

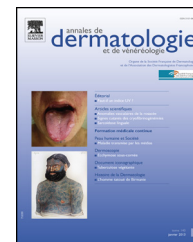


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RECOMMANDATIONS

Syphilis précoce[☆]



Primary syphilis

M. Janier^{a,*}, N. Dupin^b, N. Spenatto^c,
C. Vernay-Vaisse^d, A. Bertolotti^e, C. Derancourt^f,
la section MST de la SFD

^a Centre clinique et biologique des MST, hôpital Saint-Louis, 42, rue Bichat, 75010 Paris, France

^b Service de dermatologie, hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

^c Pôle santé publique et médecine sociale, service de dermatologie et médecine sociale, hôpital La-Grave, place Lange, TSA 60033, 31059 Toulouse cedex 9, France

^d CIDAG/CIDIST MDS Aubagne, 10, allée Antide-Boyer, 13400 Aubagne, France

^e Service de dermatologie, hôpital Saint-André, 1, rue Jean-Burguet, 33000 Bordeaux, France

^f Service de dermatologie, CHU de Fort-de-France, 97261 Fort-de-France, Martinique

Disponible sur Internet le 20 octobre 2016

La syphilis précoce est définie par une évolution datant de moins d'un an (j0 étant par définition le premier jour du chancre ; cette chronologie fait abstraction de l'incubation trop aléatoire, variable, classiquement longue — 3 semaines — mais souvent impossible à préciser).

La syphilis précoce est la période de la syphilis la plus riche en tréponèmes (risque maximal de contagion).

Elle regroupe :

- la syphilis primaire (définie par la présence du chancre syphilitique) ;

- la syphilis secondaire (définie par les manifestations cliniques essentiellement cutanéomuqueuses de la bactériémie syphilitique). La grande majorité des manifestations secondaires survient dans l'année qui suit le chancre ;
- et la syphilis sérologique (ou latente) précoce. Affirmer qu'une syphilis sérologique est précoce, est difficile (notion de chancre ou d'éruption secondaire récents, antériorité sérologique récente, contage récent...).

L'intérêt de cette classification simplifiée est majeur : au cours de cette période, même si l'infection est disséminée (avec présence de tréponèmes dans le LCR dès la phase primaire), une atteinte neurologique parenchymateuse (profonde) est exceptionnelle. Il n'est donc pas utile de pratiquer une ponction lombaire et un traitement simple par une seule injection de benzathine pénicilline G IM suffit dans la très grande majorité des cas.

[☆] Mise à jour des recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles de la section MST/sida de la SFD parues dans Ann Dermatol Vénereol 2006;133(Suppl. 8/9):2S1–71.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : michel.janier@sls.aphp.fr (M. Janier).

Clinique

Syphilis primaire

Le chancre syphilitique est constant (sauf dans la syphilis congénitale et les exceptionnelles syphilis transfusionnelles). Le diagnostic peut cependant être difficile :

- en cas de chancre profond (cervicovaginal, rectal, pharyngé) ;
- lorsque l'ulcération n'a pas les caractères classiques du chancre syphilitique (unique, muqueux, induré, indolore, superficiel et propre). En fait, tous les aspects cliniques sont possibles, les chancres atypiques étant favorisés par les surinfections et les retards à la consultation. D'où la règle devant une ulcération génitale de toujours penser à la syphilis et de la rechercher ;
- l'adénopathie régionale qui accompagne le chancre ne fistulise pas. Elle peut être profonde (chancre cervical et rectal). Les chancres extragénitaux sont possibles, en particulier buccaux.

Syphilis secondaire

Elle succède à une syphilis primaire non traitée. Elle est inconstante (environ 1/3 des patients infectés développeront une syphilis secondaire). Elle survient dans les six semaines après le chancre (roséole) et toujours dans l'année qui suit le chancre (syphilides papuleuses). Lorsque le chancre persiste au moment de l'éruption secondaire, on parle de syphilis primosecondaire. En principe, cependant, le chancre a déjà guéri spontanément (en deux à six semaines) sans laisser de cicatrice (sauf s'il était très creusé).

