



ULCÉRATIONS GÉNITALES (UG)

Ce chapitre des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement Édition 2006 a été révisé et mis à jour en date d'Octobre 2007. Le tableau ci-dessous résume les importants changements apportés au chapitre et met en référence les pages correspondant à la copie courante en papier des lignes directrices.

<u>Section</u>	<u>Page #</u>	<u>Formulation Courante</u>	<u>Mise à jour/Clarification</u>
Considérations spéciales Enfants	125	Nouvel énoncé requis pour clarifier la prise en charge des personnes nommées dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants.	Ajouté comme puce # 2 Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage. Voir le chapitre "Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères".

ULCÉRATIONS GÉNITALES (UG)

Étiologie

Définition

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

ITS

- Pour la plupart des patients jeunes et sexuellement actifs souffrant d'ulcérations génitales (UG), l'étiologie est liée à une ITS. Les UG sont le plus souvent attribuables au virus Herpes simplex de type 1 ou 2 (VHS-1 ou VHS-2), qui cause l'herpès génital¹. Un examen minutieux peut permettre de découvrir plus d'un agent causal². Voici d'autres ITS susceptibles d'être à l'origine d'UG :
 - *Treponema pallidum* spp., qui cause la syphilis primaire;
 - *Haemophilus ducreyi*, qui cause le chancre mou;
 - *Chlamydia trachomatis* de sérotype L1, L2 ou L3, qui cause la lymphogranulomatose vénérienne (LGV);
 - *Klebsiella granulomatis*, qui cause le granulome inguinal (donovanose).

Infections ou troubles non reliés à des ITS

- Des infections ou troubles non reliés à des ITS peuvent aussi causer des UG (voir, plus loin dans le texte, le paragraphe intitulé « Diagnostic différentiel »).
- Même après une évaluation complète, il est impossible d'établir un diagnostic d'après des analyses en laboratoire dans au moins 25 % des cas d'UG³.

Épidémiologie

- Les UG peuvent être liées à un certain nombre de facteurs : région géographique où la relation sexuelle a eu lieu; facteurs socioéconomiques; sexe des partenaires sexuels ; nombre de partenaires; statut sérologique pour l'infection par le VIH et prévalence des infections dans la région; toxicomanie; industrie du sexe (travailleurs ou travailleuses du sexe et leurs clients) ; circoncision⁴.
- Les UG représentent tout au plus 5 % des consultations médicales pour une éventuelle ITS⁵.
- De 70 à 80 % des UG sont causées par VHS de type 1 ou 2.
- Les ulcérations génitales chez les sujets actifs sexuellement peuvent être associées à deux agents pathogènes ou plus².
- Les femmes et les hommes souffrant d'UG courent un risque accru de contracter ou de transmettre le VIH⁶.
- Au Canada, la syphilis et la LGV sont rarement les causes d'UG. Cependant, le risque devrait être envisagé chez les sujets qui ont des relations sexuelles au cours d'un séjour dans des régions où ces infections sont endémiques et chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Lorsque ce risque est présent, on

peut assister à une flambée localisée. 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, des flambées régionales de syphilis infectieuse ont été constatées à Vancouver, au Yukon, à Calgary, à Edmonton, à Toronto, à Ottawa, à Montréal et à Halifax⁷⁻⁹.
- 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 constate des flambées de LGV rectale chez les HARSAN. Des cas ont été signalés récemment en Amérique du Nord. La fréquence de coinfection au VIH ou au virus de l'hépatite C¹⁰⁻¹¹ y est très élevée, y compris au Canada¹².
- L'infection au VIH accroît le risque de transmission d'UG causées par des ITS. L'inverse est aussi vrai¹³

Facteurs de risque

- Facteurs de risque d'UG liées à des ITS¹⁴
 - Relations sexuelles avec :
 - o HARSAN;
 - o une personne atteinte d'UG;
 - o un nouveau partenaire;
 - o un partenaire originaire d'une région où les UG sont endémiques ou qui a séjourné dans une telle région;
 - o des travailleurs de l'industrie du sexe et leurs clients;
 - o un partenaire anonyme (p. ex., rencontré via le réseau Internet, dans un sauna ou lors d'une « soirée rave »);
 - o une personne infectée par le VIH;
 - Tourisme dans des régions où les UG sont endémiques;
 - Séjour dans une région du Canada où des flambées de cas d'ITS sont enregistrées (syphilis, par exemple);
 - Antécédents de lésions génitales ou d'ITS;
 - Toxicomanie (chez un des deux partenaires, ou chez les deux).

