

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

La syphilis, une MST de retour en nos murs

C. FLAGOTHIER (1), J.E. ARRESE (2), C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (3,4), G.E. PIÉRARD (5)

RÉSUMÉ : Les maladies sexuellement transmissibles (MST) sont sujettes à des variations épidémiologiques fréquentes. Nous rapportons un cas de syphilis secondaire diagnostiqué chez une femme de 32 ans au cours du post-partum. L'affection, bien que de présentation relativement caractéristique, soulève le problème de la difficulté de dater le moment exact du contagion, en corollaire, les modalités de prise en charge du nouveau-né suspect de syphilis congénitale. Nous soulignons l'attention constante à apporter à la recherche de cette maladie vénérienne de présentations clinique et histopathologique très diversifiées. Elle semble actuellement en recrudescence dans la vallée mosane et dans certaines villes où la prostitution originaire de l'Europe de l'est et de l'Afrique est opérationnelle.



Fig. 1 : Syphilides secondaires péri-buccales.

SYPHILIS : A STD BACK TO US
SUMMARY : Sexually transmitted diseases (STD) show frequent epidemiological changes. We report a case of secondary syphilis diagnosed in a 32-year old woman during post-partum. The disease, although showing a typical presentation, raises the problem of dating with precision the contamination time. This is of importance for treating the newborn at risk of congenital syphilis. We highlight the constant attention that should be brought to disclose this venereal disease that shows so variable clinical and histological presentations. Syphilis seems on the rise in the Mosan valley and in some cities where prostitution is imported from Eastern Europe and Africa.
KEYWORDS : *Syphilis*



Fig. 2 : Syphilides secondaires de la poitrine.

INTRODUCTION

A l'heure actuelle, certaines affections qui semblaient vouées à disparaître, du moins de nos régions, font l'objet d'une résurgence indéniable. Il en va ainsi non seulement de la tuberculose, mais aussi de la syphilis, d'où l'importance d'une vigilance de tous les instants de la part du clinicien dans le diagnostic de ces pathologies. Les signes cutanés de la syphilis sont parmi les plus importants pour évoquer le diagnostic clinique à un stade précoce. Ils ne sont cependant pas tous aussi aisément reconnaissables que le chancre de la syphilis primaire ou les collerettes de Bielt et le collier de Vénus de la syphilis secondaire. Encore faut-il les connaître pour les reconnaître au moment opportun ! D'autant plus que les résultats

des analyses anatomopathologiques sont quelquefois déroutants.

CAS CLINIQUE

Une patiente caucasienne de 32 ans, apparemment en bonne santé, a présenté dans le post-partum immédiat une éruption du visage, du décolleté, des avant-bras, des paumes et des plantes. Il semblerait que de discrets placards érythémateux étaient déjà apparus sur le visage la veille de la délivrance. Cette éruption était asymptomatique. La grossesse s'était déroulée sans problème et le nouveau-né, deuxième enfant du couple, se portait bien. La naissance de son frère aîné de 2 ans avait suivi un décours banal.

A l'examen clinique, on notait la présence de macules rosées et confluentes dans la zone péri-buccale (fig. 1), sur la partie supérieure du tronc (fig. 2) et les avant-bras. Aux paumes et aux plantes, les lésions étaient bien délimitées, de

(1) Assistant clinique, (3) Chef de Service, CHR hutois, Service de Dermatologie, Huy
(2) Maître de Conférences, Chef de Laboratoire,
(4) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire, (5) Chargé de Cours, Chef de Service, CHU du Sart Tilman, Service de Dermatopathologie, Liège.



Fig. 3 a : Syphilides secondaires palmaires.



Fig. 3 b : Syphilides secondaires plantaires.

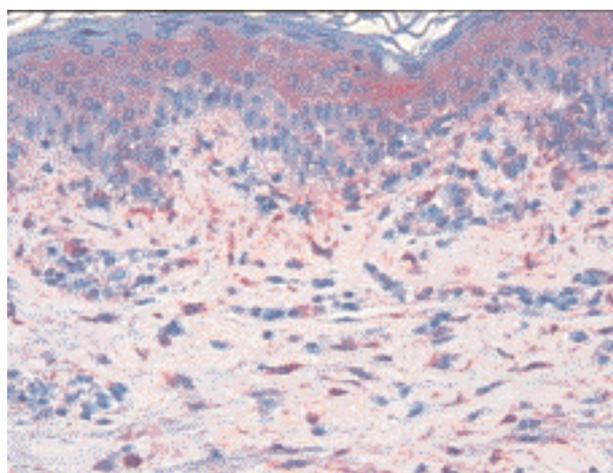


Fig. 4 : Infiltrat lichénoïde riche en monocytes et macrophages.

