

LA SYPHILIS

La syphilis est une maladie sexuellement transmissible mais pouvant se transmettre également de la mère à l'enfant à partir du 4^{ème} et 5^{ème} mois de la grossesse (syphilis congénitale) ; la syphilis n'est pas héréditaire et la notion d'hérido-syphilis doit disparaître.

Elle peut être associée à d'autres maladies sexuellement transmissibles notamment à la gonococcie et le VIH qu'il faudra systématiquement rechercher.

Classiquement, cette maladie est apparue à la fin du XV^{ème} siècle (il semble qu'elle existait auparavant sous des formes isolées) sans que l'on sache précisément d'où elle vient (le rôle des expéditions de Christophe COLOMB ramenant l'infection n'est pas admis par tous). La maladie se répandit de façon foudroyante d'abord en Italie avec les soldats de Charles VIII puis dans les autres pays. Elle est alors connue sous diverses appellations : mal de Naples pour les Français, mal français pour les Italiens, mal polonais, mal castillan, grande vérole et encore mal vénérien.

Le terme de syphilis est dû à FRACASTOR de Vérone (1483-1553) qui publia en vers latins en 1530 (traduit en 1753) l'histoire du berger Syphilus qui, pour avoir offensé Apollon, fut frappé de cette terrible maladie.

Son incidence avait fortement diminué en raison de la sensibilité du germe à la pénicilline et à la pratique du "safe sex". Malheureusement, on assiste actuellement à une importante recrudescence (+ 62 % entre 1988 et 1996), due peut-être la prostitution en provenance d'Europe de l'Est mais surtout à l'abandon des pratiques sexuelles protégées. La fellation qui est considérée comme étant à peu de risques pour la transmission du VIH ne l'est pas, par contre, en ce qui concerne la syphilis. Dans le milieu homosexuel, la pénétration anale non protégée avec des partenaires dont le statut HIV est inconnu est en très forte augmentation.



Figure 1 : Ulcérations multiples de syphilis secondaire

Le germe responsable est une bactérie, le tréponème (*treponema pallidum*). Il est habituel de distinguer plusieurs phases : primaire, secondaire, latente, tertiaire (très rare) mais les anglo-saxons utilisent la terminologie syphilis récente qui groupe la syphilis primo-secondaire et la syphilis latente de moins d'un an et syphilis tardive comprenant syphilis latente de plus d'un an et tertiaire.

1°) la syphilis primaire :

Elle survient après environ 3 semaines d'incubation silencieuse par l'apparition d'un chancre au point d'inoculation. C'est une ulcération habituellement unique, arrondie ou ovalaire de 5 à 15 mm, indurée mais propre et indolore. Au niveau de l'anus, ce chancre est plus souvent margino-latéral que canalaire et il peut être douloureux. Il s'accompagne de ganglions d'un seul côté. Le chancre est très contagieux car il fourmille de tréponèmes. Spontanément, il va régresser en une à trois semaines.

2°) la syphilis secondaire :

Elle correspond à la diffusion du tréponème et survient 6 à 8 semaines (parfois plus) après le chancre et se caractérise par des lésions cutanéomuqueuses très variables :

- La roséole : petites taches rose pâle (5 à 15 mm), disséminées sur le tronc totalement indolores, elles peuvent passer inaperçues et vont disparaître très rapidement ;
- Les syphilides : éruptions papuleuses siégeant sur le thorax, les membres et leur présence au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds est très caractéristique. Au niveau génital et périanal, elles sont souvent érosives et macérées ;
- Les plaques muqueuses siègent sur les muqueuses buccales avec dépapillation de la langue (en carte de géographie) et au niveau vaginal avec des plaques de leucoplasie. Il est également classique de décrire une dépilation des sourcils et une alopecie récente.

Toutes ces lésions sont indolores et peuvent s'accompagner de signes généraux divers (fièvre à 38, céphalées, douleurs musculaires...).