Prévention

- L'activité sexuelle impliquant des contacts avec une muqueuse (buccale, anale, génitale) peut être associée aux ulcérations transmissibles sexuellement. Aux patients qui se montrent préoccupés par les ITS ou la contraception, il convient de donner de l'information sur l'efficacité des méthodes barrières pour prévenir la transmission des ITS et du VIH ainsi que des conseils sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »).
- Il faut déterminer les obstacles à la prévention et donner aux patients des moyens de les surmonter (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »).
- Si l'UG est causée par une ITS d'origine bactérienne, le patient et ses partenaires sexuels devraient attendre que leurs traitements soient terminés avant d'avoir des relations sexuelles

non protégées. Pour l'herpès génital, voir le chapitre « Infections génitales au virus Herpès Simplex ».

Manifestations

- En raison du manque de sensibilité et de spécificité de la ou des lésions, le diagnostic est souvent erroné lorsqu'il n'est fondé que sur l'évaluation clinique 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 également être différent.

Tableau 1. Manifestations

ITS	Site	Aspect	Autres signes et symptômes
Virus <i>Herpès simplex</i> ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les deux sexes, n'importe où dans la région recouverte par un « caleçon boxeur » • Hommes : gland, prépuce, corps du pénis, anus, rectum (HARSAH)* • 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 fluctuant et sensibles, très fréquents à l'occasion de l'infection primaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Ulcères habituellement douloureux ou prurigineux, ou les deux à la fois • Douleur dans la région génitale • Symptômes généraux : la fièvre, des malaises et une pharyngite sont courants à l'occasion de l'infection primaire
Syphilis primaire (voir aussi le chapitre « Syphilis »)	<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 % des cas • Bords et base lisses 	<ul style="list-style-type: none"> • Ganglions lymphatiques souvent fermes, hypertrophiés, non fluctuants, non douloureux à la palpation

HARSAH = hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Tableau 1. Manifestations (suite)

ITS	Site	Aspect	Autres signes et symptômes
Chancre mou	<ul style="list-style-type: none"> • Au point d'inoculation 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ou plusieurs ulcérations nécrosantes et douloureuses • 2 ou plusieurs ulcérations dans 50 % des cas 	<ul style="list-style-type: none"> • Adénopathie régionale douloureuse et suppurante accompagnée d'un érythème et d'un œdème de la peau sus-jacente
Lympho-granulomatose vénérienne	<ul style="list-style-type: none"> • Au point d'inoculation 	<ul style="list-style-type: none"> • Papule unique indolore disparaissant spontanément, pouvant s'ulcérer, suivie quelques semaines plus tard d'une adénopathie douloureuse inguinale et (ou) fémorale, la plupart du temps unilatérale, et(ou) d'une rectocolite. Flambées récentes chez les HARSAH* caractérisées principalement par la rectocolite • Si l'infection est non traitée, une fibrose peut entraîner l'apparition de fistules et de sténoses, causer une obstruction lymphatique, et provoquer ainsi l'éléphantiasis 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes et signes de l'urétrite

HARSAH = hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Tableau 1. Manifestations (suite)

ITS	Site	Aspect	Autres signes et symptômes
Granulome inguinal	<ul style="list-style-type: none"> • Au point d'inoculation 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ou plusieurs lésions ulcéreuses, évolutives • Richement vascularisé (coloration rouge vif) • Saigne facilement au toucher • 2 ou plusieurs lésions dans 50 % 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	% des UG liées à des ITS	Période d'incubation
Herpès (l'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
Lymphogranulomatose vénérienne	< 1 %	de 3 à 30 jours
Granulome inguinal	< 1 %	de 1 à 180 jours

ITS = infections transmissibles sexuellement

UG = ulcérations génitales

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

Fongiques	Virales	Bactériennes
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Candida</i> • Champignons causant des mycoses profondes (rare) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cytomégalovirus (rare) • Varicelle ou Virus <i>herpes-zoster</i> (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 (p. ex., la 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"> – eczéma de contact, – érythème multiforme (presque toujours associé à l'infection au VHS), – 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 Behçet • <i>Pyoderma gangrenosum</i> • Éruption médicamenteuse fixe • Lupus érythémateux • Maladie de Crohn • Vasculite 	<ul style="list-style-type: none"> • Épithélioma malpighien spino-cellulaire • Néoplasie intra-épithéliale vulvaire • Affections moins fréquentes : <ul style="list-style-type: none"> – maladie de Paget extramammaire, – carcinome basocellulaire, – lymphome, leucémie, – histiocytose X

VHS = virus Herpes simplex

- Autres causes de lésions ulcéreuses de la peau et des muqueuses :
 - trauma (moins fréquent);
 - idiopathique : dans un contexte de recherche, on ne trouve pas de causes précises dans 12 à 51 % des cas d'ulcération génitale. L'orientation vers des spécialistes pourrait contribuer à réduire ce pourcentage⁴.

