

Conduite à tenir devant une ulcération génitale et devant une balanite

Dr Nadia Valin

CeGIDD Saint Antoine

24/09/2025

Cas clinique 1

- Monsieur C, 24 ans, vient consulter pour une lésion sur le gland apparue il y a une semaine
- pas d'antécédent notable
- sous PREP en continue
- dernier dépistage total il y a 1 semaine

Que recherchez- vous à l'interrogatoire?

Que recherchez- vous à l'interrogatoire?

- antécédents notamment IST
- notion de traitement récent
- circonstances déclenchantes
- délai de survenue
- rapports non protégés y compris fellation
- signes associés : autre localisation, adénopathies, signes généraux
- point sur les vaccinations
- notion de voyages

Que recherchez- vous à l'interrogatoire?

- antécédent d'urétrite à gonocoque*2, aucun traitement en cours
- notion de contagé : personne de malade dans son entourage
- rapports non protégés y compris fellation : >20 partenaires par mois jamais protégés, dernier rapport ce week-end
- circonstances d'apparition : découverte fortuite, il y a 2 jours
- signes associés : pas d'autre atteinte cutanée ni muqueuse, adénopathie inguinale droite douloureuse, pas de fièvre
- point sur les vaccinations : à jour DTPcoq, immunisé VHA, VHB
- notion de voyages : pas de voyage hors France depuis >1an

Que recherchez vous l'examen clinique?

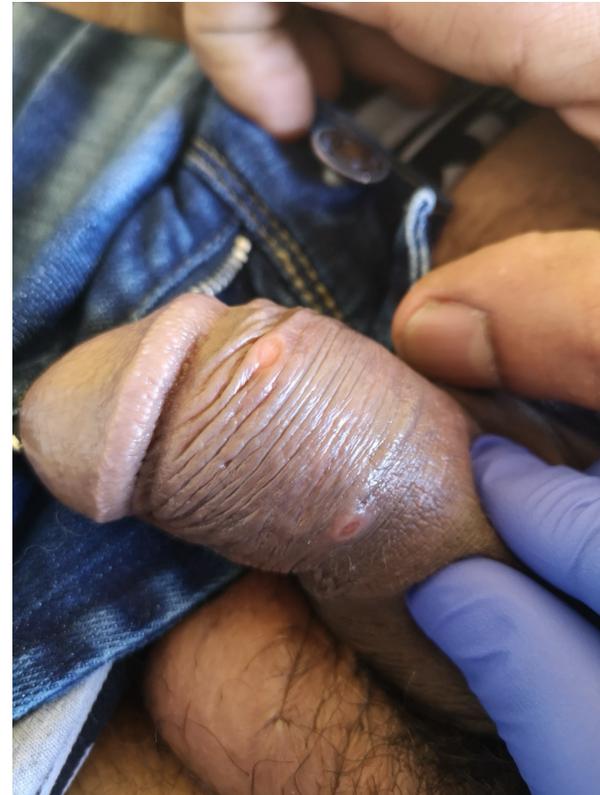
Que recherchez vous l'examen clinique?

Examen complet du patient y compris au niveau buccal, anal et génital

Recherche de ganglion

Recherche de signes généraux

- pas d'autre atteinte muqueuse
- pas de signe général
- quelques petits ganglions inguinaux



Quelles sont vos hypothèses diagnostiques?

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques?

- syphilis
- herpès genital
- Mpox
- Primo-infection VIH
- cause toxique : pas de traitement, pas de changement de lessive
- cause dermatologique : pas d'ATCD similaire

Quelles sont les caractéristiques du chancre qui peuvent vous orienter?

Quelles sont les caractéristiques du chancre qui peuvent vous orienter?

- Unique ou multiple
- Indolore ou douloureuse
- Propre ou sale

Quelles sont les caractéristiques du chancre qui peuvent vous orienter?

- multiple
- Indolore
- Propre

Quelle est votre prise en charge
diagnostique?

Quelle est votre prise en charge diagnostique?

- tout chancre est une syphilis jusqu'à preuve du contraire
- sérologie avec test tréponémique (TPHA ou TPLA ou EIA), si positif test non tréponémique systématique (VDRL, RPR)
- PCR herpès HSV1 et HSV2 sur la lésion
- prélèvement à la recherche de Mpox, double emballage et prévenir le laboratoire
- sérologie VIH, ARN VIH

Est ce qu'une sérologie négative élimine le diagnostic?

