Le dossier – Urgences dermatologiques

Les urgences en dermatologie génitale

RÉSUMÉ : Les urgences en pathologie génitale féminine et masculine sont principalement liées à une infection bactérienne ou virale, parfois sexuellement transmissible, souvent douloureuse, dont la prise en charge diagnostique et thérapeutique est du ressort du dermatologue.
Plus rarement, celui-ci devra savoir évoquer une urgence non dermatologique et adresser la patiente en gynécologie (bartholinite) ou le patient en urologie (paraphimosis, gangrène périnéale de Fournier).

J.-N. DAUENDORFFER[1], S. LY[2]
[1] Hôpital Saint-Louis, PARIS.
[2] Hôpital Saint-André, CHU de BORDEAUX.

Les urgences en pathologie génitale masculine

1. Érysipèle pénoscrotal [1]

L'érysipèle se caractérise par un œdème aigu inflammatoire du pénis et/ou du scrotum, parfois douloureux (***fig. 1***). Un phimosis d'installation aiguë est possible en cas d'œdème important affectant le prépuce des hommes non circoncis. Des signes régionaux (adénopathies inguinales) ou généraux (fièvre) doivent être recherchés.

Parallèlement aux facteurs de risque généraux partagés avec l'érysipèle de jambe (diabète, immunosuppression, alcoolisme), des facteurs locaux spécifiques à la localisation génitale ont été décrits : dermatose génitale, rasage pubien, chirurgie, traumatisme, injection intra-caverneuse, prothèse pénienne, lymphœdème chronique pénoscrotal. Des cas survenant après un rapport sexuel vaginal ou oral, sans notion de traumatisme identifié ni facteur de risque, ont été rapportés.

Fig. 1 : Érysipèle du pénis.

Le traitement repose sur une antibiothérapie active sur les germes habituellement responsables, à savoir les streptocoques bêta-hémolytiques : amoxicilline 3 à 4,5 g/j *per os* (en cas d'allergie aux pénicillines : pristinamycine ou clindamycine). En cas d'érysipèle survenant au décours d'un rapport sexuel, le traitement antibiotique reposera sur l'association amoxicilline/acide clavulanique active non seulement sur les bactéries habituelles de l'érysipèle génital (streptocoques bêta-hémolytiques), mais aussi sur les bactéries Gram-négatives et les bactéries anaérobies.

2. Gangrène de Fournier [1]

La gangrène de Fournier est une infection sévère engageant le pronostic vital, consistant en une dermohypodermite bactérienne nécrosante génitale, périnéale et périanale. Elle constitue une

Le dossier – Urgences dermatologiques

urgence médico-chirurgicale dont le pronostic est corrélé à la rapidité de sa prise en charge. Elle survient quasiment exclusivement chez les sujets masculins, le plus souvent immunodéprimés, à partir d'une porte d'entrée colorectale ou génito-urinaire. La phase de nécrose est précédée d'une phase fugace comportant un érythème ou un œdème du scrotum et/ou du pénis, associé à des signes généraux (fièvre inconstante, hypothermie, frissons, irritabilité, lombalgies). Le diagnostic différentiel entre érysipèle du pénis et gangrène périnéale de Fournier se pose lors de la phase précoce prénécrotique de la gangrène de Fournier.

3. Herpès génital [2]

La primo-infection à HSV1 ou à HSV2 s'observe après contact sexuel, le plus souvent chez l'adolescent et l'adulte jeune (***fig. 2***) Lorsqu'elle est symptomatique, elle survient en moyenne 1 semaine après la contamination. Elle constitue une urgence diagnostique et thérapeutique en raison de son caractère potentiellement hyperalgique. Elle est cependant moins fréquente chez l'homme que chez la femme et moins sévère (pouvant être confondue avec une récurrence herpétique). Des manifestations extra-génitales ont été exceptionnellement rapportées : pharyngite, hépatite, méningite, encéphalite, myélite, syndrome de Guillain-Barré, la dissémination cutanée ou viscérale étant exceptionnelle chez les patients immunocompétents.

