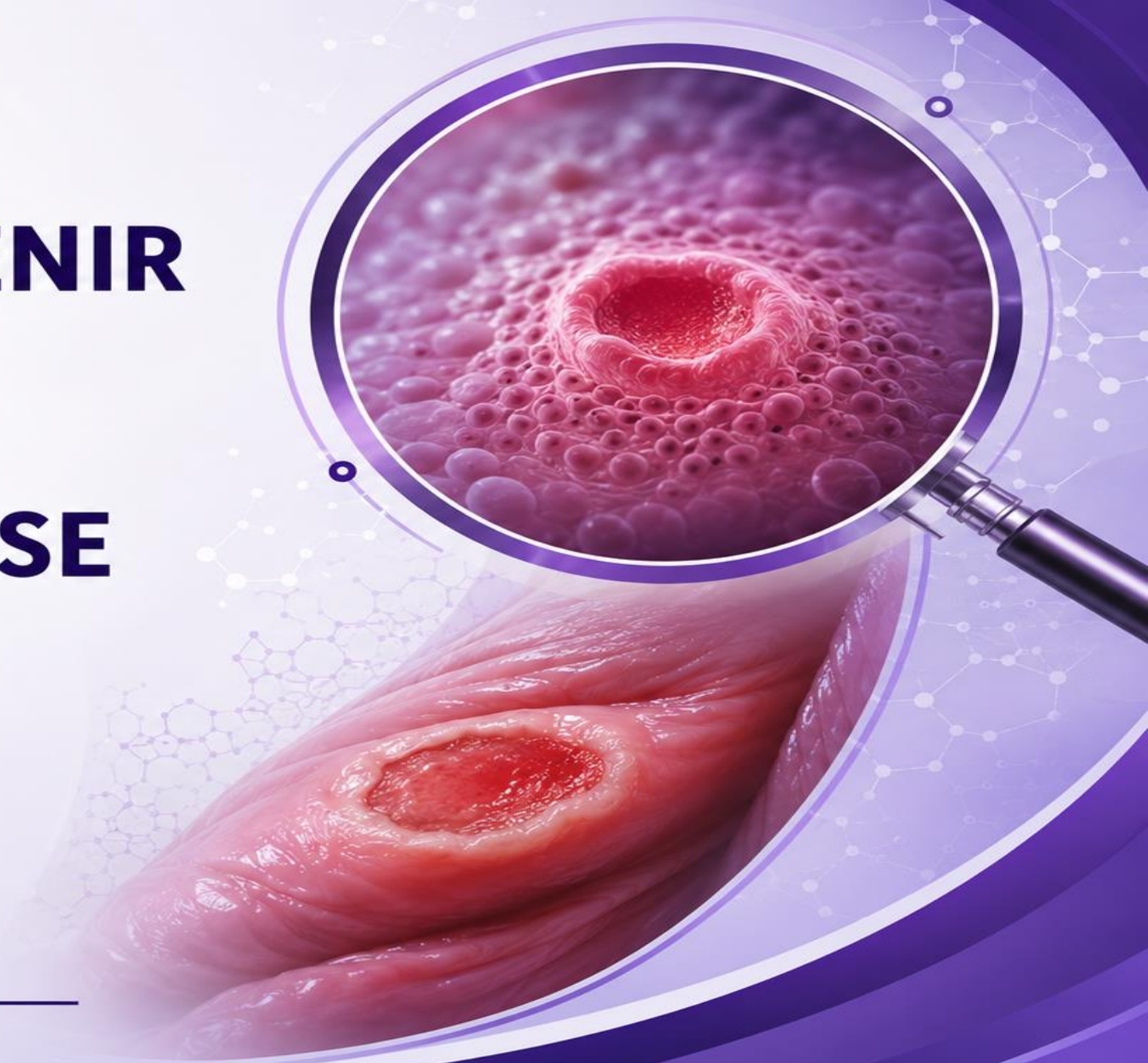


CONDUITE À TENIR DEVANT UNE **ULCÉRATION** DE LA MUQUEUSE GÉNITALE



—— Pr Ahmed Bouhamidi ——





Objectifs pédagogiques

1



Définir une ulcération
de la muqueuse génitale

2



Orienter le diagnostic étiologique
devant une ulcération génitale

3



Diagnostiquer un chancre
syphilitique

4



Diagnostiquer un chancre mou

5



Reconnaître les autres causes
infectieuses et non infectieuses

6



Prescrire les examens
complémentaires appropriés

7



Planifier le traitement adapté
selon l'étiologie

8



Organiser le dépistage et le
traitement des partenaires

9



Prévenir les infections
sexuellement transmissibles



MESSAGE CLÉ

Neuf compétences cliniques concrètes, mobilisables dès la garde ou la consultation.



Définition et importance clinique



Ulcération génitale : perte de substance cutanéomuqueuse atteignant le derme, siégeant sur les organes génitaux externes, le pubis, la région périnéale ou anale, avec ou sans adénopathie satellite.



- ▶ **À distinguer** de l'érosion (perte de substance superficielle, épidermique, sans cicatrice)



- ▶ **Motif fréquent** de consultation en dermatologie, médecine générale, gynécologie et centres de dépistage IST

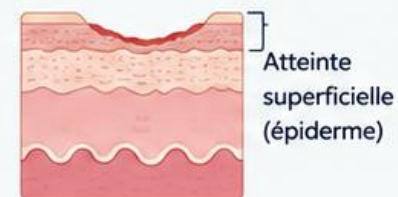


- ▶ **Marqueur d'exposition sexuelle à risque** : facteur majeur de transmission et d'acquisition du VIH



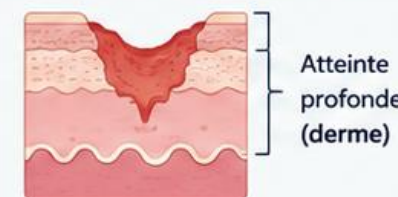
- ▶ **Urgence diagnostique** : la syphilis reste la première cause à éliminer systématiquement

ÉROSION



Atteinte superficielle (épiderme)

ULCÉRATION



Atteinte profonde (derme)



MESSAGE CLÉ

Toute ulcération génitale doit être considérée comme une IST jusqu'à preuve du contraire.

Épidémiologie et impact en santé publique



374 M

nouvelles IST curables/an
dans le monde
(*chlamydia*, *gonorrhée*, *sypilis*,
trichomonase) — OMS



8 M

nouveaux cas de syphilis
chez l'adulte estimés
chaque année dans le monde —
OMS



x2-5

risque relatif d'acquisition du VIH
en présence d'une
ulcération génitale



recrudescence de la syphilis
observée dans la plupart des
régions OMS depuis 2015



Étiologies dominantes selon le contexte : herpès génital et syphilis dans les pays à ressources élevées ; chancre mou, LGV et donovanose persistant dans certaines zones d'endémie (Afrique subsaharienne, Caraïbes, Asie du Sud, Océanie)



Au Maroc et en Afrique du Nord : prédominance de la syphilis et de l'herpès génital ; chancre mou devenu rare mais non exceptionnel



Toute ulcération génitale impose la recherche systématique d'une co-infection VIH et d'autres IST



■ Zones d'endémie : Afrique subsaharienne, Caraïbes, Asie du Sud, Océanie



MESSAGE CLÉ

L'épidémiologie locale doit toujours guider l'ordre des hypothèses diagnostiques.