- Oui
- Non

Est ce qu'une sérologie négative élimine le diagnostic?

- Oui
- Non, le test tréponémique peut être négatif dans les 5 à 10 premiers jours du chancre
- le test tréponémique se positive vers J5-J10 puis le non tréponémique vers J10-J15

Quelle est votre prise en charge thérapeutique?

- benzathine pénicilline 1 injection de 2,4 Millions d'Unités + lidocaine 1% (0.5mL) en Intra musculaire, dose unique, sans attendre les résultats de la sérologie
- benzathine pénicilline 1 injection de 2,4 Millions d'Unités + lidocaine 1% (0.5mL) en Intra musculaire toutes les semaines pendant 3 semaines, sans attendre les résultats de la sérologie
- benzathine pénicilline 1 injection de 2,4 Millions d'Unités + lidocaine 1% (0.5mL) en Intra musculaire, dose unique, après les résultats de la sérologie
- benzathine pénicilline 1 injection de 2,4 Millions d'Unités + lidocaine 1% (0.5mL) en Intra musculaire toutes les semaines pendant 3 semaines, après les résultats de la sérologie

Quelle est votre prise en charge thérapeutique?

- benzathine pénicilline 1 injection de 2,4 Millions d'Unités + lidocaine 1% (0.5mL) en Intra musculaire, dose unique, sans attendre les résultats de la sérologie
- benzathine pénicilline 1 injection de 2,4 Millions d'Unités + lidocaine 1% (0.5mL) en Intra musculaire toutes les semaines pendant 3 semaines, sans attendre les résultats de la sérologie
- benzathine pénicilline 1 injection de 2,4 Millions d'Unités + lidocaine 1% (0.5mL) en Intra musculaire, dose unique, après les résultats de la sérologie
- benzathine pénicilline 1 injection de 2,4 Millions d'Unités + lidocaine 1% (0.5mL) en Intra musculaire toutes les semaines pendant 3 semaines, après les résultats de la sérologie

Que proposez- vous comme alternative si le patient est allergique vrai à la pénicilline?

- doxycycline matin et soir pendant 14 jours
- doxycycline matin et soir pendant 21 jours
- azithromycine 2g en dose unique

Que proposez- vous comme alternative si le patient est allergique vrai à la pénicilline?

- doxycycline matin et soir pendant 14 jours
- doxycycline matin et soir pendant 21 jours
- azithromycine 2g en dose unique

Que lui conseillez vous vis à vis de ses partenaires?

- contacter les partenaires des 6 dernières semaines
- contacter les partenaires des 3 derniers mois
- traitement systématique des partenaires des 3 derniers mois
- suivi sérologique des partenaires des 3 derniers mois



Que lui conseillez vous vis à vis de ses partenaires?

- contacter les partenaires des 6 dernières semaines
- contacter les partenaires des 3 derniers mois
- traitement systématique des partenaires des 3 derniers mois
- suivi sérologique des partenaires des 3 derniers mois

Combien de temps conseillez vous au patient de se protéger?

- jusqu'à disparition du chancre
- pendant 1 semaine
- jusqu'à négativation de la sérologie

Combien de temps conseillez vous au patient de se protéger?

- jusqu'à disparition du chancre
- pendant 1 semaine
- jusqu'à négativation de la sérologie

Quel rythme de surveillance du VDRL proposez-vous?

- tous les mois jusqu'à négativation
- M1, M3, M6, M12, M24
- M3, M6, M12, M24

Quel rythme de surveillance du VDRL proposez-vous?

- tous les mois jusqu'à négativation
- M1, M3, M6, M12
- M3, M6, M12
- diminution attendue facteur 4 à M6 et négativation à 1 an

Syphilis primaire

incubation : environ 3 semaines (->3 mois)

ulcération superficielle, propre, indolore, lisse, rosée, surface indurée, généralement unique

adénopathie satellite, non inflammatoire et indolore

cicatrisation spontanée en 3 semaines et sous traitement en 1 à 3 semaines

épidémiologie : HSH (80%) mais aussi femmes et hommes hétérosexuelles



Cas clinique 2

- Madame Y, 19 ans, vient consulter pour des boutons au niveau génital
- pas d'antécédent notable
- nouveau partenaire depuis 1 mois

Que recherchez- vous à l'interrogatoire?