Diagnostic de laboratoire et prélèvement d'échantillons

Dans tous les cas d'UG, une analyse d'identification virale du VHS et une sérologie pour la syphilis devrait faire partie des examens essentiels.

- Prévenir d'avance le laboratoire lorsque des analyses particulières sont nécessaires. La consultation d'un collègue ayant une expertise en matière d'UG peut être justifiée.
- Pour toutes les ulcérations vulvaires, il convient de demander des biopsies, des cultures, des frottis et une sérologie, s'il y a lieu.

Virus de l'Herpes simplex

- Voir le chapitre « Infections génitales au virus Herpes simplex ».
- 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 détection du VHS en raison des faux positifs associés au diagnostic clinique. L'utilité de recommencer l'épreuve après un test positif est presque toujours limitée. Le typage est important pour faciliter la discussion avec le patient sur l'histoire naturelle de la maladie, l'évaluation des partenaires sexuels et la prévention.
- Identification virale
 - Identification virale soit par mise en culture virale ou par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) ou, si ces analyses ne sont pas disponibles, par test de détection des antigènes.
 - Pour la culture, la recherche du virus devrait être effectuée sur au moins trois pustules ou vésicules découvertes ou ulcères humides à moins qu'une infection au VHS ait été confirmée antérieurement par une épreuve de laboratoire. Le transport du prélèvement doit s'effectuer à l'aide d'un milieu de transport viral spécial.
 - Les TAAN sont jugés les plus efficaces, mais peu de laboratoires sont en mesure de les effectuer (voir le chapitre « Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement »).
- Anticorps spécifique de type pour le VHS
 - En présence d'un cas d'herpès génital potentiel et si deux tests d'identification virale se sont révélés négatifs ou si les analyses sont difficiles à effectuer lorsque des lésions sont apparentes ou rares, une sérologie spécifique de type peut être pertinente pour attester l'herpès génital²⁰. Si les tests sérologiques du VHS de type 1 et de type 2 sont négatifs 12 semaines après l'apparition du premier symptôme, l'herpès génital est peu probable.
 - Au Canada, peu de laboratoires effectuent les tests sérologiques de type du VHS.

T. pallidum

- Voir le chapitre « Syphilis ».
- Identification : obtenir un échantillon des sécrétions des ulcérations pour les examiner au microscope à fond noir ou leur faire subir un test de détection des anticorps par l'immunofluorescence directe. Vérifier si votre laboratoire local peut effectuer ces analyses, car celles-ci ne sont pas courantes.
- Sérologie :
- La sérologie de la syphilis devrait inclure une analyse non tréponémique (p. ex., test rapide de la réagine plasmatique [test RPR], test VDRL) ou une analyse tréponémique par essai immuno-enzymatique (ELISA). Puisque les analyses tréponémiques sont beaucoup plus

sensibles que les analyses non tréponémiques dans le cas de syphilis primaire, de nombreux experts préconisent les analyses tréponémiques lorsqu'une syphilis primaire est soupçonnée. Bien que les essais immuno-enzymatiques soient très sensibles, ils peuvent manquer de spécificité, par conséquent si l'analyse ELISA tréponémique s'avère positive, une analyse confirmatoire par un deuxième test tréponémique est requise (p. ex., TP-PA, MHA-TP, FTA-ABS).

- Si les analyses sérologiques non tréponémiques sont positives, il convient de confirmer le résultat à l'aide d'une analyse tréponémique (p. ex., test d'agglutination passive de *Treponema pallidum* [test TP-PA], test de microhémagglutination de *Treponema pallidum* [test MHA-TP] ou test d'immunofluorescence indirecte de *Treponema pallidum* [test FTA-ABS]) si ces analyses n'ont pas déjà été prescrites (voir le chapitre « Syphilis »).
- Les analyses sérologiques devraient être reprises de 2 à 4 semaines après la première épreuve négative s'il y a un risque de syphilis.
- On prescrira un examen au microscope à fond noir d'un prélèvement provenant des lésions ou un test d'immunofluorescence de *Treponema pallidum* si ceux-ci sont disponibles.