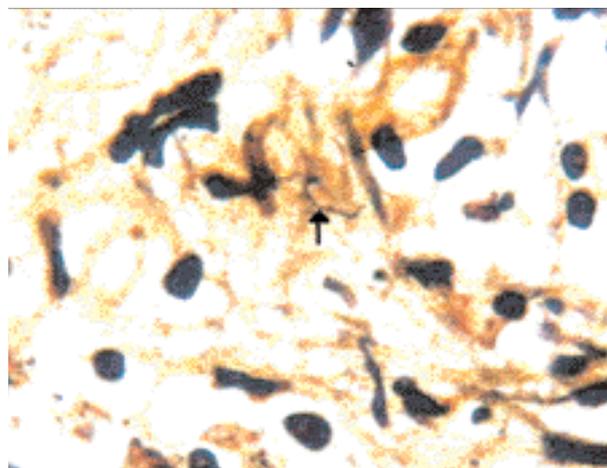


Fig. 5 : Tréponème mis en évidence sur coupe histologique après coloration de Warthin-Starry.

forme arrondie, non confluentes (fig. 3 a, b). L'aspect clinique pouvait évoquer le diagnostic d'une toxidermie. Au demeurant, la patiente ne prenait aucun traitement médicamenteux, mis à part celui relatif à la provocation de l'accouchement, administré quatre jours plus tôt, et du paracétamol de manière occasionnelle. Une réaction virale aspécifique était également plausible.

Une biopsie fut réalisée au niveau de l'avant-bras, montrant une hyperkératose parakératosique, une acanthose avec allongement des crêtes épidermiques, un infiltrat lympho-monocytaire en bande obscurcissant la jonction dermo-épidermique et quelques corps de Civatte orientant vers un diagnostic de dermatite lichénoïde (fig. 4).

Après quelques jours, l'éruption maculeuse a gagné l'abdomen et les lésions des mains se sont accentuées, avec un érythème plus soutenu ainsi

qu'un liseré kératosique. Une sérologie a mis en évidence un VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) positif et un TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination Assay) à 1/1520. Le diagnostic clinique de syphilis secondaire avec ses lésions cutanées de roséole et ses syphilides papuleuses était ainsi confirmé. Un examen rétrospectif de la biopsie cutanée après coloration de Warthin Starry n'a mis en évidence qu'un seul tréponème ! (fig. 5).

La patiente n'a pas rapporté d'information relative au moment du contagé. Elle n'avait jamais remarqué de lésion ulcérée au niveau génital pouvant évoquer le chancre primaire. Elle affirmait n'avoir eu, au cours des sept dernières années, aucun rapport sexuel à risque. Aucun test de dépistage n'avait été réalisé pendant la grossesse. Son époux avait été opéré d'une fistule anale 7 mois auparavant. Par la suite, il avait constaté la survenue de placards

érythémateux fugaces au visage et sur le thorax. Il n'avait en revanche pas présenté de lésions des paumes et des plantes. Les examens cutanés et généraux du nouveau-né, alors âgé de 12 jours, s'avéraient strictement normaux. Des sérologies ont été réalisées chez le conjoint et l'enfant. Pour le père, le VDRL était positif et le TPHA l'était aussi à 1/20480. Chez l'enfant les résultats sont restés négatifs, avec un TPHA inférieur à 1/80! Par prudence, tout comme chez les parents, une ponction lombaire a été réalisée chez l'enfant. Aucune contamination du LCR n'a été mise en évidence. Devant le risque cependant important de syphilis congénitale en cas de syphilis secondaire de la mère (1, 2), un traitement a été instauré par injection intraveineuse de pénicilline aqueuse à raison de 2000000 UI toutes les 12 heures pendant 10 jours. Les parents quant à eux ont été traités par une injection unique de benzathine-pénicilline 2,4 millions d'UI par voie intra-musculaire. La poursuite de l'allaitement a été autorisée.