Anatomie génitale masculine et muqueuses à risque



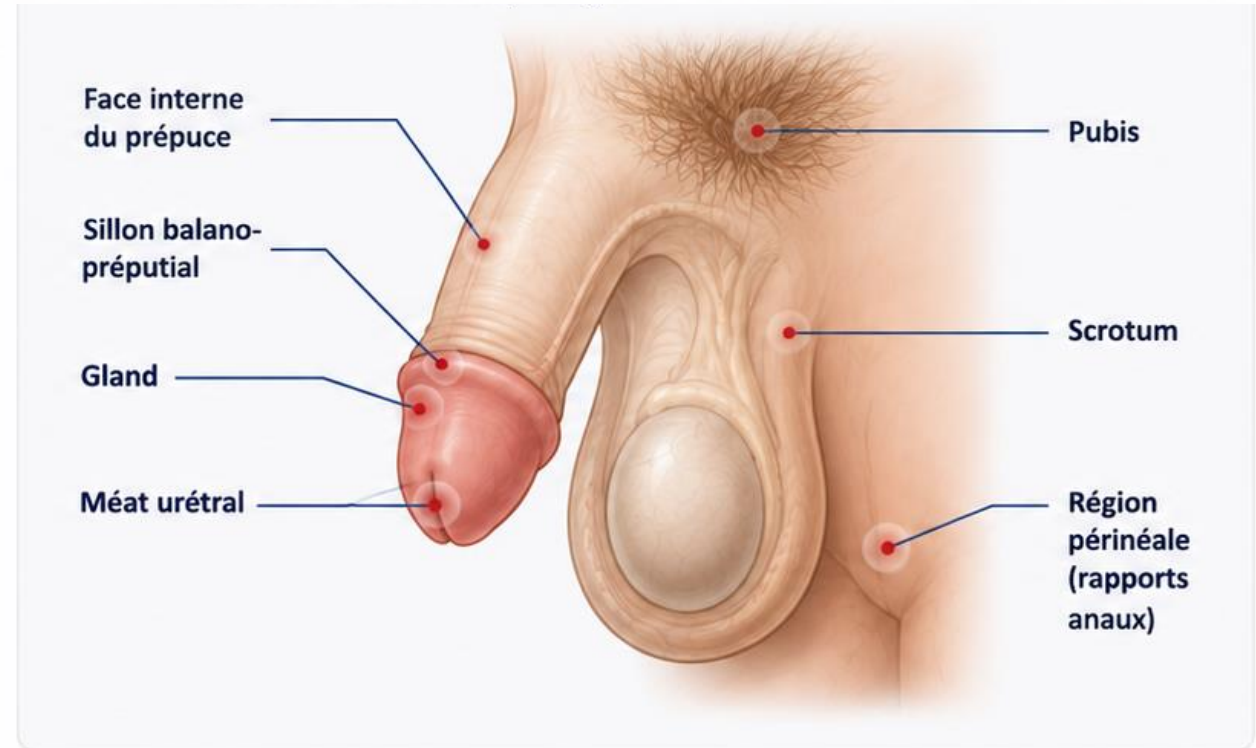
SITES D'INOCULATION PRIVILÉGIÉS

- 1 | Sillon balano-préputial et gland (zone la plus fréquente)
- 2 | Face interne du prépuce, fourreau de la verge
- 3 | Méat urétral (source d'écoulement associé possible)
- 4 | Scrotum, pubis, région périnéale (rapports anaux)



MUQUEUSE GÉNITALE MASCULINE

- Épithélium malpighien non kératinisé du gland et du prépuce interne — plus perméable aux agents infectieux que la peau kératinisée du fourreau.



MESSAGE CLÉ

80 % des chancres masculins siègent au niveau du sillon balano-préputial et du gland.



Anatomie génitale féminine et drainage ganglionnaire



SITES D'INOCULATION PRIVILÉGIÉS

- Grandes et petites lèvres, fourchette vulvaire, clitoris
- Vestibule, parois vaginales, exocol
(souvent asymptomatique — lésion non vue)

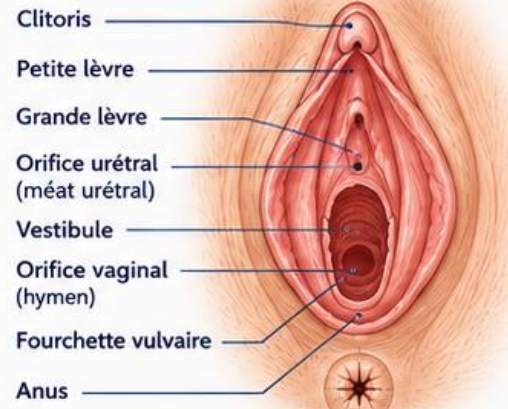


DRAINAGE LYMPHATIQUE

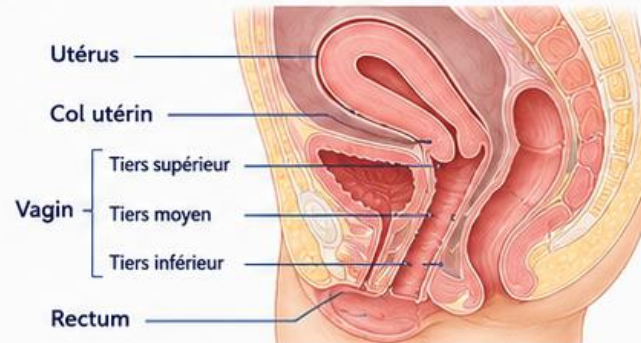
- Vulve, verge, scrotum, anus
→ ganglions inguinaux superficiels puis profonds
- Tiers supérieur du vagin, col utérin, rectum haut
→ ganglions iliaques internes (pelviens profonds, non palpables)

