

FAIRE UN FAUX PAS FACE À DES SYPHILIDES «DE DEUXIÈME FLORAISON»

L. EL HAYDERI (1), G.E. PIÉRARD (2, 3), C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (4), P. QUATRESOOZ (5)

RÉSUMÉ : Au cours des dernières années, l'incidence de la syphilis s'est accrue en diverses régions géographiques, particulièrement dans des foyers urbains. La maladie est, de surcroît, plus particulièrement associée à l'infection par le VIH. Au stade secondaire de la syphilis, le diagnostic peut s'avérer particulièrement difficile à poser, car la ressemblance anatomo-clinique est grande avec diverses autres dermatoses. Le risque d'errance diagnostique est associé à celui d'une inertie thérapeutique hautement dommageable pour le patient.

MOTS-CLÉS : *Syphilis - Tréponème pâle - Spirochète - Dermatopathologie*

MAKING STRIDES FACING «SECOND FLOWERING» SYPHILIS PAPULES

SUMMARY : In a recent past, the incidence of syphilis has increased in various geographical regions, particularly in urban areas. In addition, the disease is particularly associated with HIV infection. In secondary syphilis, the diagnosis may prove to be particularly difficult to reach because the clinico-pathological resemblance with other skin disorders is commonly high. The risk of diagnostic roaming is associated with therapeutic inertia which is highly prejudicial to the patient.

KEYWORDS : *Syphilis - Treponema pallidum - Spirochete - Dermatopathology*

DIAGNOSTIC CLINIQUE DE LA SYPHILIS

La syphilis est une maladie sexuellement transmise et hautement contagieuse due au spirochète *Treponema pallidum*. Il s'agit d'une affection particulière par son polymorphisme clinique et la variabilité de ses manifestations lors de ses différents stades évolutifs. De plus, après une phase précoce symptomatique, la syphilis tend à perdurer de façon latente avant de se manifester à nouveau de manière parfois sévère. On assiste actuellement à une recrudescence épidémiologique de la syphilis, surtout en milieu urbain au sein de groupes de populations particulièrement exposés tels que des homosexuels et des hétérosexuels à partenaires multiples (1-7). Une proportion importante de ces cas de syphilis touche des sujets co-infectés par le VIH (8). Bon nombre de ces patients co-infectés découvrent leur séropositivité pour le VIH lors du bilan effectué dans la mise au point diagnostique de la syphilis. D'autres patients encore sont co-infectés par *T. pallidum* et *Haemophilus ducrei*. Cette combinaison d'un chancre syphilitique et d'un chancre mou porte le nom de chancre mixte (9).

Le stade précoce de la syphilis comprend les syphilis primaires et secondaires symptomatiques, ainsi que les syphilis latentes récentes. Ces dernières sont définies par une sérologie positive associée à une ancienne syphilis primaire ou secondaire symptomatique datant de moins d'un an. La syphilis tardive comprend, d'une part, les syphilis latentes sérologiques ayant plus d'un an

d'évolution ou de durée indéterminée, et, d'autre part, la syphilis tertiaire. La neurosyphilis constitue un autre stade distinct des syphilis précoces et tardives. Elle peut être asymptomatique (sérologie positive du LCR) ou entraîner divers signes cliniques neurologiques.

MODES DE CONTAMINATION

Le mode de contamination d'origine sexuelle est responsable de la majorité des cas (> 95 %). Le contact avec une muqueuse infectée transmet le tréponème quel que soit le siège de l'infection pénienne, vaginale, cervicale, anale, labiale ou pharyngée. L'information préventive relative à la prévention de la transmission génito-génitale ou génito-anale par l'usage des préservatifs est bien établie. Elle est moindre pour les transmissions oro-génitales. De plus, même quand l'information est connue, l'usage des préservatifs pour les rapports oro-génitaux concerne une minorité des sujets à risque de syphilis.

Le mode de contamination d'origine materno-fœtale a lieu par voie transplacentaire lors de la grossesse à partir du 4ème – 5ème mois. Cela justifie le dépistage et le traitement de toute syphilis active dans le premier trimestre de la grossesse et, éventuellement, un contrôle à un stade gravidique plus tardif dans les populations à risque. Une contamination du nourrisson lors de l'accouchement à partir d'un chancre génital maternel est également possible.

Le mode de contamination d'origine professionnelle n'est pas exclu, vu la contagiosité des lésions muqueuses et cutanées érodées. Cette éventualité ne s'envisage qu'en cas de non-respect des règles de pratiques élémentaires d'hygiène (port de gants lors de l'examen)

(1) Etudiante, (2) Chargé de Cours, Chef de Service, (4) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire, (5) Maître de Conférence, Chef de Laboratoire, Service de Dermatopathologie, CHU de Liège.
(3) Professeur honoraire, Université de Franche-Comté, Besançon, France.

ou d'accident (piqûre lors d'un prélèvement local...).