Fig. 2 : Primo-infection herpétique.

Le diagnostic biologique est recommandé afin de confirmer une suspicion clinique et d'éliminer une autre cause d'ulcération génitale (chancre syphilitique notamment). Il repose habituellement sur la recherche d'HSV 1 et 2 par culture virale ou PCR. La sérologie est moins utile en routine (elle est négative initialement en cas de primo-infection). Le traitement de la primo-infection génitale repose sur le valaciclovir (1 g/j *per os* pendant 10 jours), mais ne prévient pas la survenue ultérieure des récurrences.

4. Infections uro-génitales basses [2]

>>> L'urétrite est une inflammation de l'urètre, le plus souvent infectieuse et sexuellement transmissible. Les trois bactéries le plus souvent impliquées sont : *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Mycoplasma genitalium*. Elle se manifeste par un écoulement purulent, séreux ou hémorragique, un prurit canalaire, des brûlures mictionnelles. Le traitement repose sur une antibiothérapie probabiliste : ceftriaxone (500 mg IM dose unique) d'une part et doxycycline (200 mg/j *per os* pendant 7 jours) ou azithromycine (1 g *per os* dose unique) d'autre part. Il doit être débuté après avoir réalisé les prélèvements microbiologiques, sans attendre les résultats.

>>> L'orchiépididymite se traduit par une douleur testiculaire et épididymaire fébrile, majorée à la palpation, parfois associée à un érythème du scrotum. Elle doit être différenciée d'une torsion du cordon spermatique. Les principales bactéries responsables sont *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*, compliquant une urétrite non traitée symptomatique ou asymptomatique, et les entérobactéries dont *Escherichia coli* (suite à une infection urinaire). Le traitement repose sur l'ofloxacine (200 mg *per os* 3 fois/j pendant 10 jours) chez le sujet âgé ou sur l'association ceftriaxone (500 mg IM dose unique) et doxycycline (200 mg/j *per os* pendant 10 jours) chez le sujet jeune.

Fig. 3 : Érythème pigmenté fixe.

5. Érythème pigmenté fixe [3]

La localisation génitale de l'érythème pigmenté fixe est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Les médicaments le plus souvent responsables sont l'amoxicilline, le paracétamol, la carbocystéine et les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Une prise en charge en urgence est nécessaire, notamment en cas de forme ulcérée possiblement hyperalgique, afin d'évoquer le diagnostic (interrogatoire sur les prises médicamenteuses), d'éliminer les autres causes d'ulcérations génitales et d'interrompre rapidement la prise du médicament responsable (***fig. 3***).

6. Rupture du frein

Une rupture per-coïtale d'un frein court (*phrenulum breve*) peut être douloureuse, voire hémorragique (***fig. 4***). Le traitement repose sur une antisepsie locale (en prévention d'un érysipèle du pénis, la rupture du frein pouvant consti-

Fig. 4 : Rupture du frein du prépuce.

tuer une porte d'entrée bactérienne) et une cicatrisation dirigée. On pourra proposer à distance une plastie du frein chirurgicale ou au laser CO_2 afin d'éviter les érections douloureuses, dyspareunies et ruptures itératives [4].

7. Urgences urologiques

Le dermatologue doit savoir évoquer certaines urgences urologiques afin de permettre une prise en charge rapide par l'urologue.

>>> Le paraphimosis correspond à un œdème non inflammatoire du prépuce, rétracté en position sous-glandulaire, rendant impossible le recalottage et source d'étranglement (***fig. 5***). Il doit être pris en charge en urgence principalement du fait de son caractère douloureux et du risque d'obstruction urinaire et de nécrose du gland. Le traitement repose sur une réduction manuelle, voire une intervention chirurgicale (incision longitudinale du prépuce ou posthectomie).