- antécédents notamment IST
- notion de traitement récent
- circonstances déclenchantes
- délai de survenue
- rapports non protégés y compris fellation
- signes associés : autre localisation, adénopathies, signes généraux
- point sur les vaccinations
- notion de voyages

Que recherchez- vous à l'interrogatoire?

- antécédents notamment IST : a déjà fait des épisodes similaires
- notion de traitement récent : sous amoxicilline pour une angine à Streptocoque
- circonstances déclenchantes : période d'examen, stress+++
- délai de survenue : depuis 2 jours
- rapports non protégés y compris fellation
- signes associés : ganglions inguinaux
- point sur les vaccinations : à jour
- notion de voyages : aucun

Décrivez les lésions, quel diagnostic évoquez vous?



Décrivez les lésions, quel diagnostic évoquez vous?

- vulvite érosive avec ulcérations multiples

-> herpès génital



Quel examen prescrivez vous?

Quel examen prescrivez vous?

- Diagnostic clinique mais parfois atypique
- Si doute
 - pas de sérologie
 - PCR sur milieu spécifique de transport, sensible et spécifique

lors des récurrences, diagnostic évoqué sur la notion d'épisodes antérieurs identiques

Quel traitement proposez-vous?

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

anrs
ANALYSES ÉVALUÉES RECOMMANDATIONS **Inserm**

CNS
Conseil national de soins
et des pratiques cliniques

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATIONS

Prise en charge
thérapeutique du
patient atteint
d'herpès génital

Validé par le Collège le 14 novembre 2024

Quel traitement proposez-vous?

- Valaciclovir 500mg
- primo-infection : 2 x 500 mg /j pendant 5 jours
- récurrence : 2 x 2000 mg pendant 1 jour
ou en 2ème intention : 2 x 500mg pendant 3 jours
dans les 48h max

- Prophylaxie : 500 mg/ jour pendant 6 à 12 mois si au moins 4 à 6 épisodes par an ou retentissement++ sur la qualité de vie
- + Antalgiques

Herpès génital

- 1^{ère} cause d'ulcération génitale
- 13% adultes porteur d'HSV2
- 70% adultes porteurs d'HSV1

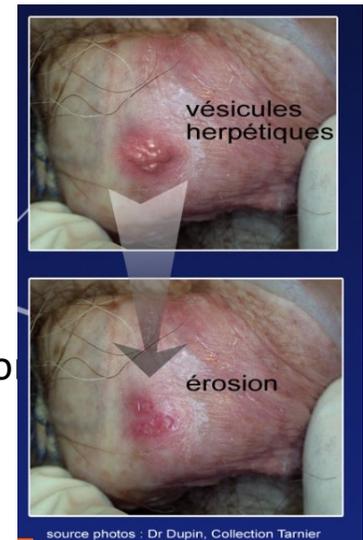
- 1/3 des herpès génitaux liés à HSV1

- Seuls 30% des porteurs d'HSV2 feront des herpès génitaux

- Transmission par voie sexuelle à partir de sécrétions contaminées et par voie oro-génitale
- Excrétion asymptomatique : 50 à 90% des transmissions
- Le préservatif : protection moyenne : rapports protégés en cas de lésions

Herpès génital

- Incubation : courte 2 à 12 j puis récurrences
- Facteurs déclenchants des poussées : stress, fatigue, immunodépression
- Agent HSV2 (2/3 des cas) ou 1 (1/3)
- Caractère douloureux (surtout si primo-infection)
- Clinique:
 - Prodromes : sensation de chaleur, brûlures,
 - vésicules en bouquet douloureuses
 - Puis ulcération/érosion avec aspect de vulvite ou balanite érosive
 - parfois accompagnées de signes généraux+++ : fièvre, malaise, dysurie, rétention
 - Adénopathies inguinales volumineuses et sensibles
- Évolution spontanément favorable en 1 à 3 semaines
- Récidive localement avec une intensité moindre avec guérison <7 jours



Cas clinique 3

- M F, 40 ans, consulte pour un oedème de la verge apparu il y a 4 jours et des ganglions inguinaux à droites très sensibles.
- HSH, séropositif pour le VIH traité
- à l'examen vous notez une lésion ulcérée à la base du gland

quelle infection suspectez-vous?



- suspicion de Mpox
 - devant le caractère nécrotique de la lésion
 - adénopathies sensibles

-> quels examens prescrivez-vous?

Quel examen prescrivez vous?