SYPHILIDES DE «SECONDE FLORAISON» ENTRE CHARYBDE ET SCYLLA

Les syphilides papuleuses secondaires dites de «deuxième floraison», surviennent tardivement, mais font parfois suite immédiate à la roséole. Les lésions sont toujours papuleuses, voire papulo-squameuses et très polymorphes, croûteuses, érodées ou nécrotiques (10). La fine desquamation périlésionnelle classique appelée «collerette de Biett» est inconstante et peu spécifique. Plus que l'aspect des lésions individuelles, c'est leur distribution topographique qui est évocatrice. L'atteinte palmo-plantaire en particulier est assez caractéristique, bien que non pathognomonique. Les lésions siègent électivement à cheval sur les plis palmaires ou plantaires et sont volontiers infiltrées. Chez les sujets à peau noire, elles peuvent évoquer des macules hyperpigmentées ethniques physiologiques et les kératoses ponctuées palmaires (11). Les atteintes commissurales labiales ainsi que celles des sillons nasogéniens et du sillon mentonnier, sont également évocatrices. Cependant, aucune topographie n'est épargnée et, si la présence des localisations lésionnelles précitées est très évocatrice du diagnostic, leur absence ne permet aucunement de l'exclure. La durée des lésions est de 1 à 6 mois. Des lésions érosives sont possibles et elles sont alors contagieuses.

Les lésions maculo-papuleuses de la syphilis de «seconde floraison» peuvent présenter un mimétisme remarquable avec diverses dermatoses. Le pityriasis rosé de Gibert, l'acné paroxystique, le lichen, le pityriasis lichénoïde (parapsoriasis en gouttes) en représentent des exemples classiques (12).

Si le diagnostic n'est pas établi, «l'épreuve thérapeutique» à l'aveugle peut conduire à une détérioration de l'état du patient (13, 14). En effet, l'application d'un dermocorticoïde, la prise orale de glucocorticoïdes, la PUVA-thérapie ou tout autre traitement anti-inflammatoire ou immunosupresseur inadapté ne va pas éradiquer le tréponème pâle de l'organisme. Une précipitation vers le stade de neurosyphilis asymptomatique est possible. Elle devra être particulièrement recherchée à la suite d'une inertie thérapeutique malencontreuse.

Une tentative pour éclairer le diagnostic différentiel repose sur la sérologie syphilitique. Certes, une positivité démontrera que le patient est porteur d'une syphilis. Ceci n'implique pas que les lésions cutanées soient une manifestation

clinique d'une syphilis symptomatique. Il peut aussi s'agir d'une autre dermatose développée d'une manière indépendante de l'intervention du tréponème pâle chez un patient atteint d'une syphilis asymptomatique. En fait, tout patient syphilitique peut développer en plus une autre dermatose !

SOLUTION DERMATOPATHOLOGIQUE AU DILEMME DIAGNOSTIQUE

L'examen histologique standard apporte une aide précieuse à l'établissement du diagnostic et à la distinction entre diverses dermatoses ressemblant à une syphilis secondaire. Cependant, en certaines circonstances, la certitude diagnostique ne peut être garantie. C'est le cas en particulier lorsque diverses thérapeutiques, même inefficaces, ont néanmoins altéré la présentation histologique.

L'étape plus sophistiquée consiste en l'immunohistochimie utilisant un anticorps dirigé contre le spirochète *T. pallidum* (15-19). Les microorga-

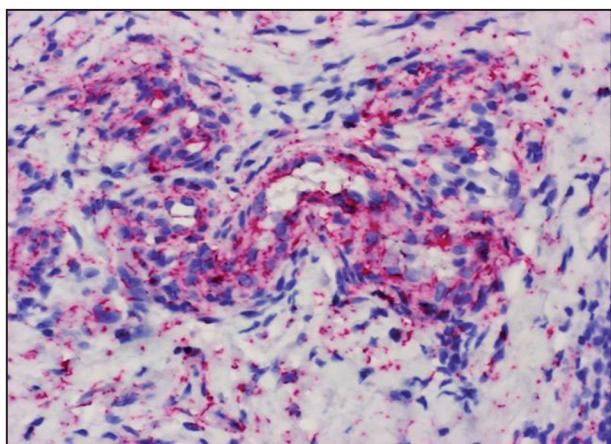


Figure 1. Syphilide secondaire. Infiltration massive du derme par des tréponèmes pâles autour d'un vaisseau (immunohistochimie, spirochètes rouges).