Il doit être distingué de deux autres causes d'œdème aigu non inflammatoire du pénis, pouvant survenir dans les heures suivant une activité sexuelle répétée ou prolongée [5]. L'œdème vénérien du pénis se traduit par un œdème non inflammatoire, blanc et indolore, d'intensité modérée, sans signes infectieux régionaux ou systémiques et régressant spontanément en quelques heures. La lymphangite sclérosante consiste en une lésion sous-cutanée d'installation aiguë, ferme à la palpation, le plus souvent indolore, située sous le sillon balanopréputial.

Fig. 5 : Paraphimosis.

>>> La torsion de cordon spermatique, communément appelée "torsion de testicule", entraîne une interruption de la vascularisation du testicule, à l'origine d'une nécrose testiculaire rapide. Elle se traduit par une douleur scrotale importante unilatérale d'installation brutale, un testicule surélevé œdématié, un épididyme souple et une apyrexie. L'intervention chirurgicale doit intervenir dans un délai maximum de 6 heures.

>>> Le priapisme est défini par une érection involontaire prolongée douloureuse en l'absence de désir sexuel, par atteinte des corps caverneux (le gland, correspondant au corps spongieux, restant flasque), dans sa forme classique dite priapisme à bas débit ou veineux ou ischémique. Les principales causes sont la drépanocytose, les syndromes myéloprolifératifs, les cancers de la région pelvienne, la prise de toxiques (cocaïne) ou de médicaments (injections intracaverneuses de prostaglandines, antihypertenseurs, neuroleptiques, anticoagulants). Le risque, pour le priapisme à bas débit, est d'observer une lésion définitive des corps caverneux (ischémie puis fibrose), et donc d'impuissance, en l'absence de prise en charge dans un délai de 4 heures. Le traitement repose sur la ponction des corps caverneux, l'injection de sympathomimétique alpha1 adrénergique, voire la chirurgie.

>>> La rupture des corps caverneux (ou "fracture du pénis") correspond à un volumineux hématome en rapport avec un traumatisme survenant le plus souvent sur un pénis en érection au cours d'un rapport sexuel ("faux pas du coït"). Le traitement chirurgical consiste en l'évacuation de l'hématome, la réparation du corps caverneux lésé et la pose d'un cathéter sus-pubien en cas de lésion associée de l'urètre

Les urgences en pathologie génitale féminine

La douleur est le principal symptôme qui motive les demandes de consultations urgentes en pathologie génitale féminine. Elle peut être liée à des lésions érosives ou ulcérées, ou encore à des lésions collectées ou abcédées. L'intensité douloureuse rend parfois l'examen vulvaire difficile, et ce d'autant qu'un œdème vulvaire, quelquefois majeur (***fig. 6***), est présent et masque les lésions. Les étiologies infectieuses, virales ou bactériennes, sont les plus communes.

Fig. 6 : Œdème vulvaire majeur (coll. Pr Marie-Sylvie Doutre).

1. Urgences génitales féminines liées à des lésions érosives ou ulcérées

- ***Primo-infection herpétique*** [6]

La **primo-infection herpétique** (PIH) est définie comme le premier contact infectant muqueux ou cutané, symptomatique ou non, avec HSV1 ou HSV2. Si la PIH génitale est classiquement liée à HSV2, HSV1 est actuellement isolé dans près de 50 à 60 % des PIH génitales féminines. La PIH génitale, plus symptomatique chez la femme que chez l'homme, survient en moyenne 7 jours après le contact infectant. Elle se présente comme une vulvo-vaginite aiguë d'apparition brutale, hyperalgique dans

Le dossier – Urgences dermatologiques

Fig. 7 : Primo-infection herpétique.

un contexte fébrile et de malaise général. L'éruption vésiculeuse, associée à un œdème vulvaire, est éphémère et elle laisse rapidement place à de multiples érosions siégeant principalement sur la muqueuse (vestibule) et la demi-muqueuse (petites lèvres et face interne des grandes lèvres) (***fig. 7***) avec une extension possible au versant cutanéo-pileux des grandes lèvres, au pubis, à la région périanale ainsi qu'à la face interne des cuisses. L'extension au vagin et au col est fréquente mais elle ne peut être objectivée car l'examen gynécologique est le plus souvent impossible. La présence d'adénopathies inguinales sensibles est constante. La douleur et l'œdème peuvent être responsables d'une rétention urinaire. La cicatrisation des lésions prend entre 2 et 3 semaines.

