



ULCÉRATIONS GÉNITALES (UG)

Auteur: **Marc Steben**, MD, médecin-conseil, Direction risques biologiques, environnementaux et occupationnels Institut national de santé publique du Québec et clinique des maladies de la vulve hôpital Notre-Dame Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Co-Auteurs: **Laurent Delorme** MD CSPQ FRCPC(C), médecin microbiologiste infectiologue, Hôpital Charles-LeMoyne; **Francisco Diaz-Mitoma**, M.D., Ph. D., FRCPC, professeur et directeur, Division de virologie, Children's Hospital of Eastern Ontario, Université d'Ottawa; **Deana Funaro** MD, FRCPC dermatology, Clinical professor at Notre-Dame Hospital and Ste-Justine Hospital, University of Montreal; **Annie-Claude Labbé**, MD, FRCPC, Department of microbiology, Hopital Maisonneuve-Rosemont, Montreal; **Lynette J Margesson** MD, FRCPC, Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology and of Medicine (Dermatology) Dartmouth Medical School.

Étiologie

Définition

- Lésions génitales vésiculeuses ou ulcéreuses, érosives et purulentes, accompagnées ou non d'une adénopathie localisée, et attribuables à un certain nombre d'infections transmises sexuellement (ITS) ou de troubles non reliés à des ITS.

ITS

- Pour la plupart des sujets jeunes, sexuellement actifs, souffrant d'ulcérations génitales (UG), l'étiologie est liée à une ITS. Les UG sont le plus souvent attribuables à herpes simplex virus de type 1 ou 2 (HSV-1 ou HSV-2), qui cause l'herpès génital.¹ Il arrive que l'examen minutieux permette d'identifier plus d'un agent causal.² Voici d'autres ITS et agents pathogènes susceptibles d'être à l'origine d'UG :
 - *Treponema pallidum* spp., causant la syphilis primaire
 - *Haemophilus ducreyi*, causant le chancre mou
 - *Chlamydia trachomatis* de sérotype L1, 2 ou 3, causant le lymphogranulome vénérien (LGV)
 - *Klebsiella granulomatis*, causant le granulome inguinal (donovanose).

D'autres ITS ou infections apparentées

- D'autres ITS ou infections apparentées peuvent aussi causer des UG (consulter le paragraphe intitulé *Diagnostic différentiel*, ci-dessous).
- Même après un examen complet, il est impossible d'établir un diagnostic d'après des épreuves en laboratoire dans au moins 25 p. 100 des cas d'UG.³

Épidémiologie

- Les UG peuvent être liées à un certain nombre de facteurs : région géographique où le rapport sexuel a eu lieu; facteurs socioéconomiques; sexe des partenaires sexuels, nombre



de partenaires; prévalence de l'infection au VIH dans la région; toxicomanie; industrie du sexe et circoncision.⁴

- Les UG représentent tout au plus 5 p. 100 des consultations médicales en raison d'une éventuelle ITS.⁵
- Environ de 70 à 80 p. 100 des UG sont causées par HSV de type 1 ou 2.
- Les ulcérations génitales chez les sujets actifs sexuellement peuvent être causées par deux agents pathogènes ou plus.²
- Les femmes et les hommes souffrant d'UG courent un risque accru de contracter ou de transmettre le VIH.⁶
- Au Canada, il est rare que la syphilis et le LGV soient les causes d'UG. Cependant, le risque doit être envisagé chez les sujets visitant des régions où ces maladies sont endémiques et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Lorsque ce risque est réel, une flambée discrète localisée peut se produire. Il est rare qu'on doive aussi envisager un risque de granulome inguinal ou de chancre mou.
- L'incidence de la syphilis augmente au Canada; ces dernières années, on a observé des flambées régionales de syphilis infectieuse à Vancouver, au Yukon, à Calgary, à Edmonton, à Toronto, à Ottawa, à Montréal et à Halifax.⁷⁻⁹
- Le chancre mou a été sporadiquement associé à des foyers épidémiques urbains en Amérique du Nord, notamment chez les consommateurs de cocaïne. Les travailleurs de l'industrie du sexe constituent le réservoir habituel.
- À l'heure actuelle, en Europe, on observe des flambées de LGV rectal chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Des cas ont été signalés récemment en Amérique du Nord. La fréquence d'une coinfection au VIH ou au virus de l'hépatite C¹⁰⁻¹¹ y est très élevée, y compris au Canada.¹²
- L'infection au VIH accroît le risque de transmission d'UG causées par des ITS. L'inverse est aussi vrai.¹³

