

Un herpès récidivant au niveau génital chez une « migrante »

par les Drs Pierre FRANCES*, Thomas CAVAILHES**, Victoria GRANIER***, Thomas BESSON**** et Marie VARRO****

* Médecin généraliste
F - 66650 Banyuls-sur-mer
frances.pierre66650@gmail.com

** Interne en médecine générale
F - 34000 Montpellier

*** Externe
F - 30000 Nîmes

**** Externes
F - 34000 Montpellier

Les auteurs déclarent ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

ABSTRACT

History of a woman with a painless genital ulcer.

Keywords : syphilis, sexual transmitted disease, HIV

RÉSUMÉ

Histoire d'une femme avec un ulcère génital.

Mots-clés : syphilis, maladie sexuellement transmissible, VIH

Josette est une nouvelle patiente de 72 ans qui vient juste de s'installer dans notre cité balnéaire.

Je la rencontre car, depuis quelques jours, son mari infirmier a observé la présence de lésions génitales chez sa femme.

Il attribue ces entités à une récurrence d'un herpès génital car son épouse est porteuse chronique de cette virose.

Josette nous explique que pour une fois, cette nouvelle poussée est asymptomatique, contrairement aux autres épisodes très douloureux. Elle souhaite cependant que je lui prescrive un antirétroviral.

Dans cette situation, quelle attitude devez-vous avoir ?

Bien entendu, je pourrais dans ce cas de figure m'en tenir à prescrire un antirétroviral pour plusieurs raisons :

- l'existence de longue date de cette virose qui est connue et déjà prise en charge par des confrères ;
- l'œil de son époux qui est infirmier et qui a des connaissances en virologie.

Cependant, deux facteurs doivent me conduire à examiner cette patiente :

- le fait que sa lésion soit tout à fait asymptomatique, ce qui n'est pas coutumier d'un herpès génital ;
- le fait que je ne connaisse pas cette patiente et les raisons qui ont été responsables d'une contamination par un herpès chez elle.

En conséquence, après avoir longuement discuté, nous avons conclu de la nécessité d'un examen clinique de cette patiente pour s'assurer de la véracité du diagnostic posé par le mari.



Photo : lésion unique érythémateuse et bien délimitée d'une grande lèvre.

Que pensez-vous de l'aspect de la lésion observée (photo) et, mis à part cette formation unique au niveau d'une grande lèvre, quels autres éléments cliniques allez-vous rechercher ?

Je note une ulcération superficielle érythémateuse et bien circonscrite au niveau d'une grande lèvre.

Au toucher, cette lésion semble indurée au niveau de sa base et, lors la pression, je reste étonné de l'absence de douleurs.

Compte tenu de cet élément, il est important d'effectuer un examen régional.

Ainsi, j'ai pu mettre en évidence la présence d'une adénopathie d'assez grande taille (près de 2 cm) et de petits ganglions tout autour.

Au vu de l'ensemble des éléments cliniques obtenus, je me suis empressé d'effectuer un bilan biologique.

J'ai recherché avant tout une syphilis car cette description clinique est fortement évocatrice de ce diagnostic.

En parallèle j'ai demandé la réalisation d'un bilan complémentaire d'autres infections sexuellement transmissibles (IST).

Sans surprise, le résultat de la sérologie syphilitique (TPHA) était positif.

Malheureusement, le reste du bilan nous a permis de mettre en évidence une co-infection par le VIH.

Nous sommes donc en présence d'un chancre syphilitique d'une grande lèvre chez une patiente ayant en parallèle une infection VIH.

La syphilis primaire

La syphilis est une infection sexuellement transmissible dont l'agent responsable est une bactérie (spirochète), le *Treponema pallidum*.

Cette affection avait disparu à la fin des années 90. Cependant, une importante recrudescence de cas a été mise en évidence au début des années 2000.

Cette augmentation du nombre de contaminations est observée principalement (80 % des cas) chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les autres hommes (HSH), élément qui doit nous conduire à une importante vigilance pour ces populations.

En fait, dans cette communauté, le recours à titre préventif à la PrEP (TRUVADA®, une association antirétrovirale) est à l'origine d'une réduction de l'utilisation du préservatif.

La PrEP est incontestablement efficace (près de 99 % de protection pour le VIH) mais n'empêche pas la survenue d'autres IST (cas de la syphilis).

Depuis 2015, le nombre de nouvelles contaminations dues à la syphilis s'est stabilisé chez les HSH. Par contre, chez les hétérosexuels et bisexuels, les cas de contamination sont en légère augmentation.

Clinique

Après une incubation dont la durée varie de 10 jours à 30 mois, on objective une lésion cutanée caractéristique de la syphilis primaire : le chancre.