A ce stade, et surtout chez les sujets VIH+, peuvent exister des formes méningées (le tréponème est retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien dans 40 % des syphilis secondaires) avec accident vasculaire cérébral transitoire, paralysie de certains nerfs crâniens. Cela justifie de proposer une ponction lombaire chez ces patients.

Toutes ces lésions de syphilis secondaires sont extrêmement contagieuses.

3°) La syphilis latente : elle ne s'accompagne pas de signe clinique mais peut être contagieuse (transmission mère-enfant ou par piqûre) et elle doit être traitée.

4°) La syphilis tertiaire a pratiquement disparu. Il s'agit de forme neurologique majeure avec troubles psychiatriques importants (ancienne paralysie générale).

5°) Il faut systématiquement rechercher une maladie sexuellement transmissible associée et en particulier demander une sérologie VIH.



LE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Si le diagnostic clinique n'est pas toujours évident, il est facile sur le plan biologique :

- par examen au microscope à fond noir des frottis du chancre ou des lésions érosives qui montrent des tréponèmes mobiles. Toutefois, cet examen peut être perturbé par l'utilisation inappropriée de topiques sur les lésions avant d'avoir envisager le diagnostic exact.
- Les tests sérologiques : on associe deux tests, le TPHA, spécifique des tréponématoses et le VDRL moins spécifique qui sont positifs à partir du 7ème et 10ème jour. Avant cette date, on peut utiliser un autre test, le FTA absorbé qui n'a d'intérêt que dans les dix premiers jours.

QUELQUES CAS PARTICULIERS

- la femme enceinte : le risque est celui de la syphilis congénitale à partir du 4-5ème mois de grossesse. Elle doit être traitée dès sa découverte.
- Le sujet VIH+ : les lésions cutané-muqueuses peuvent être profuses ; les signes généraux importants et surtout les formes neuro-méningées très précoces. Les formes neurologiques tardives sont d'apparition plus rapide que classiquement. Ceci doit faire proposer une ponction lombaire à toute syphilis détectée chez un patient VIH+. Il faut noter que 85 % des syphilis françaises recensées se voient chez les homosexuels masculins dont plus de la moitié est VIH+. La majorité des patients VIH+ ont une réponse sérologique normale mais il peut exister de rares cas de faux-négatifs ou de faux-positifs.



Figure 2 : Chancre syphilitique

TRAITEMENT

Il est simple et efficace car le tréponème est très sensible à la pénicilline. Une seule injection de 2,4 MU de Benzathine Benzylpénicilline G est suffisante. Il peut se produire parfois une réaction avec température, céphalée, myalgies (réaction d'Herxheimer) toujours bénigne qui n'est pas une allergie à la pénicilline. On peut également utiliser 1 M U de Benethine pénicilline G plus pénicilline G (Biclinocilline) pendant dix jours. En cas d'allergie vraie à la pénicilline, on peut utiliser des macrolides, exemple Erythromycine 500 mg 4 X par jour pendant 15 jours ou Azithromycine 100 mg/jour pendant 10 jours ou des cyclines sauf chez la femme enceinte (Doxycycline 200 mg/jour pendant quinze jours).

En cas de syphilis tardive (supérieure à deux ans), on utilisera Benzathine Benzylpenicilline G 2,4 MU par semaine pendant trois semaines. Le risque de neuro-syphilis chez le sujet VIH + a fait proposer un traitement plus agressif si le liquide céphalo-rachidien est anormal ; c'est alors l'affaire d'un spécialiste.

Le traitement doit être suivi cliniquement et sérologiquement au troisième et au sixième mois.

Le traitement préventif : il faut rechercher systématiquement les partenaires, insister sur les rapports sexuels protégés, quelque soit leur forme, y compris la fellation.

CONCLUSION

Devant le grand retour de la syphilis, il faut réapprendre à la diagnostiquer, toujours rechercher une autre maladie sexuellement transmissible associée et demander systématiquement un dépistage du VIH. La syphilis est une maladie bénigne lorsqu'elle est diagnostiquée et constamment guérie avec les traitements classiques par la pénicilline.