

***Recommandations diagnostiques et thérapeutiques  
pour les  
Maladies Sexuellement transmissibles***

Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie



## **ULCÉRATION GÉNITALE**

C. Derancourt, M. Janier, N. Dupin, C. Vernay-Vaisse, B. Milpied, A.L. Pinault

*et la Section MST de la SFD*

***Février 2016***

Une ulcération génitale est souvent d'origine infectieuse. Actuellement en France, toute ulcération génitale aiguë (moins de 4 semaines) est à considérer à priori comme une syphilis. Il faut également évoquer le diagnostic d'herpès, cause fréquente d'ulcération génitale, néanmoins, ce diagnostic n'est évident que lorsqu'il existe des vésicules, un zona est alors également possible mais plus rare. Il est important de ne pas méconnaître une primo-infection par le VIH, cause plus rare d'ulcération génitale qui s'accompagne souvent d'un tableau fébrile, de polyadénopathies et d'une éruption cutanée.

Lorsqu'il n'y a pas de vésicules le diagnostic étiologique est très difficile sur le seul examen clinique, entre une syphilis, un herpès, une primo-infection VIH, car la surinfection est fréquente et la valeur prédictive positive des éléments cliniques (douleur, induration...) est faible.

Les ulcérations infectieuses plus rares comme le chancre mou, la lymphogranulomatose vénérienne et la donovanose sont à éliminer dans un contexte de contact en zone endémique (Afrique, Asie du Sud Est, Amérique du Sud) ou en période épidémique (cf épidémie actuelle de lymphogranulome vénérien chez les homosexuels).

Les autres causes d'ulcération génitale plus rares sont : ulcère aigu de la vulve de Lipschütz, aptose bipolaire, maladie de Behçet, entéropathies inflammatoires (RCH, Crohn), leuconutropénies, dermatoses bulleuses (toxidermie bulleuse, pemphigoïde cicatricielle, pemphigus vulgaire, lichen érosif), causes physiques (traumatiques, caustiques, brûlures, pathomimie).

Il faut noter que 50 % des ulcérations génitales restent inexplicables dans les meilleures séries.

## Guide diagnostique

### ***Bilan minimum d'une ulcération génitale aiguë***

Evolution inférieure à 1 mois

- Recherche HSV-1, HSV-2 : culture ou PCR, (la sérologie non spécifique de type permet de documenter une primo-infection : séroconversion)
- Exclure une syphilis : Microscope à fond noir ou PCR *T. pallidum* et sérologie syphilis (TT + TNT)
- Sérologie VIH
- A compléter au mieux et selon les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique par :
  - Grattage à la curette des bords de la lésion pour examen direct après coloration May-Grünwald-Giemsa et Gram (recherche d'*Haemophilus ducreyi*, et de corps de Donovan),
  - Recherche d'*Haemophilus ducreyi* par culture
  - Recherche de *Chlamydia trachomatis* par PCR.

### ***Bilan d'une ulcération génitale chronique***

Evolution supérieure à 1 mois

- Recherche HSV1, HSV2 : culture ou PCR, à compléter par une sérologie spécifique de type si culture et PCR négatives ce qui permet d'éliminer un herpès récidivant
- Sérologie VIH
- NFS
- Biopsie (+/- Immunofluorescence si suspicion d'une dermatose bulleuse auto-immune)

Il importe toujours de rechercher toutes les autres MST.

## Guide thérapeutique

Toute ulcération génitale est à considérer *a priori* comme une syphilis et à traiter comme suit

- benzathine pénicilline G : 1 injection IM de 2,4 millions d'unités de façon systématique
- + érythromycine (2g per os en 4 prises quotidienne) ou azithromycine (1 g per os en prise unique) en attendant les résultats du bilan, pour traiter une urétrite à *Chlamydia trachomatis* associée, chancre mou, maladie de Nicolas Favre, surinfection streptococcique associée
- +/- valaciclovir (500 mg x 2/jour pendant 10 jours) en cas de forte suspicion d'herpès.

## RÉFÉRENCES :

1. Richard P, Di Carlo, Martin DH : the clinical diagnosis of genital disease in men. Clin. Infect. Dis. 1997 ; 25 : 292-8
2. Hope-Rapp E, Anyfantakis V, Fouéré S, Bonhomme P, Louison JB, Tandeau de Marsac T et al. Etiology of genital ulcer disease. A prospective study of 278 cases in an STD clinic in Paris. Sex Transm Dis 2010 ; 37:153-8
3. Rompalo AM, Lawlor J, Seaman P, Quinn TC, Zenilman JM, Hook EW : modification of syphilitic genital ulcer manifestations by coexistent HIV infection. Sex. Transm. Dis. 2001, 28 : 448-54

# ULCÉRATION GENITALE