- recherche de Mpox par PCR sur lésion de la verge
- envoi au CNR dédié ou au laboratoire dans triple emballage en avertissant le laboratoire
- PCR herpès virus (HSV1/HSV2)
- sérologie TPHA/VDRL

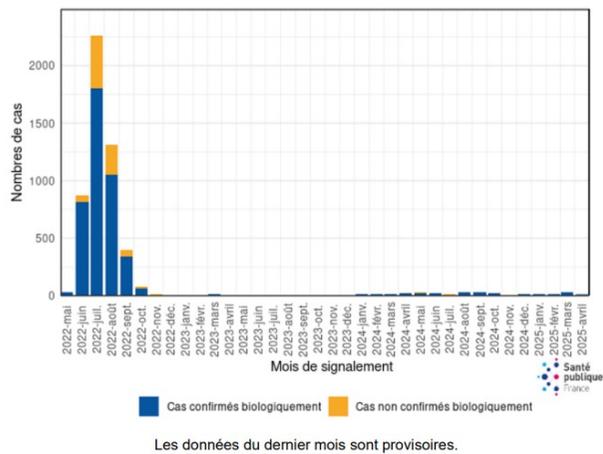
Quelle est votre attitude thérapeutique?

Quelle est votre attitude thérapeutique?

- aucun traitement curatif en cas de forme peu grave (un antiviral tecovirimat peut être proposé en cas de forme grave)
- pas de relation sexuelle jusqu'à cicatrisation et au moins 3 semaines
- faire la déclaration obligatoire auprès de l'ARS
- proposer la vaccination aux partenaires

Epidémiologie du M pox

Figure 2. Nombre de cas de mpox par mois de signalement et confirmation biologique (ou non), données de la DO, mai 2022 – 30 avril 2025 (n=5 320)



- Au total, 73 cas de mpox ont été déclarés à Santé publique France depuis le 1er janvier 2025.
- Les cas déclarés concernent 71 hommes (97 %) et 2 femmes.
- Parmi les 61 cas masculins avec un statut vaccinal renseigné en 2025, 37 (61 %) n'étaient pas vaccinés contre mpox et 24 (39 %) étaient vaccinés (au moins une dose de vaccin de 3e génération), la plupart avec un schéma partiel (1 ou 2 doses).
- Trois cas de clade Ib ont été confirmés par le CNR des Orthopoxvirus depuis le début de l'épidémie.

Présentation clinique Mpox

- Incubation 5 à 21 jours
- Éruption isolée, précédée ou accompagnée par de la fièvre, des adénopathies, une atteinte muqueuse (buccale, génitale ou anale)
- Éruption de type papules, vésicules, pustules, parfois de grande tailles, ombilication centrale, parfois nécrotique, pseudo folliculites, inflammation péri-lésionnelle, atteint tout le corps notamment paumes et plantes de pieds, visage, cuir chevelu.
- Poussée unique en général, mais possibilité de lésions d'âges différents.
- Guérison en 2 à 4 semaines, avec formation de croûte

Présentation clinique



Principales etiologies infectieuses des ulcérations

agent infectieux	maladie	incubation	lésion	traitement
bactérien				
Treponema pallidum	syphilis	3 semaines	unique, propre, indolore, indurée, ADP inguinale	Benzathine penicilline
Chlamydia trachomatis	LGV	1 à 3 semaines	multiple non douloureuse avec adénite inguinale douloureuse	Doxycycline
Haemophilus ducreyi	chancre mou	1 semaine	multiples, petites, indolores, ADP inguinale douloureuse et purulente. (Afrique SS /Amérique latine)	azithromycine ou C3G
Klebsiella granulomatis	donovanose	1 mois	papule indolore puis ulcération bourgeonnante et saignante (Amérique latine, Guyane)	azythromycine
viral				
herpes simplex virus 1/2	herpès	2 à 12j/réccurrence	vésicules en bouquet/prodromes	valaciclovir
Mpox	varirole	7 jours	lésions nécrotiques douleur, ADP	aucun
VIH	PI VIH	2 à 6 semaines	ulcération, ADP, syndrome grippal	antirétroviraux

Autres étiologies des ulcérations génitales

- Non infectieux
 - Caustique
 - Allergique
 - Cancer
 - Dermatose bulleuse auto-immune
- > en cas de doute, avis dermatologique pour biopsie

