

La syphilis

The syphilis

J. De Maubeuge

Service de Dermatologie, C.H.U. Saint-Pierre

EPIDEMIOLOGIE

La syphilis est une des maladies sexuellement transmissibles (MST) les plus anciennement connues puisque l'origine de l'infection en Europe semble remonter au XV^{ème} siècle. La maladie resta redoutable jusqu'à la généralisation des traitements à base de Pénicilline après la Seconde Guerre mondiale. Par la suite, on constata une longue période où l'incidence de l'infection resta particulièrement basse. Ainsi entre 1995 et 2000, le nombre annuel de nouveaux cas ne dépassait pas une vingtaine pour tout le pays.

Cependant, dès le 1^{er} trimestre 2001, un pic de 51 nouveaux cas de syphilis fut enregistré à Anvers¹.

Depuis lors, le nombre de cas déclarés a considérablement augmenté dans le pays (71 cas en 2001, 204 en 2002 et 300 en 2003). Entre octobre 2003 et mars 2004, le nombre de cas de « syphilis active » enregistrés par le réseau sentinelle au niveau des laboratoires a quasi doublé (+ 91 %) si on le compare aux chiffres relatifs à la période équivalente d'avril à septembre 2003.

Le pic récent est surtout dû à une forte augmentation du nombre de cas diagnostiqués à Anvers ainsi qu'à Bruxelles². Cette même tendance à l'augmentation du nombre de nouveaux cas de syphilis diagnostiqués entre 2000 et 2003 se retrouve dans beaucoup d'autres pays européens.

Il s'agit avant tout « d'épidémies » survenant parmi des hommes homo/bisexuels vivant dans les grandes villes. La proportion de cas de syphilis survenant chez des patients homo/bisexuels séropositifs pour le VIH est considérable dans toutes ces études. Même si les taux actuels sont toujours plus élevés qu'en 2000, les chiffres semblent s'être stabilisés en 2004³.

SYMPTOMATOLOGIE⁴

La syphilis est une maladie infectieuse, due à « *Treponema pallidum* ». Sa transmission suppose (exception faite pour la syphilis congénitale) le contact intime de deux muqueuses dont l'une est infectée. Après environ 3 semaines d'incubation silencieuse apparaît au point d'inoculation une lésion de type « chancre »

classiquement décrite comme « indurée » et une adénopathie satellite (syphilis primaire). Ce chancre fourmille de tréponèmes et est donc fort contagieux. Il régresse spontanément, même en l'absence de traitement.

Le type de pratique sexuelle conditionne l'endroit où apparaît ce chancre. Lorsque le chancre est profond (anal, vaginal), l'adénopathie satellite reste non décelable à l'examen clinique. Dans la grande majorité des cas récemment observés, le chancre est passé inaperçu ou a été confondu avec une autre pathologie anale, par exemple.

Le chancre syphilitique constitue un des diagnostics différentiels à considérer devant une « ulcération génitale ». (Parmi ces diagnostics différentiels, la cause la plus fréquente d'ulcération génitale en Europe et en Amérique du nord reste cependant, de loin, l'herpès génital). Le diagnostic précis repose sur l'anamnèse, l'examen physique et les examens complémentaires. L'existence de nombreux aspects cliniques atypiques, d'infections mixtes, associant 2 pathogènes ou encore de maladies autres que des MST pouvant entraîner des ulcérations génitales, rend ces examens complémentaires indispensables.

Si aucun traitement n'est instauré, survient, en général 6 semaines après le début du chancre, une dissémination hématogène du tréponème. Ce stade (appelé syphilis secondaire « active ») est caractérisé par deux « vagues » d'éruption cutanée puis cutanéomuqueuse, parfois accompagnée de signes généraux. Les lésions persistent parfois plusieurs mois et peuvent même récidiver sur une durée de 2 ans si aucun traitement n'est entrepris. Ces éruptions sont malheureusement extrêmement polymorphes, dépendant tout à la fois de la virulence du pathogène, de la réaction immunitaire de l'hôte et d'une interférence éventuelle avec un quelconque traitement antibiotique autre que la Pénicilline à dose tréponémicide.

L'existence d'une éruption maculo-papuleuse, peu ou non prurigineuse, dont certains éléments (parfois discrets !) touchent les paumes des mains et les plantes des pieds devrait toujours inciter à évoquer la syphilis parmi les autres diagnostics différentiels. Le clinicien devra alors rechercher l'existence éventuelle de

« syphildes » génitales et péri-anales, érosives, fort contagieuses ainsi que de « plaques muqueuses » (simples macules, lisses, indolores dans la cavité buccale, ainsi qu'au niveau des muqueuses génitales ou anales). A ces signes cutanés, s'associent parfois des signes généraux qui témoignent de la dissémination de l'infection tels une éventuelle hépatosplénomégalie, des arthralgies, des myalgies, etc. Une contamination précoce du système nerveux central peut se produire, se traduisant par des céphalées ou des signes neurologiques beaucoup plus rares. (On considère que le risque d'évolution vers une neurosyphilis d'une syphilis secondaire précoce non traitée serait d'environ 7 %).

