

Syphilis primaire et secondaire (95a)

Professeur Jean-Claude BEANI
Mai 2004 (Mise à jour juin 2005)

Résumé :

La syphilis primo-secondaire n'a pas totalement disparu et aujourd'hui est le fait d'une sexualité à risque congénitale.
Le caractère sémiologique le plus important du chancre est son induration.
La roséole syphilitique ne doit pas être confondue avec une éruption virale ou allergique et la prescription d'un sérodiagnostic TPHA-VDRL doit être facile.
Les éruptions de la syphilis secondaire sont polymorphes.
Les lésions palmo-plantaires évoquent très fortement une syphilis.
Le sérodiagnostic de la syphilis ne se positive qu'au cinquième –dixième jour du chancre.
Le FTA abs est le premier test à se positiver et n'a d'intérêt que dans cette situation.
Le TPHA affirme ou infirme une tréponématose et c'est le VDRL qui en précise l'évolutivité.
Le traitement de la syphilis primo-secondaire est : benzathine-pénicilline (Extencilline) 2,4 millions d'unités, 1 à 2 IM à une semaine d'intervalle. Il doit être complété systématiquement par la recherche d'une autre MST (VIH, hépatite)
Le suivi biologique d'une syphilis traitée se fait sur le VDRL quantitatif.
Les sujets contacts doivent être examinés et traités.
La syphilis est grave chez la femme enceinte. Son dépistage systématique reste justifié.
La syphilis est également souvent grave ou atypique chez le sujet VIH +.

Mots-clés :

Syphilis, infections sexuellement transmises.

Références :

- Dermatologie et Vénérologie, J.H Saurat, E. Grosshans, P. Laugier, JM. Lachapelle, Masson, 3ème édition, 1999.
- Dermatologie Abrégés connaissance et pratique DERMATOLOGIE Masson2003-collège des enseignants de Dermatologie.

Exercices :

1. Introduction

La syphilis est une maladie infectieuse due à *Treponema pallidum*, sexuellement transmissible et contagieuse.

2. Epidémiologie, mode de contamination

Aujourd'hui, la syphilis est devenue très rare. Le port du préservatif comme moyen de prévention contre le VIH a en effet réduit le risque de syphilis. La contamination témoigne le plus souvent d'une sexualité à haut risque : homosexualité masculine à partenaires multiples, usage de drogues dures, prostitution « sauvage ».

Par ailleurs la sensibilité de la bactérie à divers antibiotiques, pris éventuellement pour tout autre chose, explique la bénignité des formes précoces et l'extrême rareté des formes graves tardives.

La transmission sexuelle est la plus fréquente. Les multitudes de pratiques sexuelles expliquent qu'un chancre puisse être localisé ailleurs que sur les organes génitaux, par exemple sur la lèvre ou dans la région anale.

La syphilis n'est vraiment contagieuse pour le partenaire qu'au stade primaire de chancre et au stade secondaire des syphilides muqueuses, érosives.

La transmission materno-fœtale se fait durant la grossesse par passage transplacentaire du tréponème à partir du 4ème-5ème mois de la grossesse. Cela justifie le dépistage systématique par sérodiagnostic et le traitement de toute syphilis active, dans le premier trimestre de la grossesse.

L'éventualité d'une contamination du nourrisson lors de l'accouchement à partir d'un chancre génital maternel est possible.

Les contaminations professionnelles sont exceptionnelles.

3. Clinique

3.1. La syphilis primaire

Elle est marquée, après 3 semaines environ d'incubation silencieuse, par l'apparition du chancre au point d'inoculation du tréponème et par son adénopathie satellite.

3.1.1. *Le chancre*

Le chancre est :

- une exulcération le plus souvent
- de petite taille
- habituellement unique
- induré. C'est le caractère sémiologique le plus évocateur
- indolore.

Il siège : n'importe où mais plus électivement :

- chez l'homme dans le sillon balano-préputial (et peut n'être apparent qu'après décalottage), plus rarement sur le gland ou le fourreau.



[Photo : chancre syphilitique, sillon balano prépuce](#)
(J.C. Béani)



[Photo : chancre syphilitique](#)
(J.C. Béani)

- chez la femme parfois sur la partie externe de la vulve mais le plus souvent sur le vagin ou le col utérin et comme il est indolore, il passe alors volontiers inaperçu.
- une situation à la marge anale, voire à l'extrémité du canal anal, est dans les deux sexes.



[Photo : chancre anal](#)
(J.C. Béani)

3.1.2. L'adénopathie

Le chancre externe est toujours associé à une adénopathie inflammatoire dans le territoire de drainage lymphatique donc le plus souvent au creux inguinal.

Il s'agit d'un ganglion un peu plus gros au sein des banals petits ganglions de cette région donc à rechercher soigneusement.

Lorsque le chancre est profond (anal, vaginal), l'adénopathie satellite est elle même profonde et non décelable à l'examen clinique.

