

L'atteinte du pénis, une localisation rare du *pyoderma gangrenosum* : à propos d'un cas chez un patient immunodéprimé par le VIH en Côte d'Ivoire.

E. Ecra, K.C. Ahogo, A. Sangaré, M. Kaloga, K. Kassi, K. Kouamé, D.E Kacou, I.P. Gbery, Y.P. Yoboué & J.M. Kanga

Service de dermatologie, Centre hospitalier universitaire de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire. Tél. : (225) 05 03 87 22 / 02 00 13 03 ; e-mail : ahogocelleste@yahoo.fr

Courte note n° 3253. "Clinique". Reçue le 31 mars 2008. Acceptée le 9 septembre 2008.

Summary: An uncommon localization of *pyoderma gangrenosum* on the penis of an HIV infected patient in Côte d'Ivoire.

Pyoderma gangrenosum is an uncommon chronic ulcerative dermatosis with unknown aetiology and with a pathology which is still obscure. In 15-45% of cases, it is related to intestinal chronic inflammatory disease (MICI), to a systemic disease that it can sometimes reveals or to an immunodeficiency. This disease starts whether with a pustule, a bubble or a nodule which leads during its evolution to a superficial ulceration with clear edges. Its diagnosis is easy and is mainly clinical. It is a disease which is localized preferably in lower limbs. Treatment is mainly based on oral route corticotherapy. We report a case of gangrenosum pyoderma localized on the penis in a 43-year-old HIV infected patient. It is an uncommon localization, misleading and delicate. We have treated successfully this patient by oral corticotherapy combined with local antiseptic treatments for 6 months.

**gangrenosum pyoderma
genital ulceration
HIV
Côte d'Ivoire
Sub Saharan Africa**

**pyoderma gangrenosum
ulcération génitale
VIH
Côte d'Ivoire
Afrique intertropicale**

Introduction

Le *pyoderma gangrenosum* est une dermatose neutrophilique ulcérate chronique. Il est souvent associé à une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) dans 15-45 % des cas (6) ou à une autre maladie générale qu'il peut révéler (7, 13). Son association avec une immunodépression notamment par le VIH, est aujourd'hui d'actualité (5). Cette affection débute par une pustule, une bulle ou un nodule aboutissant à la phase d'état à une ulcération superficielle à bords nets, limités par un bourrelet comme « tracé au compas » et creusé de clapiers pustuleux. Son diagnostic est souvent d'élimination et tardif. Il repose essentiellement sur la clinique, mais, dans les cas douteux, l'examen histologique des berges de l'ulcération est d'une contribution importante (9, 11).

C'est une pathologie peu fréquente, siégeant préférentiellement aux membres inférieurs. Sa localisation génitale est rare, trompeuse, car simulant une infection sexuellement transmissible ulcérate. Son traitement est essentiellement basé sur la corticothérapie générale (10).

Nous rapportons un cas de *pyoderma gangrenosum* singularisé par sa localisation à la verge chez un patient immunodéprimé par le VIH, posant ainsi un problème de diagnostic et de prise en charge thérapeutique d'un syndrome d'ulcération génitale sur un terrain d'immunodépression.

Observation

Monsieur K.S., 43 ans, pêcheur, connu comme séropositif au VIH-1 et sous traitement antirétroviral depuis 2 ans, est référé en avril 2006 au service de dermato-vénérologie du centre hospitalier et universitaire de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire) pour une ulcération de la verge évoluant depuis plus d'une année.

La maladie a débuté par un prurit localisé à la verge, suivi deux jours plus tard d'une lésion vésiculeuse. Cette vésicule s'est rompue, laissant place à une ulcération superficielle qui s'est étendue progressivement aux deux tiers distaux de la verge. Cette ulcération était purulente, mais sans adénopathie inguinale, ni fièvre, ni altération de l'état général.

Au cours de son itinéraire thérapeutique de 12 mois avant son admission en dermatologie, le patient a reçu de la pénicilline retard (une seule injection de 2,4 millions UI), de la ceftriaxone (6 g en intraveineuse) et un traitement antiherpétique à base de valacyclovir (1 g par jour pendant deux semaines, puis 500 mg par jour pendant un mois).

