 Quelle est votre hypothèse diagnostique, quelle thérapeutique peut-on proposer et pourquoi ?

**Vous suspectez devant la chronicité secondaire des lésions une dermatose bulleuse auto-immune.**

4 Quelles sont les 2 principales hypothèses diagnostiques et comment les étayer ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro

Les principales étiologies de l'érythème polymorphe post-infectieux sont l'infection à *Mycoplasma pneumoniae* chez l'enfant et à herpès virus chez l'adulte. Ces infections doivent être recherchées afin d'être prises en charge : traitement systématique d'une pneumopathie à mycoplasme et possible traitement préventif de l'herpès en cas de récurrences de l'érythème polymorphe.

## 7. Toxidermies

Les premiers symptômes d'une nécrolyse épidermique toxique (syndromes de Steven-Johnson et de Lyell) peuvent être une atteinte muqueuse endobuccale. En quelques jours, le tableau se complète avec des lésions cutanées et des érosions des autres muqueuses.

## 8. Autres

Toute érosion peut se surinfecter donnant un aspect plus creusant, à pourtour inflammatoire, retardant la cicatrisation. Chez la personne immunodéprimée, ces infections sont responsables d'ulcérations extensives. Enfin, les érosions ou ulcérations liées à des infections sexuellement transmissibles peuvent aussi être à localisation buccale.

Le lupus érythémateux peut être responsable d'érosions à prédominance palatine à la phase aiguë.

## Érosions/ulcérations buccales chroniques

### 1. Dermatoses bulleuses auto-immunes

Une stomatite ou une gingivite chronique peuvent être les premiers signes d'une dermatose bulleuse auto-immune. En premier lieu, un pemphigus vulgaire doit être évoqué. Il peut, dans un premier temps, être localisé à la muqueuse buccale. Le cytodagnostic, la recherche d'anticorps anti-substance intercellulaire et l'histologie avec immunofluorescence directe (positivité des espaces inter-kératinocytaires) confirment le diagnostic.



**Figure 2** Érythème polymorphe post-infection à mycoplasme (association de cocardes cutanées typiques et d'érosions muqueuses).

## POINTS FORTS

### à retenir

- Les érosions buccales sont dominées par les aphtes, les érosions génitales par l'herpès.
- Une surinfection (bactéries, herpès) peut modifier l'aspect sémiologique des lésions.
- Devant une ulcération génitale, il faut toujours évoquer la possibilité d'une infection sexuellement transmissible.
- Devant des érosions chroniques, doit être évoquée une dermatose bulleuse auto-immune en cas de lésions extensives.
- Devant une ulcération chronique sur base indurée, un cancer doit être éliminé par une biopsie.

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p. 688)

### 2. Cancers

Une ulcération sur base indurée, chronique, indolore doit faire évoquer un cancer de la muqueuse buccale et conduit à une biopsie cutanée. Ces cancers se développent volontiers sur un terrain prédisposant : tabagisme, alcoolisme, ou sur des lésions pré-existantes : leucoplasie, lichen.

### 3. Lichen érosif

Les érosions surviennent sur un réseau blanchâtre. Les lésions prédominent sur la muqueuse jugale, mais elles peuvent aussi toucher la langue (fig. 3) et les lèvres. L'association à une infection par le VHC est possible.

## ÉROSIONS/ULCÉRATIONS GÉNITALES

### Aiguës et récidivantes

#### 1. Causes mécaniques et caustiques

Le prurit induit par certaines dermatoses telles que le lichen scléreux ou l'eczéma peuvent induire des érosions muqueuses. La lésion élémentaire sera alors modifiée. Un traitement symptomatique du prurit permet une meilleure analyse de la pathologie primitive.

Un excès d'hygiène (toilette répétée avec des antiseptiques ou des produits détergents) des organes génitaux peut induire des érosions ou des ulcérations. L'interrogatoire permet le diagnostic.

#### 2. Herpès

L'incubation de la primo-infection herpétique est d'environ une semaine. Le bouquet de vésicules laisse place à des érosions douloureuses, polycycliques, sur base inflammatoire. Un œdème important, notamment chez la femme, peut se développer et s'accompagner de leucorrhées ou, chez l'homme, d'un syndrome urétral. Cette primo-infection peut être fébrile et accompagnée de signes généraux.

Q 343



Les récurrences, toujours au même site, sont moins symptomatiques. Les érosions sont peu douloureuses, polycycliques et succèdent à la phase vésiculeuse. Elles peuvent être totalement asymptomatiques.

### 3. Autres infections à *Herpesviridae*

Lors de la varicelle, des érosions punctiformes génitales peuvent s'observer. Un zona sacré induit des lésions unilatérales. Par une atteinte neurologique, il peut être responsable de rétentions aiguës d'urine.