Les formes graves, extensives et/ou avec atteinte viscérale sont fonction du terrain (immunodépression, atopie, dermatose acantholytique, grossesse et nouveau-né). Le diagnostic sera confirmé par la culture virale, méthode virologique de référence, ou par PCR sur un écouvillonnage local des vésicules et/ou des érosions. Le diagnostic sérologique d'une PIH (séroconversion entre un sérum précoce et tardif) n'a pas d'intérêt. Un

- Sérologie HIV 1 et 2, antigénémie P24.
- Sérologie syphilitique.
- Auto-prélèvement vaginal chlamydiae/gonocoque.
- Sérologie hépatite B.

Tableau I : Bilan d'infection sexuellement transmissible.

"bilan" d'infection sexuellement transmissible sera bien sûr réalisé (***tableau I***).

Le traitement repose sur le valaciclovir *per os* (500 mg, 2 fois/j pendant 10 jours) associé à la prise en charge de la douleur et aux petits moyens (uriner dans de l'eau tiède, par exemple, permet d'atténuer le caractère particulièrement pénible de la miction).

Une éruption vésiculeuse et érosive, à prédominance cutanée et de topographie unilatérale, fera évoquer un **zona** (***fig. 8***).

Fig. 8 : Zona.

• *Ulcère aigu de la vulve*

Le tableau caractéristique d'ulcère aigu de la vulve (ulcère de Lipschütz, *ulcus vulvae acutum*) (UAV) est celui d'une adolescente ou d'une jeune fille, d'âge moyen 17 ans, vierge le plus souvent

Fig. 9 : Ulcération aiguë de la vulve (coll. Dr F. Corgibet).

(80 % des cas), consultant dans un contexte pseudo-grippal (asthénie, myalgies, céphalées, fièvre, pharyngite ou angine parfois) pour une lésion vulvaire hyperalgique [7, 8]. L'examen vulvaire met en évidence un œdème majeur d'une ou des deux grandes lèvres ainsi qu'une ou plusieurs ulcérations nécrotiques, extrêmement douloureuses, plus ou moins profondes, dont les bords surélevés sont nets et le fond jaunâtre, grisâtre ou noirâtre, escarotique (***fig. 9***). Le siège et la taille des lésions sont variables, deux ulcères se faisant face étant qualifiés de "*kissing ulcers*". La cicatrisation requiert environ 2 à 3 semaines.

Une infection à virus d'Epstein-Barr (EBV) est mise en évidence dans 30 % des cas. Si l'EBV a été détecté au sein des ulcères vulvaires par immunohistochimie et hybridation *in situ*, les mécanismes physiopathologiques responsables des lésions et le mode d'atteinte de la muqueuse vulvaire ne sont pas élucidés [8]. De nombreux autres agents pathogènes, viraux, bactériens ou parasitaires, à rechercher selon le contexte, ont été associés à des UAV parmi lesquels le cytomégalovirus (CMV), *Toxoplasma gondii*, *Mycoplasma pneumoniae* et le virus ourlien [8]. Les IST responsables d'ulcération doivent

- Prélèvement viral HSV (culture ou PCR).
- NFS, plaquettes-CRP-transaminases.
- Sérologies HIV 1 et 2, antigénémie P24.
- Sérologies EBV, CMV, syphilis, toxoplasmose ou autre selon les symptômes.