MOYEN DE DIAGNOSTIC

La sérologie permet au clinicien d'infirmier ou de confirmer avec certitude ce diagnostic. Les tests spécifiques (tels FTA et/ou TPHA) se positivant le plus rapidement permettent déjà un diagnostic entre le 5^{ème} et le 10^{ème} jour d'apparition du chancre. Parmi les tests non spécifiques, si le RPR (*rapid plasma reagin test*) ne commence à se positiver qu'à partir du 8^{ème} jour, il est cependant le plus utile car il fournit au clinicien une réponse quantitative fiable qui lui permettra, en se basant sur le titre des anticorps, de juger du caractère plus ou moins récent, actif de l'infection, du risque d'atteinte du système nerveux central et aussi de suivre la réponse au traitement instauré.

TRAITEMENT

La Pénicilline reste l'antibiotique de choix à tous les stades d'une infection par le *Treponima pallidum*. Les véritables allergies envers cet antibiotique sont en réalité extrêmement rares et méritent d'être explorées. En cas d'allergie prouvée, la prescription de Ceftriaxone peut être envisagée. Le schéma que nous préconisons a été adopté lors d'un GLEM HIV francophone qui s'est tenu en février 2003⁵. Les recommandations françaises sont très proches. Nous avons décidé de les appliquer systématiquement à tous les patients atteints de syphilis même s'ils sont séronégatifs pour le VIH.

- **syphilis précoce** (primaire, secondaire et latente précoce, c'est-à-dire acquise endéans l'année) :

Benzathine pen 2.4 x 10⁶ U IM /semaine x 3 doses

- **syphilis tardive** (latente tardive et tertiaire, c'est-à-dire acquise il y a plus d'un an) :

- si asymptomatique au niveau neurologique et oculaire + bonne observance :

Benzathine pen 2.4 x 10⁶ U IM /semaine x 3 doses

+ suivi sérologique

- si symptomatique au niveau neurologique ou oculaire / ou si mauvaise observance :

Faire LP :

*** si pleiocytose > 5 GB/champ (VDRL/LCR +) :**
Pénicilline G 12 - 24 x 10⁶ U IV/10-14 j +
Benzathine pen 2.4 x 10⁶ U IM /1 dose
3^{ème} sem

ou

Ceftriaxone 1-2 g/j/10-14 j (24 1^{ère} h en hosp puis ambu)

+ Benzathine pen 2.4 x 10⁶ U IM /1 dose
3^{ème} sem

*** si LCR normal**

Benzathine pen 2.4 x 10⁶ U IM /semaine x 3 doses

Remarque

Une étude rétrospective⁶ menée sur des patients séropositifs pour le VIH et atteints de syphilis, souligne que la découverte chez un tel patient d'un taux d'anticorps non tréponémique égal ou supérieur à 1/32 semble représenter un seuil à partir duquel le risque de neurosyphilis doit être envisagé, même en l'absence de symptôme neurologique. Dans un tel cas, le clinicien proposera une ponction lombaire avant de prendre sa décision thérapeutique.

Dans tous les cas, l'efficacité du traitement devra être contrôlée par un suivi sérologique basé sur un test quantitativement fiable (RPR ou VDRL). On exige généralement pour qu'un traitement soit considéré comme efficace une diminution du taux des anticorps non tréponémiques :

- de 2 dilutions à 6 mois, et de 3 dilutions à 1 an si le traitement a été instauré pour un cas de syphilis primaire.
- de 3 dilutions à 6 mois, et de 4 dilutions à 1 an si le traitement a été instauré pour un cas de syphilis secondaire.
- de 2 dilutions à 12-24 mois si le traitement a été instauré pour un cas de syphilis latente tardive.

Un suivi sérologique régulier devra être instauré (1 x/an) dans les cas où le traitement a été tardif et où un taux significatif d'anticorps non tréponémiques reste donc détectable même après un traitement considéré comme efficace.

Il faut malheureusement garder à l'esprit le fait que la présence persistante d'anticorps contre la syphilis ne protège nullement le patient vis-à-vis d'une réinfection éventuelle. Des « rechutes » liées à un traitement insuffisant étant également possibles, elles sont dès lors parfois difficiles à distinguer d'une réelle réinfection dépendant, elle, plutôt de la persistance d'éventuels comportements sexuels « à risque ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Deschrijver K : Syphilis outbreak in Antwerp, Belgium. Eurosurveillance Weekly 2001 ; 19 (10 May 2001). <http://www.eurosurveillance.Org/ew/2001/010510.asp>
2. Sasse A, Defraye A, Ducoffre G : Recent syphilis trends in Belgium and enhancement of STI surveillance systems. Eurosurveillance 2004 ; 9 : 6-8
3. Bulletin d'information trimestriel du réseau sentinelle IST des cliniciens en Belgique. Bulletin d'information 2 ; 1er trimestre 2005

4. Achten G, André J, Clumeck N, De Maubeuge J, Goens J, Parent D : La Syphilis. Encyclopédie médico-chirurgicale 1988 ; 95^{ème} numéro spécialisé : chap 12670 C10
5. Consensus de prise en charge du patient HIV et de la syphilis. GLEM HIV – francophone 1166 du 26.02.2003 ; Centre de référence SIDA-U.L.B. : C.H.U. Saint-Pierre
6. Libois A, De Wit S, Poll B *et al* : HIV and syphilis : when to perform a lumbar puncture ? Soumis à International Journal of Sexually Transmitted Diseases 2005

Correspondance et tirés à part :

J. DE MAUBEUGE
C.H.U. Saint-Pierre
Service de Dermatologie
Boulevard de Waterloo 129
1000 Bruxelles

Travail reçu le 3 août 2005 ; accepté dans sa version définitive le 16 août 2005.