Facteurs de risque

- Facteurs de risque d'UG liées à des ITS¹⁴
 - Rapports sexuels avec
 - un homme ayant eu des rapports sexuels avec d'autres hommes
 - une personne ayant des UG
 - un nouveau partenaire
 - un partenaire originaire d'une région où les UG sont endémiques ou ayant visité cette région
 - des travailleurs de l'industrie du sexe et leurs clients
 - un partenaire anonyme (par ex. : recruté par le réseau Internet, ou rencontré dans un bain public, un party clandestin/« circuit party »).
 - un partenaire ou un cas de référence porteur du VIH.
 - Tourisme dans des régions où les UG sont endémiques.
 - Séjour dans une (des) région(s) du Canada où des flambées de cas d'ITS sont enregistrées (flambée de cas de syphilis, par exemple).
 - Antécédents de lésions génitales ou d'ITS.
 - Toxicomanie (soi-même, le partenaire ou les deux à la fois).

Prévention

- L'activité sexuelle par contact avec une muqueuse (buccale, anale, génitale) peut être associée aux ulcérations transmises sexuellement. Aux sujets ayant des questions sur les ITS ou la contraception, il convient de fournir de l'information sur l'efficacité de méthodes de prévention de la transmission des ITS/du VIH et des conseils sur les pratiques sexuelles sûres (consulter le chapitre intitulé *Soins primaires*).
- Il faut cerner les obstacles à la prévention et les moyens de les surmonter (consulter le chapitre intitulé *Soins primaires*).
- Si l'ITS est d'origine bactérienne et qu'elle a causé l'UG, le patient et son partenaire sexuel devraient attendre que leurs traitements soient terminés avant d'avoir des rapports sexuels non protégés. Pour l'herpès génital, consulter le chapitre intitulé *Herpes Simplex Virus*.

Manifestations

- En raison du manque de sensibilité des bactéries et de la spécificité de la (des) lésions, le diagnostic est souvent erroné lorsqu'il n'est fondé que sur les antécédents et les résultats de l'examen physique, même lorsque le cas est dit classique.³
- La coinfection au VIH peut modifier les caractéristiques cliniques des ulcérations génitales; le régime thérapeutique peut alors varier en conséquence.

Tableau 1. Manifestations

ITS	Site	Aspect	Autres symptômes
Herpes simplex virus ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> • les deux sexes • hommes : gland, prépuce, corps de la verge, anus, rectum (chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) • femmes : col utérin, vulve, vagin, périnée, jambes et fesses 	<ul style="list-style-type: none"> • vésicules multiples regroupées se transformant en ulcères circulaires superficiels sur base érythémateuse • bords et base lisses • ganglions lymphatiques inguinaux hypertrophiés, non mobiles et sensibles très souvent lors de la primo-infection 	<ul style="list-style-type: none"> • ulcères habituellement douloureux, prurigineux, ou les deux à la fois • douleur dans la région génitale • symptômes généraux : la fièvre, des malaises et une pharyngite sont courants lors de la primo-infection
Syphilis primaire (consulter le chapitre intitulé <i>Syphilis</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • au point d'inoculation, bien que la plupart des sujets ayant contracté la syphilis ne remarquent pas l'apparition d'un chancre primaire¹⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> • papule se transformant en chancre indolore • induration accompagnée d'exsudat séreux • ulcération unique dans 70 p. 100 des cas • bords et base lisses 	<ul style="list-style-type: none"> • Ganglions lymphatiques souvent fermes, hypertrophiés, non mobiles, insensibles à la palpation
Chancre mou	<ul style="list-style-type: none"> • au point d'inoculation 	<ul style="list-style-type: none"> • une ou plusieurs ulcérations nécrosantes et douloureuses • deux ou plusieurs ulcérations dans 50 p. 100 des cas 	<ul style="list-style-type: none"> • adénopathie régionale douloureuse et suppurante accompagnée d'un érythème et d'un œdème de la peau sous-jacente
Lymphogranulome	<ul style="list-style-type: none"> • au point d'inoculation 	<ul style="list-style-type: none"> • papule unique indolore 	<ul style="list-style-type: none"> • symptômes de l'urétrite