Outils diagnostiques

- Sérologie syphilis avec test non tréponémique : TPHA, FTA, TPLA

Attention peut être faussement négatif si très précoce

- PCR HSV1 et 2, **pas de sérologie**
- PCR Chlamydia trachomatis
- Sérologie VIH
- si doute sur Mpox, envoyer au labo ou à l'hôpital pour prélèvement avec double emballage

- Biopsie

Cas clinique 5

- M F, 35 ans, ancien PrEPEUR, actuellement en couple stable
- ATCD : syphilis traitée, urétrite à Chlamydia
- HDM :
 - Consulte au CeGIDD pour brûlures mictionnelles sans écoulement, depuis 1 semaine
 - Inquiet, rapport sexuel en dehors de son couple...
- Bilan IST avec PCR aux 3 sites
- Traitement présomptif anti CT : doxycycline 200 mg/j pendant 7 jours
- Revient à J7 pour un problème de **balanite**
- Il déclare : « *je recommence ma mycose sous antibiotique* »

Ulcérations du gland,
fibrineuses, douloureuses,
fond sale



Quelles sont vos hypothèses devant cette balanite ?

1. Syphilis
2. Gonococcie
3. Balanite candidosique
4. Balanite herpétique
5. Balanite caustique
6. Autre

Quelles sont vos hypothèses devant cette balanite ?

1. Syphilis
2. Gonococcie
3. Balanite candidosique
4. Balanite herpétique
5. Balanite caustique
6. Autre

Balanite de Follman
= balanite syphilitique
-> manifestation rare de
syphilis primaire
aspect érosif



Ulcérations superficielles,
douloureuses, pustules, enduit
blanchâtre

facteurs de risque:
diabète, âge,
immunodépression, prise
d'ATB, phimosis, absence de
circoncision



-> Balanite candidosique
(30 à 50% des balanites infectieuses)

Balanite
érythémateuse et
fissuraire à
Streptocoque



Ulcérations
superficielles,
coalescentes,
douloureuses



-> Herpès génital PI

- Vous réinterrogez votre patient concernant ce problème de mycose
- Cela revient à chaque prise d'antibiotiques, surtout la doxycycline qu'il avait déjà prise l'année dernière pour son urétrite à chlamydia

-> Quelle est votre hypothèse ?

- Vous réinterrogez votre patient concernant ce problème de mycose
- Cela revient à chaque prise d'antibiotiques, surtout la doxycycline qu'il avait déjà prise l'année dernière pour son urétrite à chlamydia

-> Quelle est votre hypothèse ?

Erythème pigmenté fixe



Erythème pigmenté fixe (EPF) = toxidermie

- Hypersensibilité retardée
- Une ou plusieurs lésions érythémateuses, parfois bulleuses, évoluant vers une pigmentation post-inflammatoire
- Récidives au même endroit
- Atteinte cutanée et/ou muqueuse
- Survient 1 à 4 jours après la reprise du médicament (1 à 2 sem la première fois)
- Médicaments en cause :
 - Paracétamol
 - AINS
 - Antibiotiques (béta-lactamines, sulfamides, quinolones, cyclines)

EPF et doxycycline

Doxycycline-induced fixed drug eruption: The new epidemic?

- 15 cas d'EPF après prise de Doxycycline en 6 mois
 - 14 hommes, 1 femme
 - Âge 25-55 ans
 - 12 avaient déjà eu de la doxycycline
 - 11/14 sous PreP
 - 14/15 avaient une atteinte muqueuse **dont 14/14 sur le gland**
 - 3 patients avaient une atteinte cutanée associée à l'atteinte muqueuse
 - 1 patient a gardé une cicatrice (fusion balano-prépuce)
- Doxycycline prescrite pour une **IST dans 11/14 cas**, en PEP pour 3/14 cas

EPF et doxycycline

- Connaitre les lésions d'EPF en diag ≠el des IST
- Incidence EPF semble augmenter du fait de son utilisation en PEP ou ttt des IST
- Rôle réel des prises courtes et répétées ? Epidémie ?
- Confirmation diagnostique :
 - Histologie
 - Tests d'application répétées (ROAT) > Test provocation orale (TPO)
- Traitement : dermocorticoïdes fort
- Déclaration pharmacovigilance

Cas clinique 6

- MDV :
 - homme cis genre, TDS, 50 partenaires/trimestre
- ATCD :
 - Multiples antécédents d'IST (1 à 2/an depuis fin 2017) :
 - *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*
- Traitement habituel : aucun, vient car souhaite prendre la PREP
- il vous signale qu'il a le pénis qui pèle



Quel diagnostic suspectez vous?