Face à l'aggravation des signes marquée par un syndrome infectieux, malgré les divers traitements administrés, le patient est adressé au centre de dermatologie.

À l'admission, l'examen général a révélé surtout une fièvre à 38,5 °C. L'examen locorégional a noté une ulcération superficielle des deux tiers distaux de la verge débordant sur le gland, saignant légèrement, à fond granulomateux, à bords non décollés, à limites nettes (photo 1). Des adénopathies inguinales bilatérales étaient sensibles à la palpation.

Le reste de l'examen clinique était normal, en dehors de quelques séquelles pigmentaires de prurigo aux membres.

Devant ce tableau clinique, nous avons discuté dans un premier temps le diagnostic d'un herpès chronique ou d'un carcinome épidermoïde de la verge. Nous avons par ailleurs évoqué les diagnostics d'ecthyma gangréneux, d'amibiase cutanée et d'ulcère de Buruli.

La biologie a permis de trouver un taux de CD4 à 124/mm³, une hyperleucocytose à 16500/mm³ à prédominance neutrophilique et une surinfection de l'ulcération par *Pseudomonas aeruginosa* sensible aux fluoroquinolones. L'ofloxacine administrée au malade à la dose journalière de 400 mg pendant deux semaines a entraîné une apyrexie, mais n'a eu aucune influence sur la lésion et sur l'hyperleucocytose qui est restée à la valeur initiale.

Photos 1, 2, 3 & 4.

Pyoderma gangrenosum avant traitement (photo 1), après 1 mois (photo 2), après 3 mois (photo 3) et après 6 mois de traitement (photo 4).
Pyoderma gangrenosum before treatment (photo 1), after 1-month (photo 2), after 3-month (photo 3) and after 6-month treatment (photo 4).



Ainsi, devant cette ulcération superficielle à bords très nets résistant aux antiviraux et aux antibiotiques et devant la persistance de l'hyperleucocytose à prédominance neutrophilique, le diagnostic de *pyoderma gangrenosum* a été secondairement évoqué. Il a été confirmé par l'examen histologique d'un échantillon biopsique prélevé au niveau des berges de l'ulcération qui a mis en évidence des abcès stériles avec infiltration dermique massive à polynucléaires neutrophiles.

Des explorations digestives et rhumatologiques (colonoscopie, facteurs rhumatoïdes) à la recherche d'une pathologie associée se sont avérées négatives. La seule tare associée chez notre patient était l'infection à VIH.

Nous avons institué une corticothérapie orale à base de prednisonne à la dose initiale de 1 mg/kg/jour pendant deux mois, puis une dégression progressive par paliers de 10 mg toutes les deux semaines jusqu'à une dose seuil de 20 mg/jour. Localement, les pansements se faisaient au Corticotulle® et aux antiseptiques.

Après 2 mois d'évolution, nous avons obtenu une détersion complète de l'ulcération (photo 2) et à 4 mois un début d'épidermisation (photo 3). La cicatrisation était quasi-complète à 7 mois de traitement (photo 4).

Commentaires

Le *pyoderma gangrenosum* est une maladie rare. Son incidence est estimée dans les pays occidentaux à 2 nouveaux cas par million d'habitants et par an (6). Cette incidence est encore méconnue en Afrique.

Il peut survenir à tout âge, surtout entre 30 et 60 ans (14). Sa pathogénie demeure encore obscure, mais son diagnostic clinique est basé sur les caractères de l'ulcération qu'il engendre. Il siège avec prédilection au niveau des membres inférieurs dans la région pré-tibiale et au mollet (8). Cependant, il peut

aussi siéger à n'importe quel endroit du revêtement cutané. Ainsi, ont été décrites les localisations au niveau du thorax, de l'abdomen, du visage (9) et des organes génitaux externes (12) comme dans le cas présent.

Le *pyoderma gangrenosum* de siège génital est rare. Il est trompeur car il peut simuler une infection sexuellement transmissible ulcérate (3, 4). C'est le cas de notre malade qui a reçu différents traitements contre la syphilis, le chancre mou et l'herpès chronique. Ainsi, quelle que soit la localisation, il faut y penser devant toute ulcération chronique génitale résistante aux divers traitements classiques. Des pathologies tropicales évoquées comme l'ecthyma gangréneux, l'amibiase cutanée et l'ulcère de Buruli ont été éliminées sur le caractère superficiel et les bords bien limités de l'ulcération.