vénérien ¹⁷		spontanément résolutive, pouvant s'ulcérer, suivie quelques semaines plus tard d'une adénopathie douloureuse inguinale, fémorale, ou les deux à la fois, la plupart du temps unilatérale, ou d'une rectocolite, ou les deux à la fois. Des flambées récentes chez des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes se sont distinguées principalement par la rectocolite <ul style="list-style-type: none"> • en l'absence de traitement, la fibrose peut causer l'apparition de fistules et de sténoses, une obstruction lymphatique et provoquer ainsi l'éléphantiasis 	
Granulome inguinal	<ul style="list-style-type: none"> • au point d'inoculation 	<ul style="list-style-type: none"> • une ou plusieurs lésions ulcéreuses, évolutives • richement vascularisé (coloration rouge vif) • saigne facilement au toucher • deux ou plusieurs lésions dans 50 p. 100 des cas • variantes hypertrophiées, nécrotiques et sclérosées • une récurrence peut se produire de 6 à 18 mois après la fin d'un traitement apparemment efficace 	<ul style="list-style-type: none"> • absence de douleur

Diagnostic

Tableau 2. Particularités diagnostiques des UG liées à des ITS

Affection	% d'UG liées à des ITS	Période d'incubation
Herpès (herpès génital récurrent est plus fréquent que l'herpès génital primaire)	95 %	De 2 à 7 jours pour l'herpès génital primaire
Syphilis primaire	> 1 %	de 3 à 90 jours
Chancre mou	< 1 %	de 5 à 14 jours
Lymphogranulome vénérien	< 1 %	de 3 à 30 jours
Granulome inguinal	< 1 %	d'1 à 180 jours

Diagnostic différentiel

Tableau 3. Agents pathogènes infectieux causant des ulcérations génitales non liées à des ITS¹⁸



Champignons	Virus	Bactérie
<ul style="list-style-type: none">• <i>Candida</i>• Champignons causant des mycoses profondes (rare)	<ul style="list-style-type: none">• Cytomégalovirus (rare)• Virus varicelle-zona (rare)• Virus d'Epstein-Barr (rare)	<ul style="list-style-type: none">• <i>Staphylococcus</i> spp.• <i>Streptococcus</i> spp.• <i>Salmonella</i> spp.• <i>Pseudomonas</i> spp.• Mycobactéries• Parasites (par ex. : gale)

Tableau 4. Affections non infectieuses de la peau et des muqueuses¹⁹

Dermatoses bulleuses	Dermatoses non bulleuses	Affections malignes
<ul style="list-style-type: none"> • dermatoses non auto-immunes <ul style="list-style-type: none"> – dermatose de contact – érythème multiforme (presque toujours associée à l'infection au HSV) – épidermolyse toxique • dermatoses auto-immunes <ul style="list-style-type: none"> – pemphigus – pemphigoïde cicatricielle 	<ul style="list-style-type: none"> • vulvite, balanite non spécifique • aphtes ou ulcérations aphteuses, aphtose • lichen plan, lichen plan érosif • lichen scléreux • maladie de Behcet • pyoderma gangrenosum • éruption médicamenteuse fixe • lupus érythémateux • maladie de Crohn • vasculite 	<ul style="list-style-type: none"> • épithélioma spinocellulaire • néoplasie intra-épithéliale vulvaire • affections moins fréquentes <ul style="list-style-type: none"> – maladie de Paget extramammaire – carcinome basocellulaire – lymphome, leucémie – histiocytose X

- Autres causes de lésions ulcéreuses de la peau et des muqueuses
 - Traumatisme (moins fréquent)
 - Cause d'origine inconnue : dans 12 à 51 p. 100 des cas d'ulcération génitale, les établissements de recherche sont incapables de trouver des causes précises. Le renvoi à des spécialistes pourrait faire diminuer ce pourcentage.⁴

Diagnostic biologique et prélèvement d'échantillons

- Dans tous les cas d'UG, un test de dépistage du HSV et un sérodiagnostic de la syphilis devraient faire partie des examens essentiels.
- Prévenir d'avance le laboratoire que le patient doit subir des épreuves particulières. La consultation d'un confrère d'expérience peut être justifiée.
- Pour toutes les ulcérations vulvaires, il convient d'ordonner des biopsies, des cultures, des frottis et une sérologie, s'il y a lieu.

