

#001

## Herpès génital

### ULCERATIONS GENITALES

#### ▶ CLINIQUE – Herpès génital



**Ulcérations superficielles  
Multiples - en bouquet  
Non indurées  
Parfois précédées de vésicules  
à base inflammatoire ou œdématisée**

Herpès génital : ulcérations superficielles, multiples, groupées en bouquet, non indurées, parfois précédées de vésicules sur base inflammatoire ou œdématisée.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Première cause d'ulcération génitale dans les pays développés (HSV-2 principalement, HSV-1 en augmentation par transmission oro-génitale) ; transmission par contact direct interhumain, souvent lors d'une excrétion virale asymptomatique.
- Primo-infection souvent symptomatique et bruyante (contrairement à l'infection orale) : ulcérations multiples très douloureuses, adénopathies inguinales sensibles, fièvre et altération de l'état général possibles.
- Récurrences favorisées par : stress, fatigue, exposition solaire, cycle hormonal, immunodépression ; excrétion virale asymptomatique possible entre les poussées (rôle majeur dans la transmission).
- Traitement : aciclovir ou valaciclovir oral, dose plus élevée et plus longue en primo-infection qu'en récurrence ; traitement suppressif au long cours à discuter si récurrences fréquentes (> 6/an).

Chez la femme enceinte, une primo-infection herpétique génitale en fin de grossesse expose à un risque d'herpès néonatal grave : césarienne à discuter si lésions actives au moment du travail.

#002

## Manifestations buccales de l'herpès



Gingivostomatite herpétique aiguë : érosions douloureuses multiples de la muqueuse buccale, gencives œdématisées et saignotantes, contexte fébrile chez l'enfant lors de la primo-infection à HSV-1.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- HSV-1 = herpès oral classique, transmission par contact direct (salive), primo-infection le plus souvent asymptomatique ou pauci-symptomatique (90% des cas).
- Primo-infection symptomatique typique de l'enfant : gingivostomatite herpétique aiguë, érosions buccales multiples très douloureuses gênant l'alimentation, fièvre, adénopathies sous-angulo-maxillaires.
- Récurrence classique = « bouton de fièvre » (herpès labial), déclenché par le soleil, la fièvre, le stress, le cycle menstruel ; lésion en bouquet de vésicules sur base érythémateuse évoluant vers la croûte en quelques jours.
- Traitement de la primo-infection sévère de l'enfant : valaciclovir ou aciclovir oral précoce, antalgiques adaptés, réhydratation et adaptation de l'alimentation (textures froides et molles) devant le risque de refus alimentaire.

## Syphilis — chancre syphilitique

### ULCERATIONS GENITALES

#### ▶ CLINIQUE – Chancre syphilitique



Chancre syphilitique typique : ulcération unique, à fond propre, indurée (« cartonnée ») et indolore — la triade qui la distingue des autres ulcérations génitales infectieuses.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Syphilis primaire (*Treponema pallidum*) : incubation ~3 semaines, chancre unique, propre, induré, indolore, associé à une adénopathie inguinale satellite unilatérale non inflammatoire (« adénopathie qui accompagne sans s'accompagner »).
- Diagnostic : microscopie à fond noir ou PCR sur prélèvement de la lésion (avant toute antibiothérapie), complété par la sérologie (TPHA-VDRL ou tests tréponémiques/non tréponémiques combinés).
- Syphilis secondaire (6 semaines à 6 mois après le chancre) : roséole puis syphilides cutanéomuqueuses polymorphes (paumes, plantes ++), alopecie « en clairière », plaques muqueuses très contagieuses.
- Traitement de référence à tous les stades précoces : benzathine-pénicilline G en injection intramusculaire unique (schéma répété si syphilis tardive) ; dépistage systématique et traitement simultané du/des partenaire(s).

Toute ulcération génitale doit faire proposer un dépistage complet des IST (VIH, syphilis, chlamydia, gonocoque) : les co-infections sont fréquentes et le risque de transmission du VIH est augmenté en présence d'une ulcération génitale.