La mononucléose infectieuse (primo-infection à EBV) peut s'accompagner d'ulcérations génitales (« ulcères de Lipschütz »).

Enfin, des ulcérations génitales aiguës peuvent être induites par le cytomégalovirus (CMV) chez le patient immunodéprimé.

### 4. Syphilis

Le chancre syphilitique (syphilis primaire) apparaît en moyenne 3 semaines après le contact contaminant. Il n'est typique que dans la moitié des cas. La lésion débute par une macule rouge bien limitée. Après quelques jours se développe le chancre typique : érosion unique, ronde, d'environ 1 cm de diamètre, indolore, à fond propre rosé et induré. Ses contours sont réguliers. Il cicatrise spontanément en 3 à 6 semaines. Il peut être accompagné d'adénopathies unilatérales, indolores, multiples avec un plus gros ganglion (le « préfet de l'aine »). Sa localisation est préférentiellement génitale, mais il peut être observé au niveau de la bouche ou de l'anus. À la phase secondaire, peuvent être observées des syphilides buccales (plaques fauchées) accompagnant des syphilides papulo-érosives génitales. Ces deux types de lésions sont très contagieux.

Le diagnostic est confirmé par la sérologie (*treponema pallidum haemagglutination assay* [TPHA], *venereal diseases research laboratory* [VDRL]) et/ou la mise en évidence du tréponème au microscope à fond noir.

### 5. Autres infections sexuellement transmissibles

✓ **Le chancre mou** (infection à *Haemophilus ducreyi*) a une incubation courte, de moins d'une semaine. L'érosion est inflammatoire, non indurée, douloureuse, cernée d'un liseré fibrino-purulent érythémateux. Une adénopathie douloureuse est souvent contingente.

✓ **La maladie de Nicolas-Favre** (infection à *Chlamydia trachomatis*, sérotypes L1, L2 et L3) peut débiter par un petit chancre d'inoculation fugace. Elle s'associe à des adénopathies qui se ramollissent et fistulisent par plusieurs pertuis (« en pomme d'arrosoir »). Elle est exceptionnelle en Europe.

✓ **La donovanose** (infection à *Calymmatobacterium granulomatis*) donne une ulcération non douloureuse, non indurée, à surface granulomateuse. Il n'y a pas de tendance à la guérison spontanée et la lésion peut persister plusieurs mois ou années. Elle est unique ou multiple, le plus souvent sans adénopathie satellite. L'ulcération touche surtout la verge ou la vulve, mais elle peut se développer à distance (plis inguinaux, périnée). Elle est aussi très rare en Europe.



Figure 3 Lichen érosif buccal.

## Érosions/ulcérations génitales chroniques

Les érosions et ulcérations génitales chroniques sont plus rares. Sur terrain immunodéprimé, les infections à HSV et CMV peuvent se présenter sous la forme d'ulcérations chroniques. Une lésion infiltrée, ulcérée, chronique doit orienter vers une néoplasie et impose une biopsie.

Les dermatoses bulleuses auto-immunes se localisent rarement aux muqueuses génitales. Le pemphigus vulgaire peut se développer sur les organes génitaux, soit de façon isolée initialement, soit de façon concomitante à une atteinte buccale et cutanée. La pemphigoïde cicatricielle peut induire des érosions du sillon balano-préputial responsables de synéchies.

## ÉROSIONS/ULCÉRATIONS BIFOCALES

Les lésions bifocales aiguës orientent vers une aphtose, un érythème polymorphe postinfectieux ou une nécrolyse épidermique toxique. Des lésions bifocales chroniques sont évocatrices d'une dermatose inflammatoire chronique : dermatose bulleuse auto-immune, maladie de Crohn.

## ÉROSIONS/ULCÉRATIONS RÉCURRENTES

Les érosions ou les ulcérations récurrentes orales ou génitales peuvent être dues à plusieurs causes. Ces récurrences sont des arguments de valeur pour ces dernières. Il s'agit principalement des aphtes et de l'herpès. Les récurrences rapprochées d'aphtes buccaux, sévères ou bifocales, font rechercher les arguments pour une maladie de Behçet. Les récurrences rapprochées (> 6 par an pour l'herpès labial) et invalidantes de l'herpès buccal ou génital font discuter un traitement préventif. Un érythème polymorphe postinfectieux récurrent est évocateur d'une origine herpétique. Un traitement préventif des récurrences herpétiques peut alors réduire la fréquence de ces érythèmes polymorphes.

## CONCLUSION

Les causes des érosions et des ulcérations des muqueuses orales et génitales sont voisines. L'orientation diagnostique se repose sur un examen clinique rigoureux. Dans tous les cas, une infection (infection sexuellement transmissible au niveau génital) ou une origine médicamenteuse devront être évoquées, même si les aphtes sont les causes les plus fréquentes d'érosions au niveau buccal et l'herpès au niveau génital. ■