C'est une ulcération peu profonde (elle est unique dans 75 % des cas) avec des limites bien précises. La base est indurée et un signe très évocateur du diagnostic est l'absence de douleur de cette formation.

Sa couleur est rose ou rouge et sa taille varie entre 5 et 20 mm.

La localisation est caractéristique :

- Chez l'homme, on retrouve le chancre au niveau du sillon balano-préputial (aspect en feuillet de livre), au niveau du gland, de la verge (aspect de battant de cloche), et au niveau du méat ;
- Chez la femme, la région vulvaire est souvent concernée (petites et grandes lèvres), le vagin, le col utérin, et plus rarement le mamelon. Il est cependant important de souligner que, du fait de la localisation souvent « masquée » de la lésion, le chancre passe souvent inaperçu chez les femmes ;
- Chez les femmes aussi bien que chez les hommes, il peut s'agir d'un panaris persistant, d'un chancre anorectal, mais aussi d'une atteinte de la sphère buccale (bouche, amygdales, langue).

En parallèle, comme nous l'avons noté dans notre cas clinique, il est important de rechercher une adénopathie satellite qui est observée entre 4 et 8 jours après l'apparition du chancre.

Elle est souvent de grande taille et parfois encadrée de ganglions de petite taille (« le préfet de l'aine »). Il ne faut pas perdre de vue qu'il existe des cas de figure parfois déroutants avec des chancres bourgeonnants ou parfois surmontés par des lésions croûteuses.

Le chancre disparaît le plus souvent au bout de 30 jours.

Diagnostic et traitement

Actuellement, il n'est pas justifiable de demander un examen direct (avec lecture au microscope) suite à la réalisation d'un prélèvement car cet examen est peu fiable et le rendement est souvent faible.

De ce fait, il est plus classique et recommandé de demander une sérologie.

Classiquement, il est important, en premier lieu, de demander la sérologie spécifique TPHA (*Treponema pallidum* Hemagglutination Assay) qui se positive dès le 7^e jour du chancre.

En cas de positivité, il est nécessaire d'effectuer secondairement une sérologie non spécifique VDRL (Venereal Disease Research laboratory test) qui se

positive le 10^e jour du chancre.
En fonction des résultats obtenus avec ces sérologies, nous pouvons mieux connaître les caractéristiques de cette IST (tableau 1).

	TPHA +	TPHA -
VDRL +	Syphilis évolutive (secondaire), syphilis guérie	Autres affections: bactéries, viroses, maladies auto-immunes, néoplasies
VDRL -	Syphilis primaire, syphilis guérie, syphilis tertiaire évoluant pour son propre compte	Syphilis très précoce (si importante présumption, demande d'une autre sérologie FTA = Fluorescent Treponemal Antibody absorption), ou traitée rapidement Absence de syphilis

Tableau 1 : interprétation d'une sérologie pour la syphilis

Le traitement de la syphilis primaire est simple car il repose sur l'association de benzathine-pénicilline à raison de 2 injections de 1.2MU dans chaque fesse. Les patients allergiques reçoivent de la doxycycline à raison de 200 mg sur 14 jours.

Il est impératif que le clinicien recontrôle la sérologie du patient infecté les 3^e et 6^e mois et, par la suite, au bout d'un an et de 2 ans.

Ce contrôle a pour but de s'assurer de l'absence d'une recontamination, cela d'autant plus que la syphilis survient au sein d'une population ayant des hauts risques de recontamination.

Conclusion

Ce cas nous montre qu'il est important d'effectuer un examen clinique complet chez la patiente pas nécessairement volontaire pour examiner la sphère génitale.

Ensuite, nous voyons qu'une co-infection par le VIH est possible (30 % des patients ayant une syphilis sont VIH positifs).

En revenant sur notre cas, il est important de bien informer la patiente des résultats obtenus et des conséquences sur son partenaire (dépistage et traitement éventuel).

Josette est restée très surprise lors de mon annonce et a fait son enquête auprès de son mari (il a 15 ans de moins qu'elle) qui lui a expliqué avoir des relations avec d'autres personnes (aussi bien des hommes que des femmes).

Cela a permis de clarifier les choses et a quelque peu ébranlé la stabilité du couple.

Bibliographie

1. Bessis D. Manifestations dermatologiques des maladies infectieuses, métaboliques et toxiques. Ed. Springer 2008.
2. Caumes E. Syphilis: le point en 2015. La Revue du Praticien Médecine Générale 2015; 29 (947): 632-634
3. Mokni M, Dupin N, Del Giudice P. Dermatologie infectieuse. Ed. Elsevier Masson 2014.
4. Shmaefsky B. Syphilis. Ed. Infobase Publishing 2004..