La syphilis secondaire est plus fréquente chez les femmes et les homosexuels, chez lesquels le chancre primaire est le moins extériorisé.

La syphilis secondaire a principalement un tropisme cutané :

- première floraison : roséole évoquant une virose ou une toxidermie ;
- deuxième floraison : syphilides cutanées papulosquameuses (très riche polymorphisme : la grande simulatrice) évoquant une acné, une dermatite séborrhéique, une varicelle, une leucémie aiguë, un lichen, un psoriasis, un parapsoriasis en gouttes... Les lésions sont rarement prurigineuses, prédominant sur le tronc et le visage. L'atteinte palmoplantaire est évocatrice mais non spécifique. Toutes les lésions élémentaires de la dermatologie sont possibles sauf vésicules et bulles (mis à part chez le nouveau-né). Les lésions cutanées ne sont contagieuses et accessibles à un examen au fond noir que si elles sont excoriées, érosives, ulcérées ;
- une atteinte muqueuse est fréquente (plaques muqueuses contagieuses génito-anales et buccales), voire une alopecie.

Les autres manifestations sont contingentes : fébricule, polyadénopathies, arthrites, ostéite, hépatite, glomérulonéphrite, uvéite, méningite (et atteinte des paires crâniennes) constituant autant de diagnostics différentiels trompeurs. Les atteintes ophtalmologiques et neurologiques

peuvent engager le pronostic fonctionnel (surdité, troubles visuels).

Syphilis latente précoce

C'est la majorité des patients dont la syphilis remonte à moins d'un an. Seule, une sérologie négative antérieurement (de moins d'un an) permet de l'affirmer. Par définition, l'examen clinique est strictement normal. Une augmentation des titres des sérologies non tréponémiques (VDRL ou RPR) ($\times 4$) dans l'année précédente, la notion d'une ulcération génitale récente, une cicatrice de chancre, une anamnèse évocatrice de manifestations secondaires récentes sont des éléments présomptifs avec la notion d'un (ou une) partenaire infecté(e).

Cette situation est rencontrée lorsqu'une sérologie syphilitique est pratiquée en cas de facteur de risque ou de manière systématique. La syphilis latente précoce succède à la syphilis primaire. Elle peut être ou non entrecoupée de manifestations secondaires.

Diagnostic

Mise en évidence du tréponème pâle

Microscopie à fond noir (ultramicroscope) : permet un diagnostic immédiat de certitude sur une ulcération primaire ou des lésions érosives secondaires :

- nécessite une grande expertise ;
- nombreux faux-négatifs : technique incorrecte, applications d'antiseptiques, prise d'antibiotiques ;
- des faux-positifs dans la cavité buccale.

Immunofluorescence directe sur lame : technique difficile, subjectivité de la fluorescence ; quasi-abandonnée.

Amplification moléculaire (PCR) : de plus en plus utilisée, ne permet pas un diagnostic immédiat.

Culture sur l'animal de laboratoire (orchite expérimentale du lapin) : réservée à des protocoles de recherche.

Coloration argentique sur biopsie (Fontana, Warthin-Starry) : interprétation difficile, remplacée aujourd'hui par l'immuno-histochimie.

Sérologies de la syphilis

Ce sont, en fait, des sérologies des tréponématoses ; aucune ne permet de différencier la syphilis des tréponématoses non vénériennes (pian, bégel, pinta).

Sérologies tréponémiques (spécifiques) : TT

Les sérologies tréponémiques (spécifiques) sont comme suit :

- *treponema pallidum* haemagglutination test (TPHA) ;
- *treponema pallidum* particle agglutination (TPPA) ;
- *treponema pallidum* latex agglutination (TPLA) ;
- tests immunoenzymatiques (Elisa, EIA) : automatisés ;
- tests de chemiluminescence (CIA) : automatisés ;
- FTA-abs (fluorescent *treponema* antibody absorption test) quasi-abandonné ;
- blot : pas d'intérêt en pratique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5644844>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5644844>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)