ANATOMIE GÉNITALE FÉMININE

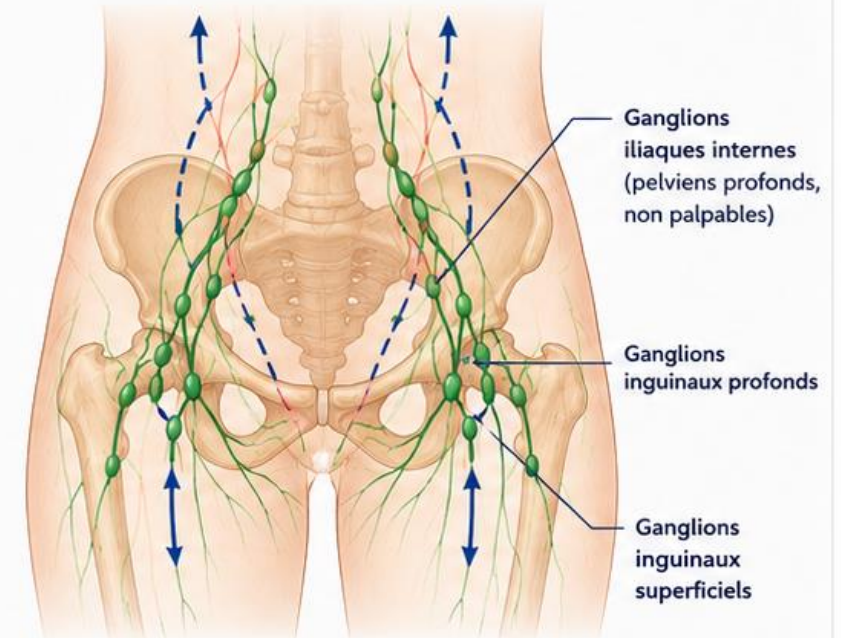
VUE EXTERNE (VULVE)



VUE INTERNE – COUPE SAGITTALE



DRAINAGE LYMPHATIQUE



- Drainage des organes génitaux externes (vulve, clitoris, 1/3 inférieur du vagin)
- > Drainage des organes génitaux internes (1/3 supérieur du vagin, col utérin, rectum haut)



MESSAGE CLÉ

Une ulcération du col ou du haut vagin draine vers le pelvis : l'adénopathie inguinale peut manquer.



Sémiologie d'orientation devant une ulcération génitale

Critère	 Oriente vers syphilis	 Oriente vers chancre mou	 Oriente vers herpès
 Nombre	Unique	Souvent multiple	Multiple, groupées
 Douleur	Indolore	Très douloureux	Douloureux, prurigineux
 Bords	Nets, réguliers	Décollés, irréguliers	Polycycliques, émiectés
 Consistance	Indurée (cartonnée)	Molle	Molle
 Fond	Propre, rosé	Purulent, sale	Érythémateux, vésiculeux
 Adénopathie	Ferme, indolore, non inflammatoire	Douloureuse, uni-latérale, peut fistuliser	Douloureuse, bilatérale
 Fièvre / AEG	Absente	Rare	Fréquente (primo-infection)

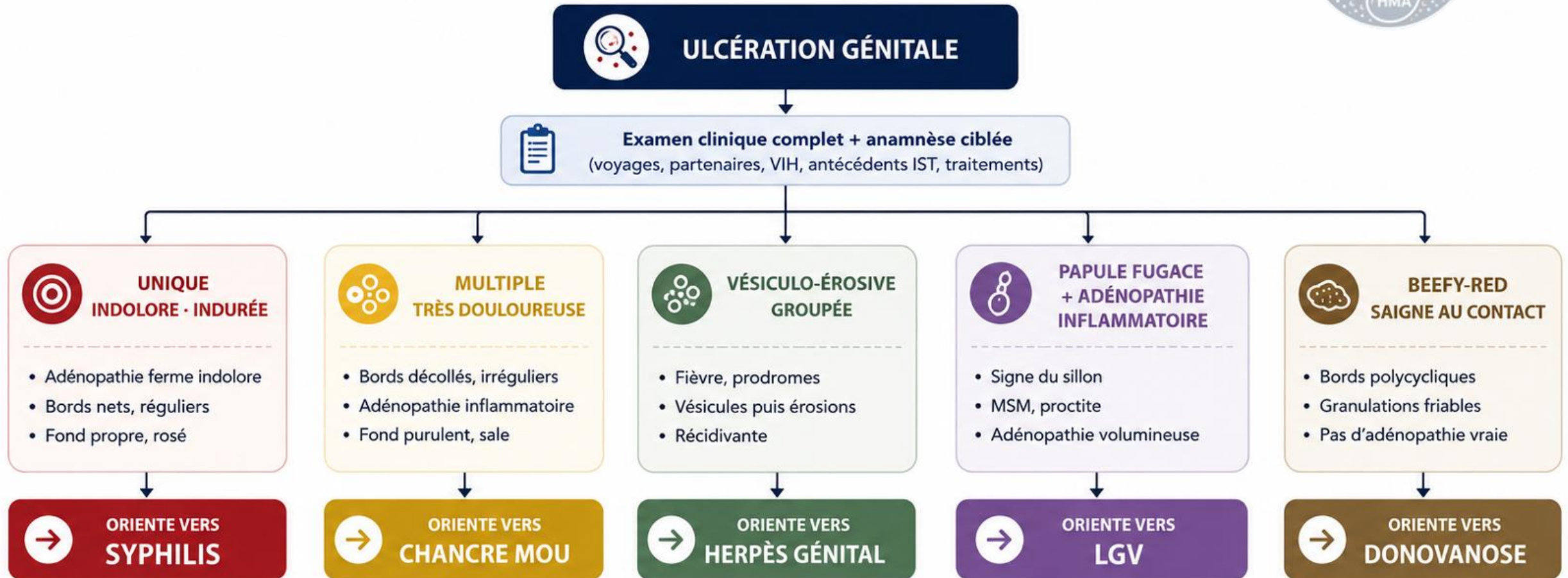


MESSAGE CLÉ

Aucun signe n'est pathognomonique isolément : c'est la **combinaison** qui oriente.



Algorithme diagnostique décisionnel



Quelle que soit l'orientation clinique : sérologie syphilitique + PCR HSV + PCR *C. trachomatis*/*N. gonorrhoeae* systématiques, et sérologie VIH proposée à chaque patient.



Treponema pallidum : agent et physiopathologie



AGENT

- *Treponema pallidum*, spirochète mobile non cultivable *in vitro*



TRANSMISSION

- Contact direct muqueux/cutané avec une lésion infectante (chancres, plaques muqueuses) lors d'un rapport sexuel non protégé (général, anal, oral)