1. Syphilis
2. Pityriasis rosé de Gibert
3. Dermatophytie étendue
4. Eczéma de contact

Quel diagnostic suspectez vous?

1. Syphilis
2. Pityriasis rosé de Gibert
3. Dermatophytie étendue
4. Eczéma de contact

Que faites vous?

1. Vous rassurez votre patient, cela n'a rien à voir avec une IST cette fois-ci
2. Vous le traitez d'emblée par de la terbinafine orale
3. Vous réalisez d'abord un prélèvement mycologique des lésions
4. Vous faites un bilan complet d'IST
5. Vous lui demandez si ses partenaires ont aussi des lésions

Que faites vous?

1. Vous rassurez votre patient, cela n'a rien à voir avec une IST cette fois-ci
2. Vous le traitez d'emblée par de la terbinafine orale
3. Vous réalisez d'abord un prélèvement mycologique des lésions
4. Vous faites un bilan complet d'IST
5. Vous lui demandez si ses partenaires ont aussi des lésions

- Le partenaire fixe de votre patient n'a pas de lésion
 - Le patient n'a pas d'animal de compagnie
 - Il n'a pas voyagé récemment
-
- Le mycologue vous appelle : la culture de votre prélèvement est positive à *Trichophyton mentagrophytes*
 - **Séquençage de la région ITS : génotype VII**

2015

Tinea genitalis: a new entity of sexually transmitted infection? Case series and review of the literature

- Mars-juillet 2014, Zürich
- 7 patients (5 H / 2 F) avec *tinea genitalis* +/- autres localisations
- 7 à 14 jours après retour d'Asie du Sud-Est
- Rapports sexuels avec préservatif (dont prostituées)
- Lésions similaires
- 5/7 rasage de la région pubienne
- 6/7 culture positive à *T. mentagrophytes*
 - 3 *T. mentagrophytes* génotype III
 - **3 *T. mentagrophytes* génotype VII**

Luchsinger et al. Sex Transm Infect, 2015



Sexually Transmitted *Trichophyton mentagrophytes* Genotype VII Infection among Men Who Have Sex with Men

Arnaud Jabet, Sarah Dellière, Sophie Seang, Aziza Chermak, Luminita Schneider, Thibault Chiarabini, Alexandre Teboul, Geoffroy Hickman, Alizée Bozonnat, Cécile Brin, Marion Favier, Yanis Tamzali, François Chasset, Stéphane Barete, Samia Hamane, Mazzouz Benderdouche, Alicia Moreno-Sabater, Eric Dannaoui, Christophe Hennequin, Arnaud Fekkar, Renaud Piarroux, Anne-Cécile Normand, Gentiane Monsel



Dermatophytie à Trichophyton

- **Epidémie de dermatophyties touchant surtout :**
 - Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH)
 - VIH ou sous PrEP
 - Ayant des partenaires multiples et des antécédents d'IST
- **Espèce :** *Trichophyton mentagrophytes* génotype ITS VII ou *Trichophyton indotinae*
- **Transmission sexuelle** hautement probable
- **Clinique :**
 - lésions érythémato-squameuses
 - souvent multiples et/ou étendues et/ou sévères (lésions très inflammatoires ou nodulaires),
 - région **génitale, fesses, visage** et autres
- **Traitement :**
 - local + **systemique** (terbinafine, en 1ere intention mais résistance fréquente chez *T indotinae*)
 - durée : 4 semaines d'emblée
 - contrôle clinique ++ à S4

Balanites

- 1ère cause de consultation en pathologie génitale masculine
- Inflammation du gland
 - aiguë,
 - chronique
 - récidivante.

L'atteinte du prépuce peut être associée réalisant une balanoposthite.

Interrogatoire

- antécédents personnels et familiaux dermatologiques (atopie, psoriasis)
- antécédents personnels de diabète et de dysurie
- chronologie de la balanite (aiguë, récidivante, chronique)
- prises médicamenteuses précédant la survenue de la balanite
- habitudes d'hygiène locale
- éventuels topiques habituellement appliqués sur la zone génitale (antiseptiques, déodorants)
- existence de symptômes gynécologiques chez la partenaire
- résultats des examens précédemment réalisés
- traitements entrepris et leur efficacité.

