

œdème local paraphimosis





Rectite hyperalgique





Atteinte oropharyngée sévère

Odynophagie majeure avec dysphagie totale

Le risque de surinfection bactérienne

Élevé en raison du prurit qu'entraîne les lésions

Impétiginisation



Dermohypodermite bactérienne







Surinfection bactérienne?

Ou phénomène nécrotique aigu d'origine virale



Evolution habituelle des lésions

- Elle s'étale sur 2 à 3 semaines
- Sauf si complications, si usage d'antiseptiques agressifs...



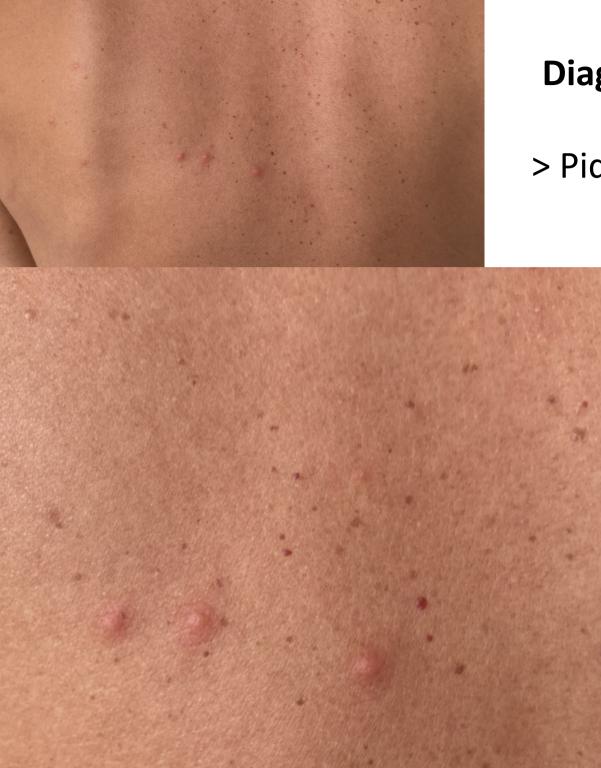








Diagnostics différentiels



Diagnostic différentiel

> Piqûres d'arthropodes



Des lésions qui font douter... Mais l'association à des lésions fanchement bulleuses écarte le diagnostic de MKPX

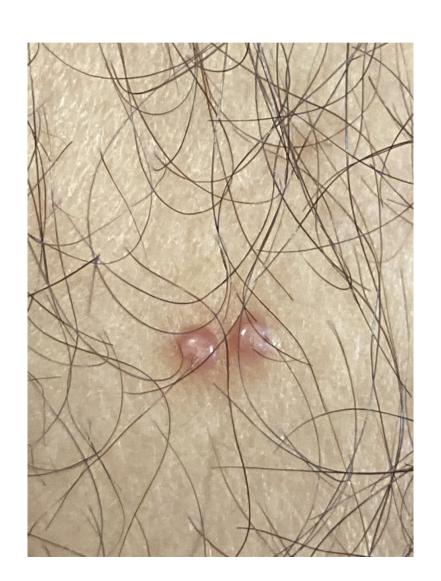
Prurigo strophulus



Diagnostic différentiel

> folliculites

Molluscum contagiosum





impétigo





Impétigo Echtyma





Prise en charge des lésions cutanées et muqueuses

- Lavage eau et savon, douche +++
- +/- chlorhexidine aqueuse
- Crème dalibour, par exemple: Dermalibour, Cicaplast BB5, Cicalfate, Cicabio...
- Éviter de laisser « sécher à l'air » les lésions nécrotiques
- Xylocaïne visqueuse sur les lésions douloureuses (rectite +++)
- Bains de bouches (racine de Guimauve, chlorhexidine, Bicar)
- Antalgiques au besoin palier II, en se méfiant de la constipation déjà favorisée par oedeme et douleur en cas de rectite
- +/- antihistaminique sédatif
- +/- Laxatif / lactulose en cas de rectite sévère
- En cas de surinfection cutanée: Amoxiciline Acide Clavulanique

Prendre en compte la possibilité d'une autre IST

- Syndrome urétral ou anorectal évoquant une IST bactérienne (chlamydia, gonocoque:
- Ceftriaxone 1g + Doxycycline 200mg (7 à 21 j)
- Ulcération évoquant syphilis ou herpès:
- > Extencilline 2,4 MUI IM +/- Valacyclovir 500mg x 2 (5 à 10 j)

Idéalement, recontacter le patient ou lui assurer la possibilité d'un contact la semaine qui suit le diagnostic + bilan IST/santé sexuelle à la fin de l'isolement