INCUBATION

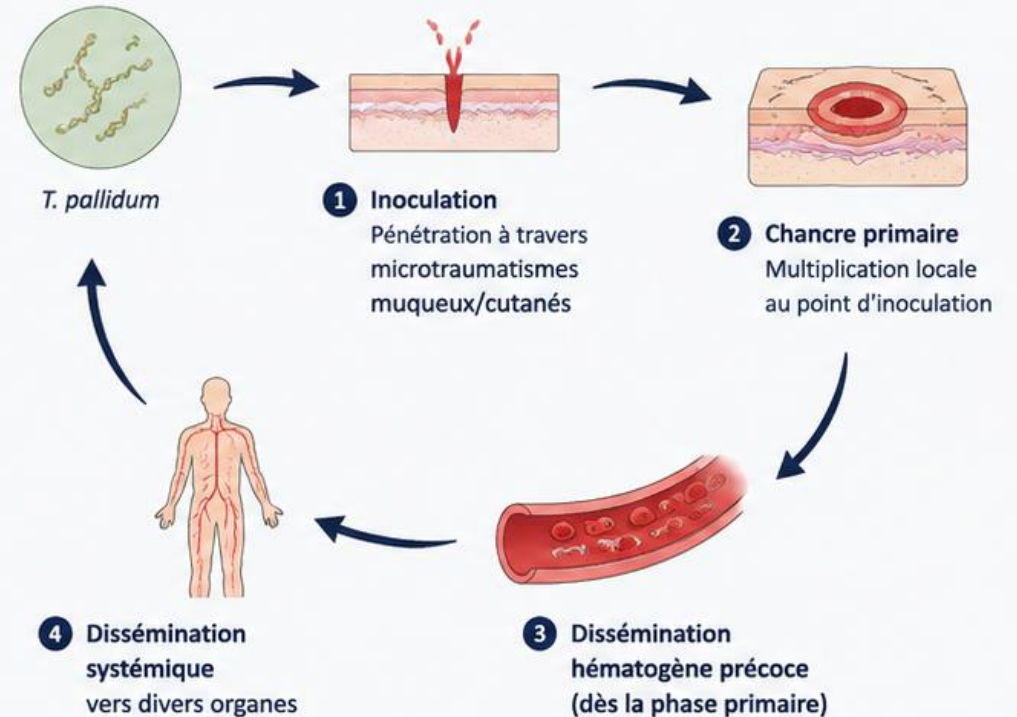
- 10 à 90 jours (moyenne 21 jours) entre le contact infectant et l'apparition du chancre



PHYSIOPATHOLOGIE

- Pénétration à la faveur de microtraumatismes muqueux
→ multiplication locale → chancre au point d'inoculation
→ dissémination hématogène précoce (dès la phase primaire)

SCHÉMA PHYSIOPATHOLOGIQUE



MESSAGE CLÉ

Dès le stade de chancre, le tréponème a déjà disséminé : la syphilis est une maladie systémique d'emblée.



Présentation clinique : la triade classique

1 UNIQUE

Une seule ulcération dans la forme typique (multiple chez 10–30 %, surtout si VIH+)



Souvent au point d'inoculation

2 INDURÉE

Base cartonnée à la palpation, bords nets et réguliers, en « timbre-poste »



Induration ferme à la palpation

3 INDOLORE

Absence de douleur spontanée et à la palpation — signe majeur d'orientation



Indolore à la palpation



ADÉNOPATHIE SATELLITE

- Unilatérale ou bilatérale, ferme, indolore, mobile, sans périadénite ("pléiade ganglionnaire").
- Apparaît 1 semaine après le chancre.



ÉVOLUTION SPONTANÉE

- Cicatrisation en 3 à 6 semaines sans traitement.
- Ne signe jamais une guérison de l'infection.

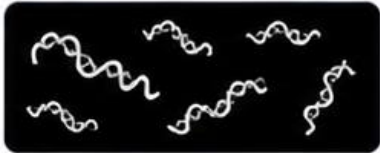
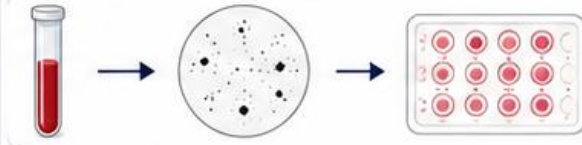


FORMES ATYPIQUES FRÉQUENTES

- Chancres multiples
- Dououreux ou surinfectés (chez le patient VIH+)
- Chancre « géant »
- Chancre bipolaire (génital + oral)



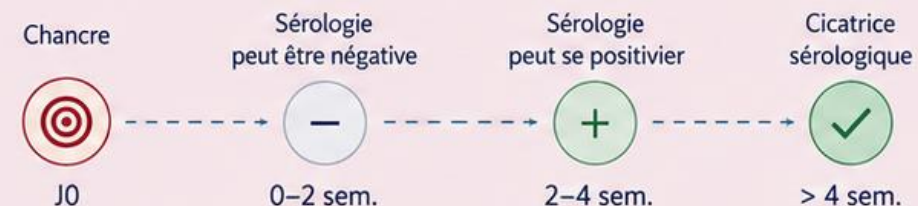
Confirmation diagnostique

Examen	Principe	Illustration	Intérêt / limites
 Examen direct au microscope à fond noir	Visualisation directe des tréponèmes mobiles dans la sérosité du chancre.		Diagnostic immédiat si lésion active ; nécessite matériel et expertise, peu disponible en pratique. 
 PCR <i>T. pallidum</i>	Amplification génique sur écouvillon de la lésion.		Sensible et spécifique, examen de référence actuel quand disponible. 
 Sérologie tréponémique (TPHA, FTA-Abs, EIA/CLIA)	Détecte les anticorps spécifiques anti-tréponème.		Se positive dès J7-J10 ; reste positive à vie (cicatrice sérologique). 
 Sérologie non tréponémique (VDRL, RPR)	Détecte les anticorps anti-cardiolipine (non spécifiques).		Quantitatif, suit l'activité de la maladie ; utile pour le suivi post-thérapeutique. 



PIÈGE CLASSIQUE : au tout début du chancre, la sérologie peut être encore négative (fenêtre sérologique).

Devant une forte suspicion clinique, traiter de façon présomptive et reconstrôler la sérologie à 2-4 semaines.





Diagnostic différentiel du chancre syphilitique

Diagnostic différentiel	Caractéristiques cliniques clés	Éléments distinctifs / orientation
 CHANCRE MOU (<i>Haemophilus ducreyi</i>)	• Douloureux • Mou, fond nécrotique • Bords décollés, irréguliers • Adénopathie inguinale douloureuse • Parfois chancre mixte (co-infection)	→ Douleur marquée, adénopathie suppurée (bubons), contexte de rapports sexuels à risque. 
 HERPÈS GÉNITAL (HSV-1 ou HSV-2)	• Lésions multiples, vésiculeuses • Évolution en ulcérations superficielles • Très douloureuses • Contexte fébrile possible, prodromes	→ Vésicules groupées, douleur importante, récurrences fréquentes, contexte d'infection virale. 
 APHTOSE GÉNITALE (<i>M. Lipschütz</i>)	• Adolescente ou jeune femme • Ulcérations multiples, profondes • Contexte viral, non indurée • Douleur modérée à importante	→ Terrain particulier (adolescente), étiologie virale, évolution bénigne et spontanément résolutive. 
 MALADIE DE BEHÇET	• Aphthose bipolaire récidivante (bouche + génital) • Pathergy test positif • Atteinte oculaire, cutanée, articulations	→ Atteintes systémiques associées (oculaires, articulaires, vasculaires), histoire de récurrences. 
 CARCINOME ÉPIDERMOÏDE	• Ulcération indurée, bords surélevés • Fond irrégulier, saignant facilement • Terrain à risque (âge, tabac, HPV, immunodépression)	→ Induration, évolution chronique, absence de guérison, facteurs de risque oncogènes. 
 TRAUMATISME / FIXED DRUG ERUPTION	• Lésion traumatique ou érosions post-traumatiques • Antécédent de prise médicamenteuse (FDE) • Localisation atypique, non indurée	→ Antécédent de traumatisme ou de médicament, évolution non typique du chancre syphilitique. 