Autres causes

- Si les antécédents, les facteurs de risque et les signes physiques justifient des tests de détection d'UG moins courantes, des analyses de laboratoire particulières peuvent être nécessaires pour trouver les causes des affections ulcéreuses. Des tests de détection du chancre mou, de la LGV et du granulome inguinal peuvent s'avérer pertinents.
- *Haemophilus ducreyi* (chancre mou)
 - Voir le chapitre « Chancre mou ».
 - Culture bactérienne sur milieu spécial (prendre d'avance avec le laboratoire les dispositions qui s'imposent).
 - TAAN, si c'est possible (p. ex., polymérase en chaîne [PCR]).
 - Coloration de Gram, peut être utile (voir le chapitre « Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement »).
- *Chlamydia trachomatis* de sérotype L1, L2 ou L3 (LGV)
 - Voir le chapitre « Lymphogranulomatose vénérienne ».
 - Identification de *Chlamydia trachomatis* par mise en culture, TAAN ou analyse sérologique, suivie d'une confirmation des sérotypes causant la LGV par séquençage de l'ADN ou par 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 patient devrait donc être orienté vers un collègue possédant une expertise en la matière, surtout s'il présente l'une des caractéristiques suivantes :

- Voyage;

- HARSAH;
 - une personne infectée par le VIH;
 - un sujet immunodéprimé;
 - une maladie systémique.
- En cas de lésions atypiques ou qui ne guérissent pas, la biopsie peut s'imposer et le médecin devrait diriger son patient vers un collègue possédant une expertise en la matière²¹.

Prise en charge²²

Si les résultats des analyses ne sont pas disponibles

- Considérations thérapeutiques à envisager
 - Le traitement empirique du chancre mou, de la LGV et de la syphilis devrait être discuté avec un spécialiste de la région ou un représentant de la santé publique surtout si l'on a des doutes sur la possibilité d'un suivi avec les patients et qu'ils présentent les facteurs de risque de ces maladies,
 - Dès la première visite, le traitement de l'herpès génital devrait être envisagé dans presque tous les cas d'UG, surtout si les symptômes sont caractéristiques.
- Pour plus d'information, voir les chapitres « Chancre mou », « Lymphogranulomatose vénérienne » et « Syphilis ».

Si les résultats des analyses RPR, VDRL, TP-PA, MHA-TP, de l'examen au microscope à fond noir ou du test d'immunofluorescence sont connus

- Résultats positifs (présence de spirochètes mobiles en forme de tire-bouchon) : traiter comme s'il s'agissait d'une syphilis (voir le chapitre « Syphilis »).
- Résultats négatifs à l'examen au microscope à fond noir, aux tests d'immunofluorescence *et* aux tests de détection de l'infection au VHS et de l'*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 être assuré.
- Autrement :
 - Résultats négatifs des analyses de laboratoire avec tableau clinique caractéristique d'une infection au VHS : envisager de traiter comme s'il s'agissait d'une infection au VHS (voir le chapitre « Infections génitales au virus Herpes simplex »).
 - Tableau clinique évocateur d'un chancre mou : traiter comme s'il s'agissait d'un chancre mou (voir le chapitre « Chancre mou »).

Traitement²³

- Pour connaître les recommandations sur le traitement de la syphilis, de l'infection au VHS, du chancre mou et de la LGV, voir les chapitres se rapportant à chacune de ces infections.
- Le traitement des ITS ulcéreuses chez les patients co-infectés par le VIH peut s'avérer complexe²⁴. Voir les chapitres se rapportant aux infections particulières, ou consulter un collègue d'expérience en cas de manque de connaissances.

Granulome inguinal^{3,25-29}

- Traitement privilégié :
 - Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 21 jours (selon les résultats d'études sur d'anciennes préparations de tétracyclines) [C-III];
 - Triméthoprime/sulfaméthoxazole, double concentration, p.o., 2 f.p.j., pendant 21 jours [C-III].
- Autres traitements :
 - Ciprofloxacine, 750 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 21 jours [C-III];
 - Érythromycine, 500 mg, p.o., 4 f.p.j., pendant 21 jours [C-III];
 - Azithromycine, 500 mg, p.o., 1 f.p.j., ou 1g par semaine, pendant au moins 21 jours [C-III].