Herpes simplex virus

- Consulter le chapitre intitulé *Herpes Simplex Virus*.
- Pour toutes les lésions, qu'il s'agisse d'une lésion initiale ou récurrente, ou d'un cas classique, il est important de faire subir un test de dépistage du HSV en raison des faux positifs. L'utilité de recommencer l'épreuve après un test positif est presque toujours limitée. Le typage est important pour faciliter l'examen de l'histoire naturelle de la maladie, l'évaluation des partenaires sexuels et l'étude des programmes de prévention.
- Identification du virus
 - Identification du virus par cultures, épreuve d'amplification des acides nucléiques ou, s'il est impossible d'effectuer ces épreuves, par test de détection des antigènes.
 - Il faut mettre en culture le virus prélevé sur au moins trois pustules ou vésicules découvertes ou ulcères humides à moins qu'une infection au HSV n'ait été confirmée par une épreuve de laboratoire. Le transfert du prélèvement doit s'effectuer à l'aide d'un milieu de transfert viral spécial.
 - Les épreuves d'amplification des acides nucléiques sont jugées les plus utiles. Mais peu de laboratoires sont en mesure de les effectuer (consulter le chapitre intitulé *Diagnostic en laboratoire*).
- Sérologie spécifique
 - En présence d'un éventuel cas d'herpès génital et de deux tests d'identification virale négatifs, ou si les épreuves sont difficiles à effectuer lorsque des lésions sont apparentes ou rares, une sérologie spécifique peut être utile pour attester l'herpès génital.²⁰ Si les tests sérologiques de l'HSV de type 1 et de type 2 sont négatifs 12 semaines après l'apparition du premier symptôme, l'herpès génital est peu probable.
 - Il convient de noter que les tests sérologiques de l'HSV ne s'effectuent qu'à peu d'endroits au Canada.

Treponema pallidum

- Consulter le chapitre intitulé *Syphilis*.
- Identification : obtenir un échantillon de l'épanchement des ulcérations pour les examiner au microscope à fond noir ou leur faire subir un test de dépistage des anticorps par réaction d'immunofluorescence directe. Veuillez vérifier si le laboratoire peut effectuer ces épreuves, car celles-ci ne sont pas courantes.
- Sérologie : la sérologie de la syphilis devrait inclure un test par réaction non tréponémique (par ex. : test rapide de la réagine plasmatique [test RPR], test VDRL)

ou un dosage immunoenzymatique spécifique aux tréponèmes (ELISA). Comme les tests par réaction tréponémique sont beaucoup plus sensibles dans le cas de syphilis primaire que les tests par réaction non tréponémique, de nombreuses autorités préconisent des tests par réaction tréponémique lorsqu'on soupçonne une syphilis primaire.

- Si les épreuves sérologiques montrent que la syphilis n'est pas causée par un tréponème, il convient de confirmer le résultat à l'aide d'une épreuve de dépistage spécifique des tréponèmes (par ex. : sérodiagnostic d'agglutination des particules de *Treponema pallidum* [test TP-PA], une épreuve par microhémagglutination de *Treponema pallidum* [test MHA-TP] ou un test de l'absorption fluorescente des anticorps pour tréponèmes [test FTA-ABS]) si ces épreuves n'ont pas été déjà ordonnées (consulter le chapitre intitulé *Syphilis*).
- Il faut recommencer les épreuves sérologiques de 2 à 4 semaines après la première épreuve négative s'il y a risque de syphilis.
- Examen au microscope à fond noir ou test de l'absorption fluorescente des anticorps pour *Treponema pallidum*, si c'est possible.

Autres causes

- S'il y a des antécédents, les facteurs de risque et les signes physiques justifient des épreuves de dépistage d'UG moins courantes. Des épreuves en laboratoire particulières peuvent être nécessaires pour trouver les causes des affections ulcéreuses. Il convient d'examiner s'il est pertinent de faire subir une épreuve de dépistage du chancre mou, du LGV et du granulome inguinal.
- *Haemophilus ducreyi* (chancre mou)
 - Consulter le chapitre intitulé *Chancre mou*.
 - Culture bactérienne sur milieu spécial (prendre d'avance les dispositions particulières qui s'imposent).
 - Épreuves d'amplification des acides nucléiques, si c'est possible (par ex. : amplification par réaction en chaîne de la polymérase).
 - La coloration de Gram peut être aussi utile (consulter le chapitre intitulé *Diagnostic en laboratoire*).
- *Chlamedia trachomatis* de sérotype L1, L2 ou L3 (LGV)
 - Consulter le chapitre intitulé *Lymphogranulome vénérien*.
 - Identification de *Chlamedia trachomatis* par cultures, épreuve d'amplification des acides nucléiques ou épreuves sérologiques, suivie d'une confirmation des sérotypes causant le LGV par séquençage de l'ADN ou polymorphisme de restriction (RFLP).
- *Klebsiella granulomatis* (granulome inguinal)
 - Identification par méthode de coloration des corps de Donovan dans un prélèvement broyé ou biopsique.