MESSAGE CLÉ

Devant tout doute diagnostique persistant : biopsie cutanée pour analyse histologique.



Traitement et suivi de la syphilis précoce

TRAITEMENT DE RÉPÉRENCE



Benzathine pénicilline G 2,4 MU IM
en dose unique — syphilis primaire,
secondaire et latente précoce (< 1 an)



Si allergie à la pénicilline (hors grossesse) :
doxycycline 100 mg x2/j PO pendant 14 jours



Grossesse : désensibilisation systématique à la pénicilline —
la doxycycline est contre-indiquée

SUIVI ET SURVEILLANCE



VDRL/RPR quantitatif
à 6 et 12 mois : succès si baisse ≥ 4 dilutions



Réaction de Jarisch–Herxheimer
possible dans les 24h (fièvre, myalgies) —
informer le patient



Dépistage VIH et autres IST
à répéter à 3 mois



Abstinence sexuelle
jusqu'à cicatrisation complète
et fin du traitement des partenaires

DÉPISTAGE ET TRAITEMENT DES PARTENAIRES SEXUELS



90 derniers jours
(syphilis primaire)



6 derniers mois
(syphilis secondaire/
latente précoce)



Dépistage sérologique
et traitement systématique
des partenaires



MESSAGE CLÉ

Une seule injection IM de benzathine-pénicilline traite une syphilis précoce : *simplicité et observance maximales.*

Haemophilus ducreyi : agent et épidémiologie



AGENT

- *Haemophilus ducreyi*, coccobacille Gram négatif ; à l'examen direct, aspect caractéristique en « chaîne de bicyclette » ou « bancs de poissons ».



INCUBATION

- Courte, 4 à 10 jours.



ÉPIDÉMIOLOGIE

- Devenu rare en Europe et en Amérique du Nord ; foyers persistants en Afrique subsaharienne, aux Caraïbes et en Asie du Sud ; cofacteur reconnu de transmission du VIH.

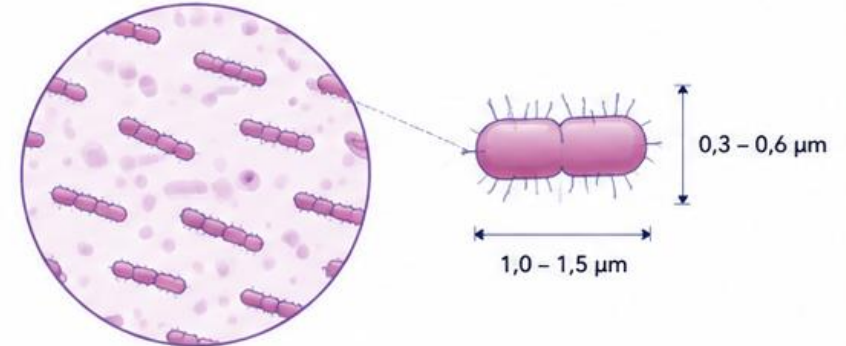


TERRAIN

- À évoquer chez tout patient présentant une ulcération douloureuse au retour d'une zone d'endémie ou lors d'épidémies localisées.

Schéma bactériologique

Coloration de Gram d'un frottis d'ulcération montrant les coccobacilles Gram négatifs disposés en chaînes parallèles caractéristiques.



Aspect caractéristique

Chaîne de bicyclette



Bancs de poissons



MESSAGE CLÉ

Rare en Europe/Amérique du Nord aujourd'hui, mais reste un diagnostic différentiel classique à connaître.

Présentation clinique



Ulcération(s) douloureuse(s), souvent multiples



Bords décollés, irréguliers, "en coup d'ongle", non indurés



Fond sale, purulent, saignant facilement au contact



Lésions "en miroir" possibles par auto-inoculation (lésions satellites de contact)



Adénopathie inguinale unilatérale (bubon)

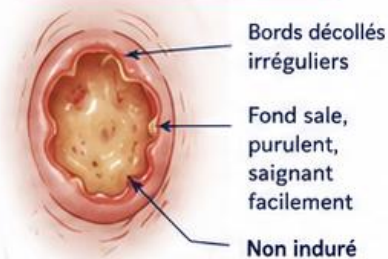


Volumineuse, très **douloureuse**, inflammatoire — peut se fistuliser spontanément avec écoulement purulent (contrairement à la syphilis)

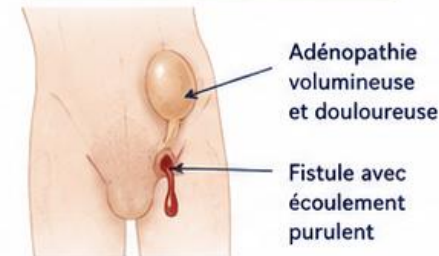


Absence de signes généraux marqués dans la majorité des cas

Ulcération typique



Bubon inguinal



Comparaison : chancre mou vs chancre syphilitique

Chancre mou



Chancre syphilitique



MESSAGE CLÉ

Douleur + bubon fistulisé = signature clinique du chancre mou, à l'opposé de la syphilis.

Diagnostic et traitement



DIAGNOSTIC



Diagnostic essentiellement présomptif en pratique clinique
(culture difficile, milieux spécifiques peu disponibles)

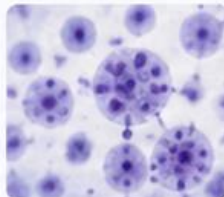


PCR *H. ducreyi* si disponible :
examen de référence actuel



Critères CDC de diagnostic probable :

- ✓ ulcération(s) douloureuse(s) typique(s)
- ✓ absence de *T. pallidum* (fond noir/sérologie)
- ✓ + PCR/culture HSV négative



Toujours éliminer syphilis et herpès
en parallèle avant de retenir ce diagnostic



TRAITEMENT (une seule dose suffit souvent)



Azithromycine 1 g PO en dose unique



OU **Ceftriaxone** 250 mg IM en dose unique



OU **Ciprofloxacine** 500 mg x2/j PO
pendant 3 jours



OU **Érythromycine base** 500 mg x3/j PO
pendant 7 jours



Bubon fluctuant : ponction-aspiration
à l'aiguille (pas d'incision) pour éviter
une fistule chronique



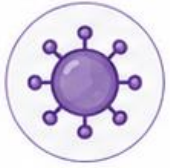
MESSAGE CLÉ

Diagnostic clinique présomptif accepté par le CDC en l'absence de culture disponible.