Prises en considération d'autres ITS

- Voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement ».
- Faire un ou plusieurs prélèvements pour diagnostiquer les infections à *Chlamydia trachomatis* ou à gonocoques et les autres ITS, s'il y a lieu (y compris la LGV, le chancre mou et le granulome inguinal si le sujet a visité une région où ces infections sont endémiques).
- Il est recommandé de prescrire un test de dépistage des anticorps anti-VIH et de fournir le counselling approprié (voir le chapitre « Infections au virus de l'immunodéficience humaine »). Les patients atteints d'une syphilis, d'une LGV et d'un chancre mou courent un risque accru d'une infection concomitante au VIH³. Le délai à l'intérieur duquel est subi le test de dépistage des anticorps anti-VIH constitue un élément important car l'ulcération génitale est un marqueur de risque d'infection au VIH. Des tests de base devraient être prescrits après la première visite et le test de dépistage des anticorps anti-VIH devrait être repris après 12 semaines.
- L'immunisation contre l'hépatite B est aussi une mesure recommandée chez les sujets qui n'ont pas été immunisés et qui n'ont pas d'immunité contre le virus (voir le chapitre « Infections au virus de l'hépatite B »).
- Discuter le vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • DCC-2 (2007) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) *Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain*.

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 départements de santé publique locaux (voir les chapitres sur les infections particulières pour connaître les exigences en matière de déclaration).
- La notification aux 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'une LGV ou d'un granulome inguinal, tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles devrait se soumettre à une évaluation clinique, y compris les tests de dépistage et le traitement³. Pour des précisions sur la notification aux partenaires et le traitement de l'infection, voir les chapitres portant sur la LGV, la syphilis et le chancre mou.
- Les départements de santé publique locaux peuvent aider le clinicien à notifier les partenaires et à les orienter pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des analyses diagnostiques, reçoivent des traitements et bénéficient de services d'éducation à la santé.

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 ont disparu *et* qu'il ne risque pas d'être de nouveau en contact avec un partenaire non traité, il n'a pas à subir encore une fois des analyses diagnostiques.
 - LGV : voir le chapitre « Lymphogranulomatose vénérienne ».
 - Infection génitale au VHS : nul besoin de faire des tests de contrôle.
 - Syphilis : voir le chapitre « Syphilis ».
- La période fenêtre doit être prise en considération si un test de dépistage des anticorps anti-VIH est considéré à cette étape. Il sera trop précoce dans la période fenêtre pour établir un sérodiagnostic de l'infection au VIH chez la plupart des patients se présentant avec une ulcération génitale aiguë.

Considérations spéciales

Enfants

- L'abus sexuel devrait être soupçonné lorsqu'une ulcération génitale est détectée chez un enfant après la période néonatale. Il convient alors de consulter un collègue possédant une expertise auprès de cette clientèle (voir le chapitre « Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères »).
- Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage. Voir le chapitre "Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères".
- 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 départements de santé publique locaux peuvent aider à trouver la source de l'infection et à évaluer le risque de transmission.
- Autant que possible, le cas de l'enfant devrait être évalué dans un centre spécialisé, ou avec l'aide d'un tel centre (voir les annexes F et G).