Cette histoire, exceptionnelle par le contexte clinique qui l'entoure, ne l'est certainement pas par son caractère inhabituel. Il s'agit en effet du 6ème cas de syphilis adressé au service de Dermatologie du CHR hutois en six mois.

DISCUSSION

Si la première difficulté consiste à reconnaître et à diagnostiquer les maladies sexuellement transmissibles (MST), en particulier la syphilis, il est également malaisé d'évaluer avec précision le moment de la contamination. Classiquement, le chancre primaire apparaît 10 à 90 jours suivant la contamination (en moyenne 21 jours), suite à quoi il faut attendre 6 semaines à trois mois pour voir apparaître les plaques muqueuses et les lésions cutanées de la roséole syphilitique. Une seconde poussée lui succède, avec le développement des syphilides papuleuses, lésions plus infiltrées sur le tronc et le visage, et de lésions papuleuses rouge cuivré à desquamation périphérique au niveau palmo-plantaire, les colerettes de Bielt. Cette poussée survient entre trois et douze mois après la primo-infection. Ces deux stades définissent la syphilis secondaire, phase de dissémination septicémique du *Treponema pallidum* (3, 4). Ensuite, le patient entre dans une phase de syphilis latente. Pendant cette phase de latence, 25% des patients voient réapparaître par intermittence des lésions similaires à celles de la syphilis secondaire, particulièrement des lésions muqueuses. Chez 95 % d'entre eux, ces résurgences ont lieu pendant les deux premières années de la maladie. Pour identifier

le contact contaminant, il faut également savoir que 95% des patients ne sont plus contagieux 6 mois après avoir contracté la syphilis. Habituellement, la contamination s'effectue par contact avec un chancre primaire, avec des syphilides érodées ou des plaques muqueuses de la syphilis secondaire. Les formes de syphilis cutanée tardive sont rares (5). Le danger de transmission après 5 ans est quasi nul et ne se ferait qu'au départ de gommages syphilitiques ulcérées (6). Rétrospectivement, l'épisode de fistule anale du conjoint pourrait correspondre à une poussée muqueuse secondaire, suggérant une primo-infection dans les deux années précédentes. Sont à apporter à cette chronologie toutes les réserves liées aux difficultés de datation sus-mentionnées, les lésions muqueuses de syphilis secondaire pouvant survenir dans 5% des cas plus de 2 ans après la primo-infection.

L'exploration d'un nouveau-né suspect de syphilis congénitale comprend un examen clinique complet, une sérologie avec des tests identiques à ceux de la maman afin de pouvoir comparer les résultats, une ponction lombaire avec dosage de la cellulorachie, de la protéinorachie et réalisation du VDRL, ainsi que des radiographies du squelette (1, 7). En cas de syphilis secondaire non traitée au cours de la grossesse, on dénombre un taux de 66% de transmission du *Treponema pallidum* au fœtus (8) et un taux de 25% de fausses couches. Parmi les nouveau-nés, la moitié d'entre eux ont des manifestations cliniques de syphilis congénitale, un quart ont une sérologie positive sans manifestations cliniques et un quart ne sont pas infectés. Il faut savoir cependant que le VDRL et le TPHA peuvent être tous deux négatifs chez un nouveau-né infecté mais, de manière classique, seulement en cas de phase de syphilis primaire de la mère, puisqu'ils ne détectent pas les IgM comme le Captia Syphilis Enzyme Immuno Assay, mais bien les IgG. Ce Captia Syphilis EIA, même s'il est peu répandu, est pourtant le test de choix en cas de suspicion de syphilis congénitale avec une sensibilité de 100%. Les IgM ne passant pas la barrière placentaire, leur détection confirme l'infection prénatale (6). De même, la distinction entre une infection précoce et un transfert passif d'IgG maternelles chez un nouveau-né dont la mise au point reste négative s'avère difficile en cas de syphilis secondaire de la mère. Souvent, la thérapeutique, peu agressive pour l'enfant, est entreprise malgré le peu de certitudes biologiques.