Virologie et primo-infection herpétique



HSV-2 : _____

- cause historique majoritaire des récurrences génitales, transmission quasi exclusivement sexuelle



HSV-1 : _____

- responsable d'une part croissante des primo-infections génitales (contacts oro-génitaux), récurrences génitales plus rares qu'avec HSV-2



Primo-infection symptomatique : _____

- multiples vésicules puis érosions/ulcérations douloureuses, bilatérales et confluentes, sur fond érythémateux
- Fièvre, malaise général, adénopathies inguinales bilatérales douloureuses
- Durée d'évolution longue : 2 à 3 semaines sans traitement



VÉSICULES EN BOUQUET



ÉROSIONS/ULCÉRATIONS



ADÉNOPATHIES INGUINALES
BILATÉRALES
douloureuses



MESSAGE CLÉ

L'herpès génital est aujourd'hui l'une des toutes premières causes d'ulcération génitale dans les pays à ressources élevées.

Récurrences herpétiques



CARACTÉRISTIQUES	PRIMO-INFECTION	RÉCURRENCE
 Prodrome	Absent ou peu marqué	Fréquent (picotements, brûlure 24-48h avant)
 Topographie	Bilatérale, étendue	Unilatérale, localisée
 Intensité	Sévère, signes généraux	Modérée, pas de fièvre
 Durée	2-3 semaines	6-10 jours
 Facteurs déclenchants	—	Stress, fièvre, règles, rapports, immunosuppression



Excrétion virale asymptomatique possible entre les poussées : rôle majeur dans la transmission



Fréquence variable : de quelques récurrences par an à plus de 6/an dans les formes sévères



MESSAGE CLÉ

La transmission sexuelle de l'herpès se produit majoritairement en dehors des poussées visibles.



Diagnostic et traitement



DIAGNOSTIC



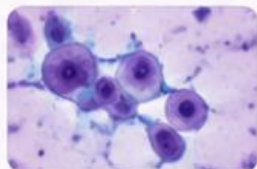
- **PCR HSV (écouvillon de la lésion) :**
examen de référence, sensible et rapide,
précise le type 1 ou 2



- **Culture virale :**
alternative si PCR indisponible,
sensibilité moindre



- **Cytodiagnostic de Tzanck :**
rapide mais peu sensible/spécifique,
non recommandé en 1ère intention



- **Sérologie type-spécifique (glycoprotéine G) :**
utile pour un diagnostic rétrospectif
ou le dépistage du partenaire asymptomatique



TRAITEMENT ANTIVIRAL



Épisode initial :

- aciclovir 400 mg x3/j PO, 7-10 jours (ou valaciclovir 1 g x2/j, ou famciclovir 250 mg x3/j)



Récurrence (traitement épisodique) :

- aciclovir 400 mg x3/j pendant 5 jours,
à débiter dès le prodrome



Traitement suppressif :

- si ≥ 6 récurrences/an — aciclovir 400 mg x2/j
en continu, réduit la fréquence des poussées
et la transmission



PRISE PRÉCOCE
dès le prodrome



RÉDUIT
durée et sévérité
des poussées



DIMINUE
la transmission



MESSAGE CLÉ

Le traitement antiviral raccourcit les poussées mais n'éradique pas le virus latent dans le ganglion sensitif.



Chlamydia trachomatis L1-L3 : les trois stades cliniques

Stade 1

Primo-invasion



- Papule ou ulcération génitale petite, superficielle, indolore et fugace — souvent inaperçue (quelques jours)

 Quelques jours

Stade 2

Phase ganglionnaire



- 2–6 semaines après : adénopathie inguinale et/ou fémorale inflammatoire, douloureuse, uni- ou bilatérale ; "signe du sillon" (ganglions inguinaux ET fémoraux séparés par l'arcade crurale) ; peut se fistuliser en "pomme d'arrosoir".
Forme anorectale fréquente chez les HSH : proctite hémorragique, ténesme, écoulement

 2–6 semaines



Adénopathie
inguinale/fémorale



Signe du
sillon



Fistulisation
possible



Atteinte
anorectale (HSH)

Stade 3

Séquelles tardives



- Fibrose, sténoses rectales, éléphantiasis génital (non traité) — rare aujourd'hui grâce au traitement précoce

 Rare
aujourd'hui



MESSAGE CLÉ

Les trois stades évoluent séquentiellement en l'absence de traitement. Le dépistage et la prise en charge précoces préviennent les complications délétères.



Diagnostic et traitement



DIAGNOSTIC



PCR *C. trachomatis* sur écouvillon de l'ulcération, ponction ganglionnaire ou écouvillon rectal (formes anorectales)



Génotypage confirmant un sérovar L1-L3 lorsque disponible (distinction avec chlamydie génitale banale)



Sérologie chlamydienne : titres élevés évocateurs mais non spécifiques, utile en 2e intention



Ponction à l'aiguille des ganglions fluctuants (jamais d'incision-drainage)



TRAITEMENT



Doxycycline 100 mg x2/j
PO pendant 21 jours



Durée volontairement longue et distincte de la chlamydie génitale simple (7 jours) : cible l'atteinte tissulaire profonde



Alternative : azithromycine 1 g PO
une fois par semaine pendant 3 semaines



Traitement systématique des partenaires des 60 derniers jours



MESSAGE CLÉ

21 jours de doxycycline : la durée de traitement la plus longue de toutes les IST bactériennes courantes.





Klebsiella granulomatis : épidémiologie et clinique



AGENT

- *Klebsiella granulomatis* (anciennement *Calymmatobacterium granulomatis*), bacille Gram négatif intracellulaire



Bacille
Gram négatif
intracellulaire



ÉPIDÉMIOLOGIE

- Rare, foyers d'endémie limités — Inde, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Afrique du Sud, populations aborigènes d'Australie, certaines régions du Brésil



CLINIQUE

- Ulcération indolore, propre, à bourgeons charnus rouge vif ("beefy red"), saignant facilement au contact, d'extension lente, progressive et serpigneuse



Bourgeons
rouge vif



Saignement
au contact



Extension lente
et serpigneuse



PARTICULARITÉ GANGLIONNAIRE

- Pas de véritable adénopathie ; possibles "pseudo-bubons" sous-cutanés (granulomes) simulant une adénopathie



Pas d'adénopathie
vraie



Pseudo-bubons
(granulomes)



Bourgeons
charnus
("beefy-red")



Saignement
facile
au contact



Absence
d'adénopathie
vraie



MESSAGE CLÉ

"Beefy-red" + saignement facile + absence d'adénopathie vraie = **triade évocatrice de donovanose.**

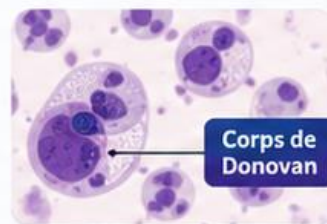
Diagnostic et traitement



DIAGNOSTIC



- **Frottis d'appui ("crush preparation")** coloré au **Giemsa** ou au **Wright** : recherche de corps de Donovan — inclusions intracytoplasmiques basophiles dans les monocytes/macrophages