Attention

- La plupart des cliniciens canadiens possèdent peu de connaissances sur les ulcérations génitales associées aux ITS, à l'exception de l'herpès génital. Le clinicien

ne devrait pas tarder à diriger son patient vers un confrère d'expérience, surtout si le cas a un lien avec

- le tourisme
 - des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
 - des sujets infectés par le VIH
 - des sujets immunodéprimés
 - une maladie généralisée.
- En cas de lésions atypiques, qui ne cicatrisent pas, ou les deux à la fois, la biopsie peut s'imposer et le médecin devrait diriger son patient vers un confrère compétent en la matière.²¹

Prise en charge²²

Si les résultats des épreuves ne sont pas encore connus

- Solutions thérapeutiques à envisager
 - Le traitement empirique du chancre mou, du LGV et de la syphilis doit être examiné avec un spécialiste de la région ou un agent de santé publique si l'on a des doutes sur la méthode de suivi et que les facteurs de risque de ces maladies sont observés.
 - Dès la première visite, le traitement de l'herpès génital doit être envisagé dans presque tous les cas d'UG, surtout si les symptômes sont caractéristiques.
- Consulter les chapitres intitulés *Chancre mou*, *Lymphogranulome vénérien* et *Syphilis* pour obtenir plus de renseignements.

Si les résultats des tests RPR, VDRL, TP-PA, MHA-TP ou examen au microscope à fond noir ou test de dépistage des anticorps fluorescents sont connus

- Résultats positifs : (présence de spirochètes mobiles en forme de tire-bouchon) : traiter comme s'il s'agissait d'une syphilis (consulter le chapitre intitulé *Syphilis*).
- Résultats négatifs à l'examen au microscope à fond noir, aux tests de dépistage des anticorps fluorescents *et* aux tests de dépistage de l'infection au HSV et à *Haemophilus ducreyi* ou absence de tests : traiter comme s'il s'agissait d'une syphilis s'il y a des antécédents récents de contacts avec un cas de syphilis infectieuse ou s'il y a de bons indices cliniques et qu'un suivi ne peut pas être assuré.
- Autrement, envisager de traiter comme s'il s'agissait d'une infection au HSV :
 - Si les résultats des épreuves en laboratoire sont négatifs et que le tableau clinique est caractéristique d'une infection au HSV (consulter le chapitre intitulé *Herpes Simplex Virus*).
 - Traiter comme s'il s'agissait d'un chancre mou si le tableau clinique est évocateur d'un chancre mou (consulter le chapitre intitulé *Chancre mou*).

Traitement²³

- Recommandations à suivre pour traiter la syphilis, l'infection au HSV, le chancre mou et le LGV, consulter les directives se rapportant à l'infection en particulier.
- Il peut être difficile de traiter des ITS ulcéreuses chez les patients aussi infectés par le VIH.²⁴ Consulter le chapitre se rapportant au traitement des infections particulières, ou un confrère d'expérience en cas de manque de connaissances.

Granulome inguinal^{3,25-29}

- Traitement de choix
 - Doxycycline, 100 mg *per os bid*, pendant 21 jours (selon les résultats d'études sur d'anciennes préparations de tétracyclines) [C-III].
 - Triméthoprime/sulfaméthoxazole, double concentration *per os bid*, pendant 21 jours [C-III].
- Autres solutions :
 - Ciprofloxacine, 750 mg *per os bid*, pendant 21 jours [C-III].
 - Érythromycine, 500 mg *qid*, pendant 21 jours [C-III].
 - Azithromycine, 500 mg par jour ou 1 g par semaine, pendant au moins 21 jours [C-III].