#004

## Chancre mou

### ULCERATIONS GENITALES



*Haemophilus Ducreyi*



#### CLINIQUE – Chancre mou



**Incubation < 1 semaine**  
**Localisation cutanée > muqueuse**  
**Papule puis ulcération rapide**  
**Douloureuse, étendue et creusante**  
**Sale et surinfectée**

**+/- ulcérations satellites**  
**+/- bubon inguinal**

Chancre mou (*Haemophilus ducreyi*) : ulcération douloureuse, étendue, creusante, à fond sale et surinfecté — à l'opposé du chancre syphilitique sur tous ces points.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Infection à *Haemophilus ducreyi*, incubation courte (< 1 semaine), plus fréquente en contexte tropical ou de voyage ; localisation volontiers cutanée plus que muqueuse.
- Clinique caractéristique, à l'opposé du chancre syphilitique : douloureux, étendu et creusant, à fond sale et souvent surinfecté ; lésions satellites « en miroir » par auto-inoculation possibles.
- Complication fréquente : bubon inguinal inflammatoire pouvant se fistuliser, contrairement à l'adénopathie non inflammatoire de la syphilis.
- Diagnostic par examen direct et culture sur milieu spécifique (bactérie fragile, culture difficile) ; traitement par antibiothérapie adaptée (azithromycine ou ceftriaxone en dose unique le plus souvent).

#005

## Lymphogranulomatose vénérienne (maladie de Nicolas-Favre)

ULCERATIONS GENITALES

 *Chlamydia Trachomatis*



▶ **CLINIQUE – Lymphogranulomatose vénérienne**



- 1. Vésicule ou ulcération (indolore)**
- 2. Adénopathie inflammatoire**
- 3. Syndrome génito-ano-rectal**

**Guérison en 3 à 6 semaines  
(8 semaines en l'absence de traitement)  
Rechutes possibles**

Lymphogranulomatose vénérienne : vésicule ou ulcération initiale souvent discrète et indolore, suivie d'une adénopathie inflammatoire régionale marquée.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Due à des sérovars invasifs de *Chlamydia trachomatis* (L1-L3) ; en recrudescence chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), souvent sous forme de syndrome génito-ano-rectal.
- Évolution classique en 3 phases : (1) vésicule ou ulcération génitale discrète et indolore, (2) adénopathie inguinale inflammatoire (bubon, parfois fistulisé), (3) syndrome génito-ano-rectal en cas d'atteinte rectale (proctite).
- Diagnostic : PCR spécifique sur prélèvement local (lésion, ganglion, ou rectal selon la présentation) ; guérison en 3 à 6 semaines sous traitement adapté, jusqu'à 8 semaines et rechutes possibles en l'absence de traitement.
- Traitement : antibiothérapie prolongée (doxycycline 3 semaines en 1ère intention) ; dépistage et traitement systématique des partenaires, dépistage des autres IST associées (VIH, syphilis, gonocoque).

## Conduite à tenir devant une ulcération génitale

**ULCERATIONS GENITALES**

**CONDUITE A TENIR**

| BILAN MINIMUM   |                          |
|-----------------|--------------------------|
| <b>Herpes</b>   | Culture ou PCR           |
| <b>Syphilis</b> | Microscopie ou sérologie |
| <b>VIH</b>      | Sérologie                |

  

| SI REGION TROPICALE OU CONTEXTE EPIDEMIQUE |                          |
|--------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Chancres mou</b>                        | Examen direct et culture |
| <b>Lymphogranulomatose</b>                 | PCR                      |
| <b>Donovanose</b>                          | Culture                  |

Bilan minimum systématique devant toute ulcération génitale : herpès (culture ou PCR), syphilis (microscopie ou sérologie), VIH (sérologie) ; bilan élargi selon le contexte épidémiologique/géographique.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Devant toute ulcération génitale, 3 causes à évoquer systématiquement en priorité (bilan minimum) : herpès, syphilis, VIH — les 3 étiologies les plus fréquentes en France.
- En contexte tropical, de voyage récent ou épidémique : élargir le bilan au chancre mou (examen direct et culture), à la lymphogranulomatose vénérienne (PCR) et à la donovanose (culture).
- Éléments cliniques d'orientation à toujours documenter : caractère uni/multiple, douloureux ou non, induré ou non, aspect du fond, présence et type d'adénopathie associée (inflammatoire ou non, uni/bilatérale).
- Devant toute IST confirmée : proposer systématiquement le dépistage complet des autres IST, la vaccination contre l'hépatite B si non immunisé, le traitement et dépistage du/des partenaire(s), et rappeler les mesures de prévention (préservatif).

En France, la syphilis est une maladie à déclaration obligatoire dans certains contextes de surveillance ; ne jamais traiter une ulcération génitale sans avoir réalisé les prélèvements microbiologiques au préalable.