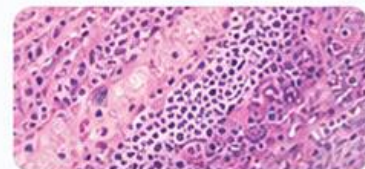
- **PCR spécifique** lorsque disponible (peu répandue)



- **Culture non réalisable** en routine (agent difficile à cultiver)



- **Biopsie** avec analyse histologique si le frottis est non contributif



TRAITEMENT (prolongé)



- **Azithromycine 1 g/semaine** (ou 500 mg/j) PO, au moins 3 semaines et jusqu'à cicatrisation complète



- **Alternatives** : doxycycline 100 mg x2/j, ciprofloxacine 750 mg x2/j, triméthoprim-sulfaméthoxazole, érythromycine — mêmes durées prolongées



- **Surveillance clinique rapprochée** : rechute possible 6 à 18 mois après un traitement apparemment efficace



MESSAGE CLÉ

Le traitement se poursuit jusqu'à cicatrisation complète, **jamais sur une durée fixe déterminée à l'avance.**



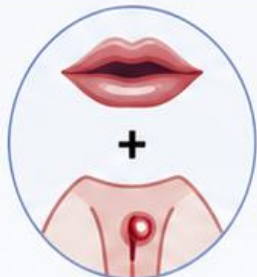


Ulcérations génitales non infectieuses



Maladie de Behçet

Aphthose bipolaire (buccale + génitale) récidivante, pathergy test positif, uvéite/érythème noueux associés



Aphthose génitale simple (Lipschütz)

Jeune femme, souvent post-virale (EBV, COVID-19...), non sexuellement transmise, guérison spontanée



Traumatisme

Anamnèse évocatrice — rapport, manipulation, piercing, sport



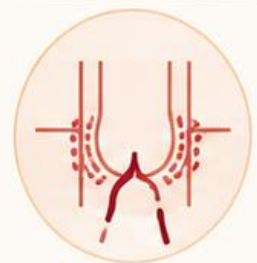
Carcinome épidermoïde

Ulcération chronique, bourgeonnante, indurée, ne cicatrisant pas — biopsie systématique si doute, terrain HPV



Maladie de Crohn ano-périnéale

Fissures, ulcérations linéaires "en coup de couteau", fistules — contexte digestif



Dermatoses inflammatoires / toxidermie

Lichen plan érosif, pemphigus/pemphigoïde, érythème pigmenté fixe (récidive au même site après un médicament)



MESSAGE CLÉ

Une ulcération génitale chronique qui ne cicatrise pas sous traitement adapté doit être biopsiée.

Tableau comparatif des principales étiologies



	 Syphilis	 Chancre mou	 Herpès génital	 LGV	 Donovanose	 Behçet
 Nombre	Unique	Multiple	Multiple	Souvent unique (peu vue)	Uni/multiple	Multiple, bipolaire
 Douleur	Non	Oui++	Oui++	Non (au stade 1)	Non	Oui
 Adénopathie	Ferme, indolore	Douloureuse, fistulise	Douloureuse, bilat.	Inflammatoire, "sillon"	Absente (pseudo-bubon)	Absente
 Incubation	10–90 J	4–10 J	2–14 J	3–30 J	1–4 sem	Variable
 Diagnostic	Sérologies + PCR	Clinique/PCR	PCR HSV	PCR + génotype	Corps de Donovan (frottis/biopsie)	Clinique + pathergy
 Traitement	Benzathine-pénicilline dose unique	Azithromycine dose unique	Aciclovir 5–10 J	Doxycycline 21 J	Azithromycine ≥ 3 sem	Colchicine / immuno- modulateurs



Bilan paraclinique devant une ulcération génitale

Examen	Indication / cible
 Sérologies syphilitiques (tréponémique + non tréponémique)	→ Systématique devant toute ulcération génitale
 Examen direct au fond noir / PCR T. pallidum	→ Si lésion active accessible au prélèvement
 PCR HSV-1/HSV-2	→ Systématique — 1ère cause d'ulcération dans les pays à ressources élevées
 PCR Chlamydia trachomatis (+ géotypage si suspicion LGV)	→ Systématique ; géotypage si adénopathie inguino-fémorale évocatrice
 PCR Neisseria gonorrhoeae	→ Recherche d'IST associée (dépistage combiné)
 Frottis/culture H. ducreyi ou PCR si disponible	→ Si contexte évocateur de chancre mou (voyage, endémie)
 Frottis d'appui (corps de Donovan)	→ Si ulcération beefy-red chronique, contexte d'endémie
 Sérologie VIH	→ Systématique, à proposer à tout patient (counseling pré-test)
 Sérologies hépatites B et C	→ Bilan IST complémentaire
 Biopsie cutanée + histologie	→ Doute diagnostique, non-cicatrisation, suspicion de néoplasie



MESSAGE CLÉ

Sérologie syphilitique, PCR HSV, PCR Chlamydia/gonocoque et sérologie VIH : le bilan minimal systématique.



Algorithme thérapeutique de première intention



Syphilis



Benzathine-pénicilline G 2,4 MU IM, dose unique



Chancre mou



Azithromycine 1 g PO, dose unique



Herpès génital



Aciclovir 400 mg x3/j PO, 7-10 j (épisode initial)



LGV



Doxycycline 100 mg x2/j PO, 21 jours



Donovanose



Azithromycine 1 g/semaine PO, ≥ 3 semaines



*En cas de doute diagnostique et d'ulcération très évocatrice de syphilis : **traitement présomptif immédiat**, sans attendre la sérologie*

Algorithme thérapeutique de première intention



Traitement syndromique

- ✓ Traitement simultané des principales étiologies adapté à l'**épidémiologie locale**
- ✓ Traitement **multi cibles** car souvent **IST associées**
- ✓ Simple, **Voie orale**, Dose unique

Traitement de syphilis + Chancres mou



Contrôler+++
après 7 jours



partenaire +
Eduquer/Conseiller
Dépister autres IST



Benzathine pénicilline G :
une injection intramusculaire
de 2,4 millions d'unités en
dose unique.



Azithromycine 1 g PO
prise unique
ou **Ceftriaxone** 250 mg inj

Traitement symptomatique et soins locaux



Antalgiques adaptés à l'intensité de la douleur

- Paracétamol en 1ère intention ; AINS avec prudence en contexte infectieux



Soins locaux

- Toilette biquotidienne à l'eau tiède et savon doux, séchage soigneux
- Antiseptiques doux en cas de surinfection locale, sans excès pour ne pas retarder la cicatrisation



Mesures associées

- Sous-vêtements amples en coton, éviter les irritants locaux (parfums, lingettes)
- Prise en charge de la douleur mictionnelle si lésion péri-méatique (miction dans un bain tiède)



Conseils d'hygiène locale



Toilette douce
à l'eau tiède



Savon doux
non irritant



Séchage
soigneux



Sous-vêtements
en coton, amples



Éviter les irritants
(parfums, lingettes)



Bain tiède
si douleur
mictionnelle



MESSAGE CLÉ

Le traitement symptomatique ne remplace jamais le traitement étiologique — il l'accompagne.