Prises en considération d'autres ITS

- Consulter le chapitre intitulé *Soins primaires*.
- Faire un ou plusieurs prélèvements pour diagnostiquer les infections à chlamydia ou à gonocoques et les autres ITS, s'il y a lieu (y compris le LGV, le chancre mou et le granulome inguinal si le sujet a visité une région où ces infections sont endémiques).
- Il est recommandé d'ordonner un test de dépistage des anticorps anti-VIH et de fournir des conseils (consulter le chapitre intitulé *VIH*). Les patients souffrant d'une syphilis, d'un LGV et d'un chancre mou courent un risque accru de coinfection au VIH.³ Le délai dans lequel le sujet subit un test de dépistage des anticorps anti-VIH est un élément important car l'ulcération génitale est un marqueur de risque d'infection au VIH. Des tests de base doivent être ordonnés après la première visite et le test de dépistage des anticorps anti-VIH devrait être repris après 12 semaines.
- La vaccination contre l'hépatite B est aussi une mesure recommandée chez les sujets n'ayant pas été immunisés contre le virus causant cette infection (consulter le chapitre intitulé *Hépatite B*).

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les cas de maladie à déclaration obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux devraient être signalés aux autorités sanitaires régionales (consulter les chapitres sur les infections particulières pour connaître les exigences en matière de déclaration).
- La notification des partenaires est d'une importance primordiale pour empêcher une flambée lorsqu'il s'agit de l'une des affections ulcéreuses rares d'origine bactérienne présentées dans la présente rubrique.
- Lorsqu'il faut traiter comme s'il s'agissait d'une syphilis, d'un chancre mou, d'un LGV ou d'un granulome inguinal, il convient de repérer tous les partenaires ayant eu

des rapports sexuels avec le cas de référence, leur faire subir un examen clinique et leur administrer un traitement approprié.³ Pour obtenir des précisions sur la notification des partenaires et le traitement de l'infection, consulter les chapitres portant sur le LGV, la syphilis et le chancre mou.

- Les autorités sanitaires régionales peuvent aider le clinicien à notifier les partenaires et à les orienter pour qu'ils subissent des épreuves cliniques, reçoivent des traitements et bénéficient de services d'information sanitaire.

Suivi

- Il faut prévoir une visite de suivi pour évaluer le cas du patient.
 - Chancre mou ou granulome inguinal : si le patient a été fidèle au traitement prescrit, que ses symptômes sont disparus *et* qu'il ne risque pas d'être de nouveau en contact avec un partenaire non traité, il n'est pas recommandé de lui faire subir encore une fois des épreuves diagnostiques.
 - LGV : consulter le chapitre intitulé *Lymphogranulome vénérien*.
 - Infection génitale au HSV : nul besoin de faire l'essai d'un traitement.
 - Syphilis : consulter le chapitre intitulé *Syphilis*.
- Il faut décider à quelle étape il conviendra d'ordonner un test de dépistage des anticorps anti-VIH. Pour la plupart des patients souffrant d'une ulcération génitale aiguë, il est trop précoce de leur faire subir un sérodiagnostic de l'infection au VIH.

Considérations spéciales

Enfants

- Il faut examiner la possibilité d'un abus sexuel lorsqu'on découvre une ulcération génitale chez un enfant après la période néonatale. Il convient alors de consulter un confrère d'expérience (consulter le chapitre intitulé *Abus sexuels*).
- Signalement des cas d'agression sexuelle
 - Il faut signaler tous les abus sexuels chez un enfant à l'organisme régional de protection de l'enfance.
 - Les autorités sanitaires régionales peuvent aider à trouver la source de l'infection et à évaluer le risque de transmission.
- Autant que possible, il est fortement recommandé d'évaluer le cas de l'enfant dans un centre spécialisé, ou avec l'aide de celui-ci (consulter les annexes F et G: Preuves médico-légales et services de médecine légale).

Références

1. Mertz KJ, Trees D, Levine WC, et al. Etiology of genital ulcers and prevalence of human immunodeficiency virus infection in 10 US cities. The Genital Ulcer Disease Surveillance Group. *J Infect Dis* 1998;178:1795–1798.
2. DiCarlo RP, Martin DH. The clinical diagnosis of genital ulcer disease in men. *Clin Infect Dis* 1997;25:292–298.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease guidelines 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002;51(RR-6):11–25.