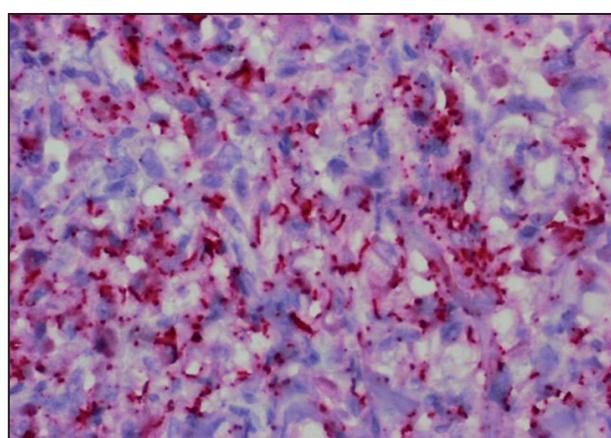


Figure 2. Syphilide secondaire. Multiples tréponèmes pâles dans l'infiltrat inflammatoire (immunohistochimie, spirochètes rouges).

nismes apparaissent en masse dans l'épiderme, le derme papillaire, le derme réticulaire et dans le proche environnement des vaisseaux (Fig. 1, 2). Ces différents territoires intracutanés révèlent le «homing» de *T. pallidum* dans la peau et sa voie de dissémination hématogène.

CONCLUSION

La syphilis secondaire est un exemple typique où l'erreur diagnostique peut conduire à une inertie thérapeutique plus néfaste qu'inefficace. Toute dermatose polymorphe qui ne répond pas normalement à une épreuve thérapeutique guidée par un diagnostic non étayé doit évoquer la possibilité d'une syphilis « masquée ». La sérologie et l'examen immunopathologique sont les moyens les plus adaptés pour résoudre le dilemme diagnostique et désamorcer l'errance et l'inertie thérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fenton KA, Lowndes CM.— Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect*, 2004, **80**, 255-263.
2. Flagothier C, Arrese JE, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— La syphilis, une MST de retour en nos murs. *Rev Med Liège*, 2004, **59**, 426-429.
3. Lautenschlager S.— Sexually transmitted infections in Switzerland : return of the classics. *Dermatology*, 2005, **210**, 134-142.
4. Peterman TA, Heffelfinger JD, Swint EB, Groseclose SL.— The changing epidemiology of syphilis. *Sex Transm Dis*, 2005, **32**, S4-S10.
5. Abraham S, Toutous-Trellu L, Pechère M, et al.— Increased incidence of sexually transmitted infections in Geneva, Switzerland. *Dermatology*, 2006, **212**, 41-46.
6. Frauenfelder C.— Incidence of syphilis in UK rises as HIV diagnoses hold steady. *Br Med J*, 2006, **333**, 1089.
7. Kerani RP, Handsfield HH, Stenger MS, et al.— Rising rates of syphilis in the era of syphilis elimination. *Sex Transm Dis*, 2007, **34**, 154-161.
8. Grimeber G, Bautista CT, Pizzimenti MC, et al.— High prevalence of syphilis-HIV coinfection at four hospitals of the city of Buenos Aires, Argentina. *Rev Argent Microbiol*, 2006, **38**, 134-136.
9. Henry F, Devillers C, Szepetuk G, Piérard GE.— Chancre mixte, combinaison d'un chancre mou et d'un chancre syphilitique. *Rev Med Liège*, 2009, **64**, 177-178.
10. Lautenschlager S.— Cutaneous manifestations of syphilis. Recognition and management. *Am J Clin Dermatol*, 2006, **7**, 291-304.
11. Piérard-Franchimont C, Piérard GE, Mélotte P, et al.— Keratosis punctata of the palmar creases. *Ann Soc Belge Med Trop*, 1989, **69**, 257-261.
12. Flagothier C, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Acnés paroxystiques. *Rev Med Liège*, 2004, **59**, 177-179.
13. Piérard GE.— Le coût des diagnostics empiriques et intuitifs. Regard critique sur l'épreuve thérapeutique et sur les pratiques non-conventionnelles. *Rev Med Liège*, 1998, **55**, 244-246.
14. Piérard GE, Arrese JE, Hermanns-Lê, Piérard-Franchimont C.— L'incertitude du praticien entre les dermatologies rationnelle et factuelle. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 244-246.
15. Buffet M, Grange PA, Gerhardt P, et al.— Diagnosing *Treponema pallidum* in secondary syphilis by PCR and immunohistochemistry. *J Invest Dermatol*, 2007, **127**, 2345-2350.
16. Quatresooz P, Blaise G, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— La syphilis, la grande simulatrice démasquée. *Dermatol Actual*, 2007, **104**, 6-10.
17. Quatresooz P, Piérard GE.— Skin homing of *Treponema pallidum* in early syphilis. An immunohistochemical study. *Appl Immunohistochem Mol Morphol*, 2009, **17**, 47-50.
18. Quatresooz P, Piérard G.— Perivascular cuff and spread of *Treponema pallidum*. *Dermatology*, 2009, **219**, 259-262.
19. Quatresooz P, Piérard-Franchimont C, Paquet P, Piérard GE.— Cutaneous papules in a patient with AIDS. *Dermatol Rep*, 2010, **2**, 4-5

Les demandes de tirés à part sont à adresser au
Pr G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU
de Liège, 4000 Liège, Belgique.
E-mail : gerald.pierard@ulg.ac.be