Dépistage et traitement des partenaires sexuels

 Étiologie	 Période de recherche des partenaires	 Conduite
 Syphilis primaire	 90 derniers jours	 Dépistage + traitement présomptif si contact < 90 j
 Syphilis secondaire / latente précoce	 6 derniers mois	 Dépistage systématique, traiter si sérologie positive
 Chancre mou	 10 derniers jours	 Traitement même asymptomatique
 Herpès génital	 Partenaire(s) actuel(s)	 Information, pas de traitement systématique du partenaire asymptomatique
 LGV	 60 derniers jours	 Dépistage + traitement présomptif chlamydia



Abstinence sexuelle jusqu'à cicatrisation complète et fin du traitement (patient et partenaire)



Notification des partenaires : par le patient lui-même, ou avec l'aide des structures de santé publique selon les moyens locaux



Complications des ulcérations génitales non ou mal traitées



Cicatricielles

- Cicatrices rétractiles, phimosis cicatriciel, sténoses (méat, rectum en LGV)



Infectieuses locales

- Surinfection bactérienne, abcédation, fistulisation des adénopathies



Transmission du VIH

- Risque multiplié par 2 à 5 en présence d'une ulcération active — porte d'entrée et de sortie virale



Ganglionnaires

- Bubons chroniques, fistules cutanées persistantes, éléphantiasis génital (LGV/donovanose avancées)



Obstétricales

- Syphilis congénitale (mort fœtale in utero, prématurité, atteintes multiviscérales néonatales); transmission herpétique néonatale grave lors d'un accouchement en poussée



Évolution systémique

- Syphilis secondaire, tertiaire, neurosyphilis en l'absence de traitement de la syphilis primaire



MESSAGE CLÉ

Le diagnostic précoce et le traitement adapté préviennent les complications locales, systémiques et la transmission.



Prévention des infections sexuellement transmissibles



Préservatif

Usage systématique et correct — réduit mais n'élimine pas totalement le risque (lésions non couvertes)



Dépistage régulier

IST et VIH chez toute personne sexuellement active à risque, et systématique en début de grossesse



Vaccination HPV

Recommandée chez l'adolescent(e), réduit le risque de lésions génitales et de cancers HPV-induits



Information du patient

Éducation sur la transmission, l'excrétion asymptomatique, l'importance de l'observance



Notification des partenaires

Étape indissociable du traitement, à organiser dès la consultation index



Counseling VIH

Proposé systématiquement, avec orientation vers la PrEP si facteurs de risque identifiés



MESSAGE CLÉ

La prévention combine protection, dépistage, vaccination et communication — jamais une seule mesure isolée.



Les 10 messages essentiels à retenir

1



Toute ulcération génitale est une IST jusqu'à preuve du contraire

2



La **triade unique—indolore—indurée** oriente vers la syphilis, mais les formes atypiques sont fréquentes (VIH+)

3



Le tréponème dissémine dès le stade de chancre : **traitement toujours systémique**

4



Une sérologie syphilitique négative précoce n'élimine pas le diagnostic (fenêtre sérologique)

5



Douleur + bubon fistulisé oriente vers le **chancre mou**

6



L'**herpès génital** est aujourd'hui l'une des 1ères causes d'ulcération génitale

7



La LGV se traite par **doxycycline 21 jours**, bien plus long qu'une chlamydie simple

8



La **donovanose** s'accompagne rarement d'une vraie adénopathie (pseudo-bubons)

9



Le **bilan minimal systématique** : sérologie syphilis, PCR HSV, PCR chlamydia/gonocoque, sérologie VIH

10



Le traitement des **partenaires** et l'**abstinence sexuelle** sont indissociables du traitement du patient



MESSAGE CLÉ

Connaître, dépister, traiter, prévenir : une approche globale pour rompre la chaîne de transmission.



Fiche de synthèse — Ulcération de la muqueuse génitale

Étiologie	Signe distinctif	Diagnostic clé	Traitement 1ère ligne
 Syphilis	Unique, indolore, indurée	Sérologies + PCR	Benzathine-pénicilline 2,4 MU IM ×1
 Chancre mou	Multiple, douloureux, bubon fistulisé	Clinique (critères CDC)	Azithromycine 1 g PO ×1
 Herpès génital	Vésicules groupées, douloureuses	PCR HSV	Aciclovir 400 mg x3/j, 7–10 j
 LGV	Signe du sillon, proctite (MSM)	PCR + génotypage	Doxycycline 100 mg x2/j, 21 j
 Donovanose	Beefy-red, saigne, pas d'ADP vraie	Corps de Donovan	Azithromycine 1 g/sem, ≥ 3 sem
 Behçet	Aphthose bipolaire récidivante	Clinique + pathergy	Colchicine ± immunomodulateurs



Réflexes systématiques :

- 1** Examen complet incluant décalottage et exocol
- 2** Sérologie syphilis + PCR HSV + PCR Chlamydia/gonocoque
- 3** Traitement présomptif si forte suspicion clinique
- 4** Dépistage et traitement des partenaires
- 5** Abstinence jusqu'à cicatrisation complète

Références :



1. World Health Organization. WHO guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: WHO; 2021.
2. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.
3. Unemo M, Ross JDC, Serwin AB, et al. 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. Int J STD AIDS. 2021;32(2):108-126.
4. de Vries HJC, de Barbeyrac B, de Vrieze NHN, et al. 2019 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019;33(10):1821-1828.
5. Janier M, Unemo M, Dupin N, et al. 2020 European guideline on the management of syphilis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021;35(3):574-588.
6. O'Farrell N, Moi H. 2016 European guideline on donovanosis. Int J STD AIDS. 2016;27(8):605-607.
7. Patel R, Kennedy OJ, Clarke E, et al. 2017 European guidelines for the management of genital herpes. Int J STD AIDS. 2017;28(14):1366-1379.
8. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. Dermatology. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2024.
9. Kang S, Amagai M, Bruckner AL, et al., editors. Fitzpatrick's Dermatology. 9th ed. New York: McGraw Hill; 2019.
10. Habif TP. Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy. 7th ed. Edinburgh: Elsevier; 2021.
11. Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, et al., editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 22nd ed. New York: McGraw Hill; 2025.
12. Derancourt C, Janier M, Dupin N, Vernay-Vaisse C, Milpied B, Pinault AL. Ulcération génitale. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques, Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie; 2016.
13. O'Byrne P, MacPherson P. Syphilis. BMJ. 2019;365:l4159.
14. Ahmed J, Rawre J, Dhawan N, Dudani P, Khanna N, Dhawan B. Genital ulcer disease: a review. J Family Med Prim Care. 2022;11(8):4255-4262.



Merci de votre attention