Tableau II : Examens complémentaires à demander devant une UAV (d'après Chanal *et al.* [8]) HSV : herpès simplex virus ; NFS : numération formule sanguine ; CMV : cytomégalovirus.

systématiquement être éliminées, quel que soit l'âge de la patiente : chancre syphilitique, herpès et primo-infection HIV. Enfin, un hémogramme éliminera une leucémie aiguë, en particulier de type myéloblastique 4 et 5, cause rare mais connue d'UAV (***tableau II***).

Dans la majorité des cas d'UAV cependant, aucune étiologie ne peut être mise en évidence [8]. Le traitement, symptomatique, sera essentiellement à visée antalgique (gel de lidocaïne, antalgiques *per os*).

Le diagnostic d'UAV repose sur des critères cliniques, une évolution aiguë et surtout l'absence de récidive. Dans le cas contraire, le diagnostic d'UAV devra être reconsidéré. Un herpès génital, une aphtose génitale (***fig. 10***), une maladie de Behçet et une maladie de Crohn sont les principaux diagnostics à discuter.

Fig. 10 : Aphte génital.

- ***Érythème polymorphe majeur, syndrome de Stevens-Johnson et nécrolyse épidermique toxique***

Au cours de l'érythème polymorphe majeur, du syndrome de Stevens-Johnson et de la nécrolyse épidermique toxique, il existe quasi constamment une atteinte muqueuse se manifestant par de vastes érosions polycycliques vulvaires douloureuses, recouvertes d'un enduit jaunâtre fibrino-leucocytaire. Le diagnostic repose sur le contexte et l'association aux autres signes cutanéo-muqueux et généraux.

2. Urgences génitales féminines liées à des lésions collectées ou abcédées

- ***Pseudo-kyste clitoridien inflammatoire***

Au cours du lichen scléreux vulvaire, l'encapuchonnement clitoridien lié à l'accolement du prépuce du clitoris peut être responsable d'un "pseudo-kyste" par rétention de smegma, habituellement asymptomatique et ne nécessitant pas de traitement. Toutefois, ce pseudo-kyste peut présenter des poussées inflammatoires responsables de douleurs intenses, insomniantes comme chez cette patiente (***fig. 11***). Il nécessite alors une incision et un drainage en urgence, puis une "posthectomie" à froid [9].

Fig. 11 : Poussée inflammatoire d'un pseudo-kyste clitoridien au cours du lichen scléreux.

- ***Bartholinite***

Les glandes de Bartholin (GB), ou glandes vestibulaires majeures, sont 2 glandes paires exocrines situées à la partie postérieure du vestibule. Elles sont constituées d'une portion glandulaire et d'un canal excréteur dont l'orifice se situe à 4 h et 8 h du vestibule vaginal, au sein du sillon nympho-hyménéal. Elles participent à la lubrification vaginale chez la femme non ménopausée [10, 11].

La bartholinite aiguë est une inflammation aiguë de la GB ou de son canal excréteur dilaté. L'abcès de la GB, 3 fois plus fréquent que le kyste du canal excréteur, peut survenir sur un kyste préexistant ou *de novo*. Il est responsable d'une douleur lancinante et, à l'examen clinique, d'une tuméfaction vulvopérinéale unilatérale inflammatoire avec déformation périnéale postérolatérale (***fig. 12***). La palpation de cette masse fluctuante déclenche une douleur élective. Le diagnostic est clinique. L'infection se fait par voie ascendante et le prélèvement bactériologique met en évidence des germes principalement d'origine digestive (entérocoques, *Escherichia coli*), plus rarement d'origine vaginale, sexuellement transmis (*Chlamydia*, gonocoques, mycoplasmes) ou enfin une flore polymicrobienne [10, 11].

Fig. 12 : Bartholinite aiguë (coll. Dr Sophie Berville).

Le dossier – Urgences dermatologiques

Le traitement, chirurgical, consiste à inciser et drainer l'abcès, sous couvert d'une antibiothérapie adaptée. La complication majeure est la récidive nécessitant l'exérèse du kyste du canal et de la GB [12].