Le diagnostic clinique de cette forme génitale étant difficile, la numération-formule sanguine est d'un apport déterminant. Elle met en évidence une hyperleucocytose à polynucléose neutrophile constante, donnant ainsi une orientation diagnostique qui sera confirmée par l'examen histologique d'une pièce biopsique. Pour notre patient, c'est l'ensemble de ces arguments évolutifs et biologiques qui nous a permis de redresser le diagnostic après plus d'une année de traitements infructueux.

Le *pyoderma gangrenosum* est souvent associé à une pathologie générale comme la maladie de Behcet, les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) et la polyarthrite rhumatoïde (PAR). Leur recherche s'étant avérée négative, il faut tenir compte de l'infection à VIH dont souffre le patient depuis 5 ans. En effet, le sida fait partie des pathologies chroniques généralement associées à cette dermatose neutrophilique ulcérate (1, 2).

La localisation à la verge du *pyoderma gangrenosum* est grave par la difficulté de son traitement et par son retentissement sur la qualité de vie du malade (10).

Conclusion

Ce cas clinique révèle le caractère ubiquitaire du *pyoderma gangrenosum*.

Il faut savoir y penser devant toute ulcération génitale chez un patient immunodéprimé par le VIH.

Références bibliographiques

1. AVILES J, SUAREL R – Metastatic Crohn's disease mimicking genital *pyoderma gangrenosum* in an HIV patient. *Acta Derm Venereol*, 2005, 85, 60-62.
2. CLARK H, COHEN P – *Pyoderma gangrenosum* in an HIV-infected patient. *J Am Acad Dermatol*, 1995, 32, 912-914.
3. FARRELL A, BLACK M, BRACKA A & BUNKER C – *Pyoderma gangrenosum* of the penis. *Br J Dermatol*, 1998, 138, 337-340.
4. GUNGOR E, KARAKAYALI G, ALLI N, ARTUZ F & LENK N – Penile *pyoderma gangrenosum*. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 1999, 12, 59-62.
5. HAIM S & FRIEDMAN-BIRNBAUM R – *Pyoderma gangrenosum* in immunosuppressed patients. *Dermatologica*, 1996, 153, 44-48.
6. KRISCHER J & SAURAT JH – *Pyoderma gangrenosum*. In: SAURAT JH, GROSSHANS E, LAUGIER P, LACHAPPELLE JM, LIPSKER D et al. (Eds), *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. Masson, Paris, 2004, pp. 559-560.
7. LIVIDEANU C, LIPSKER D, PAUL C & JUILLARD J – *Pyoderma gangrenosum* as initial manifestation of Graves' disease. *Clin Exp Dermatol*, 2006, 31, 659-661.
8. MAG C, JONES G & MACKAY G – *Pyoderma gangrenosum*: a great marauder. *Ann Plast Surg*, 2002, 48, 546-552.
9. MLIKA R, RIAHUI I, FENNICHE S – *Pyoderma gangrenosum*: a report of 21 cases. *Int J Dermatol*, 2002, 41, 65-68.
10. REICHRATH J, BENS G, BONAWITZ A & TILGEN W – Treatment recommendations for *pyoderma gangrenosum*: an evidence-based review of the literature based on more than 350 patients. *J Am Acad Dermatol*, 2005, 53, 273-283.
11. RIAHI I, MOKNI M, HAOUET S, CHERIF F, EL EUCH D et al. – *Pyoderma gangrenosum* : à propos de 15 observations. *Ann Med Interne*, 2001, 152, 3-9.
12. ROE E, DALMAU J, GARCIA-NAVARRO X, CORELLA F, MONFORT D et al. – A case of vulvar *pyoderma gangrenosum* associated with collagenous colitis. *Dermatology*, 2006, 213, 234-235.
13. SAMS HH, KIRIPOSKY MG, BOYD AS & KING LE Jr – A Crohn's disease of the penis masquerading as *pyoderma gangrenosum*: a case report and review of the literature. *Cutis*, 2003, 72, 432-437.
14. WATERWORTH AS & HORGAN K – *Pyoderma gangrenosum*: an unusual differential diagnosis for acute infection. *Breast*, 2004, 13, 250-253.