Références

1. MERTZ, K.J., D. TREES, W.C. LEVINE et coll. « Etiology of genital ulcers and prevalence of human immunodeficiency virus infection in 10 US cities », The Genital Ulcer Disease Surveillance Group, *Journal of Infectious Diseases*, vol. 178, 1998, p. 1795-1798.
2. DICARLO, R.P. et D.H. MARTIN. « The clinical diagnosis of genital ulcer disease in men », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 25, 1997, p. 292-298.
3. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Sexually transmitted disease guidelines 2002 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 51, RR-6, 2002, 11-25.
4. BALLARD, R. « Genital ulcer adenopathy syndrome », dans K.K. Holmes KK, P.F. Sparling et P.A. Mardh (sous la dir. de). *Sexually Transmitted Diseases*, Toronto, McGraw Hill, 1999, p. 887-892.
5. PIOT, P. et A. MEHEUS. « Genital ulcerations », dans D. Taylor-Robinson (sous la dir. de), *Clinical Problems in Sexually Transmitted Diseases*, Boston, Martinus Nyhoff, 1985, p. 207.
6. CELUM, C.L. « The interaction between herpes simplex virus and human immunodeficiency virus », *Herpes*, vol. 11, suppl. 1, 2004, p. S36-S45.
7. 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, Agence de santé publique du Canada; 2004, [en ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stdcases-casmts/index.html] (18 janvier 2005)
8. SARWAL, S., R. SHAHIN, J.A. ACKERY et T. WONG. « Infectious syphilis in MSM, Toronto, 2002: Outbreak investigation », communication présentée au Congrès de la Société internationale pour la recherche sur les maladies transmises sexuellement, Ottawa, juillet 2003, résumé 0686.
9. SHAHIN, R., S. SARWAL, J.A. ACKERY et T. WONG. « 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, Ottawa, juillet 2003, résumé 0685.
10. NIEUWENHUIS, R.F, J.M. OSSEWAARDE, H.M. GOTZ et coll. « 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 », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 39, 2004, p. 996-1003.
11. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Lymphogranuloma venereum among men who have sex with men – Netherlands, 2003-2004 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 53, 2004, p. 985-988.
12. KROPP, R.Y. et T. WONG. « Emergence of lymphogranuloma venereum in Canada », Canadian LGV Working Group, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 172, 2005, p. 1674-1676.
13. WASSERHEIT, J.N. « Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 19, 1992, p. 61-77.
14. AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE, DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Campagne provinciale de prévention de la syphilis « Je suis Phil ». 1. La syphilis, état de situation et*

- caractéristiques*, Québec, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 2004.
15. COREY, L. et K.K. HOLMES. « Clinical course of genital herpes simplex virus infections: Current concepts in diagnosis, therapy, and prevention », *Annals of Internal Medicine*, vol. 48, 1983, p. 973-983.
 16. SINGH, A.E. et B. ROMANOWSKI. « Syphilis: Review with emphasis on clinical, epidemiologic and some biologic features », *Clinical Microbiology Reviews*, vol. 12, 1999, p. 187-209.
 17. MABEY, D. et R.W. PEELING. « Lymphogranuloma venereum », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 78, 2002, p. 90-92.
 18. LEIBOWITCH, M., R. STAUGHTON, S. NEILL, S. BARTON et R. MARWOOD. *An Atlas of Vulval Disease: A Combined Dermatological, Gynaecological and Venereological Approach*, Londres, Martin Dunitz, 1995.
 19. LYNCH, P.J. et L. EDWARDS. *Genital Dermatology*, Oxford, Churchill Livingstone, 1994.
 20. WALD, A. et R. ASHLEY-MORROW. « Serological teITSng for herpes simplex virus (HSV)-1 and HSV-2 infection », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 35, suppl. 2, 2002, p. S173-S182.
 21. BLACK, M.M., M. MCKAY et P. BRAUDE. *Obstetric and Gynecologic Dermatology*, Londres, Mosby-Wolfe, 1995.
 22. SANTÉ CANADA. *Lignes directrices canadiennes pour les MTS, édition de 1998*, Ottawa, 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, J.J., D.B. HUANG, K.R. PANG et S.K. TYRING. « Selected sexually transmitted diseases and their relationship to HIV », *Clinics in Dermatology*, vol. 22, 2004, p. 499-508.
 25. ASSOCIATION FOR GENITOURINARY MEDICINE AND THE MEDICAL SOCIETY FOR THE STUDY OF VENEREAL DISEASES, CLINICAL EFFECTIVENESS GROUP. *2001 National Guidelines for the Management of Donovanosis (Granuloma Inguinale)*, British Association for Sexual Health and HIV, [en ligne]. [www.bashh.org/guidelines/2002/donovanosis_0901b.pdf] (22 septembre 2005)
 26. GREENBLATT, R.B., W.E. BARFIELD, R.B. DIENST et R.M. West. « Terramycin in the treatment of granuloma inguinale », *The Journal of Venereal Disease Information*, vol. 32, 1951, p. 113-115.
 27. LAL, S. et B.R. GARG. « Further evidence of the efficacy of co-trimoxazole in the donovanosis », *British Journal of Venereal Diseases*, vol. 56, 1980, p. 412-413.
 28. ROBINSON, H.M. et M.M. COHEN. « Treatment of granuloma inguinale with erythromycin », *Journal of Investigative Dermatology*, vol. 20, 1953, p. 407-409.
 29. BOWDEN, F.J., J. MEIN, C. PLUNKETT et I. BASTIAN. « Pilot study of azithromycin in the treatment of genital donovanosis », *Genitourinary Medicine*, vol. 72, 1996, p. 17-19.