- ***Maladie de Verneuil***

Les nodules inflammatoires et les abcès de l'hidrosadénite suppurée peuvent siéger sur le pubis, les grandes lèvres et les fesses (***fig. 13***). La douleur intense qui caractérise les poussées peut conduire les patientes à consulter en urgence.

Fig. 13 : Nodule inflammatoire et cicatrices de l'hidrosadénite suppurée.

3. Vulvovaginite streptococcique

Outre les pathologies précédemment décrites, la vulvovaginite streptococcique peut aussi constituer un motif de consultation urgent. En effet, si elle reste l'apanage de la fillette prépubère, il faut savoir évoquer cette infection chez une femme adulte, ménopausée, présentant un érythème ano-vulvaire intense, douloureux et ayant la particularité d'être suintant (***fig. 14***). Une extension de l'érythème à la région périanale est fréquente. Une endométrite et une septicémie sont des complications possibles, suspectées en cas de fièvre et de douleurs

Fig. 14 : Vulvovaginite streptococcique.

abdomino-pelviennes [13]. Le prélèvement bactériologique, positif à streptocoque β hémolytique du groupe A (SBA) confirme le diagnostic.

Une antibiothérapie adaptée (amoxicilline) sera prescrite sur une durée de 2 à 3 semaines. La recherche d'une protéinurie sera effectuée à distance de l'épisode infectieux. De transmission manuportée et liée à un antécédent personnel ou de l'entourage familial d'infection cutanée ou respiratoire à SBA, la vulvovaginite pourrait être favorisée par l'atrophie muqueuse post-ménopausique, le post-partum et l'endométriose. Des récidives sont possibles, devant conduire à rechercher un portage asymptomatique chez le partenaire [13].

BIBLIOGRAPHIE

1. Dauendorffer JN, Mongiat Artus P, Janier M *et al.* L'érysipèle péno-scrotal. *Ann Dermatol Venereol*, 2018;145;548-551.
2. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles. Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie, 2016.
3. Brahimi N, Routier E, Raison-Peyron N *et al.* A three-year-analysis of fixed drug eruptions in hospital settings in France. *Eur J Dermatol*, 2010;20:461-464.
4. Duarte AF, Correia O. Laser CO_2 frenuloplasty: a safe alternative treatment for short phrenulum. *J Cosmet Laser Ther*, 2009;11:151-153.
5. Dauendorffer JN, Janier M, Cavelier-Balloy B *et al.* Lymphangite sclérosante du pénis. *Ann Dermatol Venereol*, 2015;142:145-148.
6. Collège des Enseignants en Dermatologie de France (CEDEF). Infection à herpès virus du sujet immunocompétent. *Ann Dermatol Venereol*, 2015;142S:S122-S134.
7. Delgado-García S, Palacios-Marqués A, Martínez-Escoriza *et al.* Acute genital ulcers. *BMJ Case Rep*, 2014. doi:10.1136/bcr-2013-202504
8. Chanal J, Carlotti A, Laude H *et al.* Lipschütz genital ulceration associated with mumps. *Dermatology*, 2010;221:292-295.
9. Ly S, Moyal-Barracco M. Lichen scléreux. *Thérapeutique Dermatologique*, 2016.
10. Lee Min Y, Dalpiaz A, Schwamb R *et al.* Clinical Pathology of Bartholin's Glands. *Curr Urol*, 2014;8:22-25.
11. Descamps P, Racine-Thibaud AC, Eglin G *et al.* Conduite à tenir devant une bartholinite. CNGOF 31es journées nationales Extrait des mises à jour en gynécologie médicale. Volume 2007:15-26.
12. Rouzier R, Dubernard G. Glande de Bartholin : quand et comment faut-il opérer ? *La lettre du gynécologue*, 2002;276:16-17.
13. Verkaeren E, Epelboin L, Epelboin S *et al.* Recurrent *Streptococcus pyogenes* genital infection in a woman: test and treat the partner! *Int J Infect Dis*, 2014;29:37-39.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.