Face à des lésions cliniques évocatrices d'une syphilis secondaire, l'histologie seule est malheureusement devenue à l'heure actuelle peu

contributive. Les images retrouvées sont variables allant d'un infiltrat lympho-monocytaire périvasculaire avec nécrose kératinocytaire et présence d'éosinophiles évoquant une toxidermie, à des images plus compatibles avec une dermatite lichénoïde (9-12), voire même avec des granulomes sarcoïdosiens (13). La présence d'éosinophiles semble cependant se retrouver de manière relativement constante dans les descriptions récentes de la maladie. La coloration de Warthin-Starry avec lecture sous huile d'immersion aide à déceler l'un ou l'autre tréponème (14), cela sans aucune mesure avec le foisonnement de ceux-ci qui était retrouvé il y a un quart de siècle et bien avant lorsque la syphilis était une affection somme toute banale. Ce phénomène pourrait être consécutif à l'emploi sans cesse croissant, dans des indications non justifiées, d'antibiotiques par la population. Parmi ces antibiotiques, les dérivés de la pénicilline occupent, rappelons-le, une place de choix. Une autre piste à envisager serait la présence de ces mêmes antibiotiques à l'état de trace dans l'alimentation courante, les probiotiques. De fait, le tréponème pâle reste très sensible à la pénicilline, et la maladie précoce peut être traitée avec succès par une ou deux injections intramusculaires (15).

Toutes ces nouvelles données contribuent à rendre la syphilis aussi difficile à diagnostiquer pour l'anatomopathologiste que pour le clinicien. Une bonne collaboration entre ceux-ci avec une confrontation anatomo-clinique s'avèrera donc plus que jamais garante du succès diagnostique de cette pathologie décrite par d'aucuns comme la «Grande Simulatrice».

RÉFÉRENCES

1. Tourneux P, Boussemart T, Lackmy-Port-Lis M, et al.— La syphilis congénitale n'a pas disparu. *Press Med*, 2001, **30**, 1683-1685.
2. Alexander JM, Sheffield JS, Sanchez PJ, et al.— Efficacy of treatment for syphilis in pregnancy. *Obst Gynecol*, 1999, **93**, 5-8.
3. Arrese JE, Hennechart-Avila Camacho M, Al Rustom K, Piérard GE.— Maladies sexuellement transmissibles de nature bactérienne. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 581-585.
4. Janier M.— Syphilis primaire et secondaire : Epidémiologie, diagnostic, traitement. *Rev Prat* 2000, **50**, 1587-1591.
5. Schoutens C, Boute V, Govaerts D, et al.— Late cutaneous syphilis and neurosyphilis. *Dermatology*, 1996, **192**, 403-405.
6. Sanchez M.— Syphilis. In : Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ, et al., eds. *Dermatology in General Medicine*, 6th edn. New York : McGraw-Hill, 2003, pp 2163-2188.
7. Glaser JH.— Centers for Disease Control and Prevention guidelines for congenital syphilis. *J Pediatr*, 1996, **129**, 488-490.
8. Hollier LM, Harstad TW, Sanchez PJ, et al.— Fetal syphilis : Clinical and laboratory characteristics. *Obst Gynecol*, 2001, **97**, 947-953.
9. Carbia SG, Lagodin C, Abbruzzese M, et al.— Lichenoid secondary syphilis. *Int J Dermatol*, 1999, **38**, 53-55.
10. Lochner JC, Pomeranz JR.— Lichenoid secondary syphilis. *Arch Dermatol*, 1974, **109**, 81-83.
11. Jeerapaet P, Ackerman AB.— Histologic patterns of secondary syphilis. *Arch Dermatol*, 1973, **107**, 373-377.
12. Tang MGY, Yosipovitch G, Tan SH.— Secondary syphilis presenting as a lichen planus-like rash. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004, **18**, 185-187.
13. Papini M, Bettacchi A, Guiducci A.— Nodular secondary syphilis. *Br J Dermatol* 1998, **138**, 704-705.
14. Wenhai L, Jianzhong Z, Cao Y.— Detection of *Treponema pallidum* in skin lesions of secondary syphilis and characterization of the inflammatory infiltrate. *Dermatology*, 2004, **208**, 94-97.
15. Rolfs RT, Joesoef MR, Hendershot EF, et al.— A randomized trial of enhanced therapy for early syphilis in patients with or without human immunodeficiency virus infections. *N Engl J Med*, 1997, **337**, 307-14.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Prof. G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU du Sart Tilman, 4000 Liège