Examen clinique

- érythème du gland (macules, ponctiforme)
- forme squameuse, annulaire, pustuleuse, érosive
- examen de l'ensemble du tégument

Examens complémentaires

- Diagnostic clinique
- Prélèvement par écouvillonnage du gland ou sillon balanopréputial, en l'absence de toute toilette, à distance de tout traitement antifongique (10 jours si traitement local, 3 semaines si traitement général)
 - examen direct à la recherche de levures et de pseudo-filaments mycéliens
 - une culture sur milieu de Sabouraud
 - une culture pour germes banals
- Ces examens complémentaires sont difficiles à interpréter. La présence de quelques colonies de *Candida albicans* sur le gland est normale (26% des hommes asymptomatiques porteurs) et la richesse de la flore bactérienne commensale du sillon balano-préputial nécessite de ne retenir que les cultures pures avec de nombreuses colonies.
- sérologie TPHA-VDRL, PCR HSV sur prélèvement local
- en cas de doute si balanite chronique ou récidivante, avis dermatologique et biopsie

Etiologies infectieuses des balanites

- fongique
 - candidose (C albicans, le plus souvent)
 - dermatophytose
- bactérienne
 - Streptocoques A/B/C/G, Staphylocoque doré, Gardnarella vaginalis, Bacteroides
 - Haemophilus ducreyi
 - Syphilis
- viral
 - herpès
 - zona plus rarement

Autres étiologies non infectieuses des balanites

- dermatoses localisées au gland : psoriasis, lichen plan et lichen scléreux +++
- balanite de Zoon (orangée, en miroir, à cheval sur le gland et le prépuce), diagnostic différentiel de la maladie de Bowen -> biopsie
- néoplasie intra-épithéliale HPV induite (ex : maladie de Bowen), caractérisée par des plaques érythémateuses très bien limitées et fixes -> biopsie
- balanites allergiques et d'irritation dues à l'application de différents topiques ou à des erreurs d'hygiène (en moins et en plus). Beaucoup plus fréquentes chez le sujet non circoncis et chez l'atopique. Pas de caractère clinique très spécifique.
- en l'absence d'étiologie, balanite non spécifique à évoquer

Traitement

- Il faut rassurer le patient sur le caractère non sexuellement transmis des balanites, vérifier qu'il n'y a pas eu d'erreurs grossières d'hygiène, éliminer les topiques irritants et allergisants, conseiller une toilette au savon surgras avec rinçage soigneux. Recherche de diabète si récurrence+++
- Antibiotiques pour les balanites à streptocoques ou à anaérobies pendant 5 à 10j
- Traitement antifongique topique quotidien des balanites candidosiques (imidazolés, ciclopiroxolamine, terbinafine) : exemple : éconazole en lait ou suspension > crème (macération) pendant 7 à 14 j. Traitement oral par fluconazole 150 mg en une prise pour les formes sévères et résistantes. traitement des partenaires uniquement si symptomatique
- Attention en cas de récurrence, vérifier si la partenaire a elle-même une candidose vulvo-vaginale récidivante et traiter également la partenaire dans ce cas
- Corticothérapie locale recommandée pour le lichen plan, le psoriasis, la balanite atopique, la balanite de contact irritative ou allergique

Diagnostic et traitement des balanites

J.-N. Dauendorffer

Résumé : *La balanite constitue le motif le plus fréquent de consultation en pathologie génitale masculine. Elle correspond à une inflammation du gland, chronique ou aiguë, d'origine infectieuse (Candida albicans, streptocoques, etc.), inflammatoire (lichen scléreuse [LS], lichen plan [LP], balanite de Zoon, psoriasis, etc.), allergique ou irritative. L'atteinte du prépuce peut être associée, réalisant une balanoposthite. Lorsqu'aucune étiologie ne peut être identifiée, doit être évoqué le diagnostic de balanite (ou balanoposthite) non spécifique (BNS) qui correspond à un diagnostic d'exclusion reposant sur un aspect clinique compatible et un bilan étiologique microbiologique voire histologique négatif. Une biopsie est indispensable en cas de doute diagnostique ou de résistance au traitement car une néoplasie intraépithéliale ou un carcinome épidermoïde (CE) peuvent mimer une balanite chronique.*

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Balanite ; Posthite ; Balanoposthite ; Lichen scléroseux ; Balanite de Zoon ; Balanite non spécifique

Remerciements à Dr Gentiane Monsel