

Approches syndromiques

MST anorectales

B. HALIOUA, M. JANIER, N. DUPIN, CH. DERANCOURT, E. CAUMES, F. BOUSCARAT
ET LA SECTION MST DE LA SFD

Anorectite

	Symptomatologie	Traitement 1 ^{re} intention	Traitement 2 ^e intention
Herpès génital	Primo-infection - douleurs ano-rectales avec constipation, ténésme et sécrétions muco-purulentes - ulcérations de la muqueuse - symptômes neurologiques (paresthésies, névralgies) avec fièvre, frissons - adénopathies Récurrences herpétiques - symptomatologie plus discrète (érosions anales)	Primo-infection ou 1^{er} épisode • aciclovir <i>per os</i> 200 mg x 5/j ou 400 mg x 3/j x 7-10 jours • ou valaciclovir : 1 g x 2/j <i>per os</i> x 7-10 jours Récurrences (si sévères) • aciclovir : 200 mg x 5/j <i>per os</i> x 5 jours • ou valaciclovir : 500 mg x 2/j <i>per os</i> x 5 jours	Épisodes très sévères aciclovir : 5 mg/kg IV x 3/jour x 7-10 jours
Gonococcie	- le plus souvent, asymptomatique - forme aiguë : ténésme, constipation, douleurs ano-rectales, émissions glairo-sanglantes - forme subaiguë pauci symptomatique : rectorragies intermittentes - aspect variable : • muqueuse érythémateuse ou friable avec ou sans ulcération • pus dans les cryptes	ceftriaxone : 250 mg IM - dose unique	• cefixime : 400 mg <i>per os</i> - dose unique • ciprofloxacine : 500 mg <i>per os</i> - dose unique • spectinomycine : 2 g IM - dose unique
Lymphogranulomatose vénérienne	- fièvre - ténésme - écoulement purulent - adénopathie inguinale le plus souvent unilatérale, unique ou multiple, très inflammatoire avec risque de fistulisation - douleur ano-rectale sévère avec émission sanglante et muco-purulente, ténésme - proctite ou colo-proctite en rapport avec l'évolution de l'inflammation des ganglions lymphatiques péri-rectaux ou périanaux - muqueuse nodulaire et friable, ulcérations diffuses et superficielles	doxycycline : 100 mg x 2/j <i>per os</i> x 21 jours	érythromycine : 500 mg x 4/j <i>per os</i> x 21 jours
Chlamydiae (sérotypage D à K)	- habituellement, asymptomatique - parfois symptômes discrets : douleurs ano-rectales et sécrétions purulentes - rectite érythémateuse - ulcérations exceptionnelles	azithromycine : 1 g <i>per os</i> - dose unique ou doxycycline : 100 mg x 2/j <i>per os</i> x 7 jours	
Giardiase	Contamination par rapports oro-anaux, diarrhée cholériforme avec signes généraux et abdominaux		
Amibiase	Contamination par rapports oro-anaux - parfois asymptomatique - diarrhée glairo-sanglante - aspect : muqueuse peu atteinte, œdématisée friable, recouverte d'un enduit pseudo-membraneux avec parfois des ulcérations en coup d'ongle très évocatrices		

Chancres et ulcérations

	Symptomatologie	Traitement 1 ^{re} intention	Traitement 2 ^e intention
Syphilis	Syphilis primaire - chancre anal : ulcération (face latérale de la marge anale) indolore - plus rarement douloureuse (fissuraire) - chancre rectal exceptionnel avec aspect pseudo-tumoral associé à un ténesme - adénopathie inguinale indolore habituelle Syphilis secondaire - lésions maculeuses blanc nacréées, indolores - fissures superficielles multiples - syphilides papuleuses, brun pâle ou roses - lésions papulo-érosives - l'adénopathie inguinale est quasi constante	pas d'allergie à la pénicilline : benzathine pénicilline G : 1 injection IM de 2,4 millions d'unités - dose unique (avec xylocaïne non adrénalinée 1 %)	allergie à la pénicilline : doxycycline <i>per os</i> 200 mg/j pendant 14 jours
Chancre mou	- une ou plusieurs ulcérations anales, purulentes - adénopathie inguinale inflammatoire évoluant vers la suppuration	ceftriaxone : 250 mg IM - dose unique	• azithromycine : 1 g <i>per os</i> - dose unique • érythromycine : 2 g/j <i>per os</i> x 7 jours • ciprofloxacine : 500 mg x 2/j <i>per os</i> x 3 jours
Donovanose	- chancre mou induré ulcéro-bourgeonnant et extensif - pas d'adénopathie	• érythromycine : 2 g/j <i>per os</i> x 21 jours	• ofloxacine : 200 mg x 2/j <i>per os</i> x 21 jours • ciprofloxacine : 500 mg x 2/j <i>per os</i> x 21 jours • azithromycine : 1 g/semaine <i>per os</i> x 4 semaines

Références

1. Law C. Sexually transmitted diseases and enteric infections in the male homosexual population. *Semin Dermatol* 1990;9:178-84.
2. Wexner SD. Sexually transmitted diseases of the colon, rectum, and anus. The challenge of the nineties. *Dis Colon Rectum* 1990;33:1048-62.

3. Klausner JD, Kohn R, Kent C. Etiology of clinical proctitis among men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2004;38:300-2.
4. Nieuwenhuis RF, Ossewaarde JM, Gotz HM, Dees J, Thio HB, Thomeer MG, *et al.* Resurgence of lymphogranuloma venereum in Western Europe: an outbreak of *Chlamydia trachomatis* serovar L 2 proctitis in the Netherlands among men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2004;39:996-1003.