4. Ballard R. Genital ulcer adenopathy syndrome. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, et al, eds. *Sexually Transmitted Diseases*. Toronto, ON: McGraw Hill; 1999: 887-892.
5. Piot P, Meheus A. Genital ulcerations. In: Taylor-Robinson D, ed. *Clinical Problems in Sexually Transmitted Diseases*. Boston, MA: Martinus Nyhoff; 1985: 207.
6. Celum CL. The interaction between herpes simplex virus and human immunodeficiency virus. *Herpes* 2004;11(suppl 1):36A–45A.
7. Section de la santé sexuelle et les infections transmises sexuellement, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada. Cas signalés et taux des ITS à déclaration obligatoire du 1^{er} janvier au 30 juin 2004 et du 1^{er} janvier au 30 juin 2003. Ottawa, ON: Agence de santé publique du Canada; 2004. Consultation du site Web à l'adresse suivante : www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stdcases-casmts/index.html. Consulté le 18 janvier 2005.
8. Sarwal S, Shahin R, Ackery J-A, Wong T. Infectious syphilis in MSM, Toronto, 2002: outbreak investigation. Communication présentée au : Congrès de la Société internationale pour la recherche sur les maladies transmises sexuellement; juillet 2003; Ottawa, ON. Résumé 0686.
9. Shahin R, Sarwal S, Ackery J-A, Wong T. Infectious syphilis in MSM, Toronto, 2002: public health interventions. Communication présentée au : Congrès de la Société internationale pour la recherche sur les maladies transmises sexuellement; juillet 2003; Ottawa, ON. Résumé 0685.
10. Nieuwenhuis RF, Ossewaarde JM, Gotz HM, et al. Resurgence of lymphogranuloma venereum in Western Europe: an outbreak of *Chlamydia trachomatis* serovar 12 proctitis in the Netherlands among men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2004;39:996–1003.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Lymphogranuloma venereum among men who have sex with men — Netherlands, 2003–2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004;53:985–988.
12. Kropp RY, Wong T, the Canadian LGV Working Group. Emergence of lymphogranuloma venereum in Canada. *CMAJ* 2005;172:1674–1676.
13. Wasserheit JN. Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis* 1992;19:61–77.
14. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Direction de santé publique. Campagne provinciale de prévention de la syphilis « Je suis Phil ». 1. La syphilis, état de situation et caractéristiques. Québec, QC: Direction de santé publique; 2004.
15. Corey L, Holmes KK. Clinical course of genital herpes simplex virus infections: current concepts in diagnosis, therapy, and prevention. *Ann Intern Med* 1983;48:973–983.
16. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic and some biologic features. *Clin Microbiol Rev* 1999;12:187–209.
17. Mabey D, Peeling RW. Lymphogranuloma venereum. *Sex Transm Infect* 2002;78:90–92.

18. Leibowitch M, Staughton R, Neill S, Barton S, Marwood R. *An Atlas of Vulval Disease: A Combined Dermatological, Gynaecological and Venereological Approach*. London: Martin Dunitz; 1995.
19. Lynch PJ, Edwards L. *Genital Dermatology*. Oxford: Churchill Livingstone; 1994.
20. Wald A, Ashley-Morrow R. Serological teITSng for herpes simplex virus (HSV)-1 and HSV-2 infection. *Clin Infect Dis* 2002;35(suppl 2):S173–S182.
21. Black MM, McKay M, Braude P. *Obstetric and Gynecologic Dermatology*. London: Mosby-Wolfe; 1995.
22. Santé Canada. Lignes directrices canadiennes pour les MTS, Édition de 1998. Ottawa, ON : Santé Canada; 1998.
23. Organisation mondiale de la santé. Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2001.
24. Wu JJ, Huang DB, Pang KR, Tying SK. Selected sexually transmitted diseases and their relationship to HIV. *Clin Dermatol* 2004;22:499–508.
25. Association for Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases, Clinical Effectiveness Group. *2001 National Guideline for the Management of Donovanosis (Granuloma Inguinale)*. British Association for Sexual Health and HIV website. Available at: www.bashh.org/guidelines/2002/donovanosis_0901b.pdf. Accessed September 22, 2005.
26. Greenblatt RB, Barfield WE, Dienst RB, West RM. Terramycin in the treatment of granuloma inguinale. *J Vener Dis Inf* 1951;32:113–115.
27. Lal S, Garg BR. Further evidence of the efficacy of co-trimoxazole in the donovanosis. *Br J Vener Dis* 1980;56:412–413.
28. Robinson HM, Cohen MM. Treatment of granuloma inguinale with erythromycin. *J Invest Dermatol* 1953;20:407–409.
29. Bowden FJ, Mein J, Plunkett C, BaITSan I. Pilot study of azithromycin in the treatment of genital donovanosis. *Genitourin Med* 1996;72:17–19.