3.2. La syphilis secondaire

Elle est marquée par plusieurs éruptions cutanéomuqueuses entrecoupées de phases asymptomatiques de quelques semaines ou mois et durent deux ans en moyenne. S'y associent des signes généraux et viscéraux qui témoignent de la diffusion systématique du tréponème.

3.2.1. Roséole syphilitique

La roséole syphilitique est la première floraison de la syphilis. Elle passe souvent inaperçue car elle est peu intense et transitoire (7 à 10 jours).



[Photo : roséole syphilitique](#)
(J.C. Béani)

Elle est faite de macules érythémateuses de 5 à 15mm de diamètre, disséminées sur le tronc, sont souvent pâles et passent volontiers inaperçues. Elle peut ainsi être confondue avec une toxidermie ou une virose.

3.2.2. Syphilides papuleuses

Elles siègent aussi bien sur le visage que sur le tronc et les membres et sont au nombre de quelques unités à plus d'une centaine. Elles sont indolentes et non prurigineuses. La lésion élémentaire est une papule volontiers de couleur cuivrée, mais elle peut être masquée par une squame, une ulcération, une croûte. Cependant les dermatoses papuleuses étant rares, il faut penser systématiquement à la syphilis devant toute éruption de ce type.



[Photo : syphilides papuleuses](#)
(J.C. Béani)

Les syphilides palmo-plantaires ne sont pourtant pas papuleuses mais infiltrées. Leur aspect et leur topographie suffisent à porter le diagnostic. Leur présence est extrêmement évocatrice.



Photo : [syphilides papuleuses](#)
(J.C. Béani)

Les syphilides, buccales, génitales et périnéales sont, en général, multiples, papulo-érosives, souvent macérées. (« plaques muqueuses »).



Photo : [syphilides érosives génitales](#)
(J.C. Béani)

3.2.3. Autres signes cutanés

Ils sont plus trompeurs :

- perlèche
- papules acnéiformes du menton
- dépapillation en aire de la langue (plaques en prairie fauchée)
- dépilation des sourcils
- alopecie récente en aires sur un cuir chevelu intact.

3.2.4. Signes généraux

- fièvre pouvant atteindre 39°C – 39,5°C
- céphalées avec syndrome méningé
- raucité de la voix
- polyadénopathies
- hépato-splénomégalie
- polyarthralgies
- altération plus ou moins profonde de l'état général.

4. Diagnostic biologique de la syphilis

Tous les efforts pour cultiver *T. pallidum* sont restés vains.

Le diagnostic de syphilis ne peut donc se faire que par la mise en évidence du tréponème lui-même au microscope à fond noir ou, indirectement, par la mise en évidence de la réponse spécifique anticorps.

4.1. L'examen au microscope à fond noir

L'examen au microscope à fond noir du frottis obtenu par raclage du fond du chancre d'inoculation est la seule possibilité de confirmation du diagnostic la première semaine suivant la constitution du chancre.

La recherche du tréponème par examen au microscope à fond noir est aussi possible sur les syphilides érosives génitales.

4.2. Biopsie cutanée

Sur une biopsie cutanée faite devant une éruption cutanéomuqueuse la présence de nombreux plasmocytes peut faire évoquer le diagnostic de syphilis secondaire.

4.3. La sérologie

Le sérodiagnostic de la syphilis est aujourd'hui bien standardisé, peu coûteux et fiable : l'association d'un test spécifique (TPHA) et d'un test non spécifique (VDRL) est suffisante pour affirmer ou infirmer un diagnostic de syphilis.

4.3.1. Le TPHA ou *Tréponema Pallidum Haemagglutination Assay*

Il met en évidence des anticorps dirigés contre tous les tréponèmes pathogènes. La réaction est donc spécifique des tréponématoses mais ne permet pas de différencier la syphilis, du pian, du bégel, de la pinta. Il n'existe d'ailleurs aucun test sérologique permettant de différencier les anticorps de la syphilis de ceux des tréponématoses endémiques non vénériennes.

Le TPHA se positive autour du 8^{ème}-10^{ème} jour du chancre. Il atteint rapidement +++ et, en l'absence du traitement, restera à +++ jusqu'à la fin de la vie.

Après un traitement bien conduit, le TPHA ne se négative, et encore inconstamment, que si celui-ci a été institué dans l'année qui suit le chancre d'inoculation. Au delà de ce délai, le TPHA restera positif.

Le TPHA quantitatif n'est un bon marqueur ni de l'évolutivité de la maladie, ni de la réponse au traitement, seul le TPHA qualitatif (0 à +++) est intéressant par sa positivité ou sa négativité.

4.3.2. *Le VDRL ou Venereal Disease Research Laboratory*

Il utilise l'antigène cardiolipidique comme cible et le VDRL n'est donc pas une réaction spécifique des tréponématoses.

La sérologie syphilitique faussement positive (VDRL positif, TPHA négatif) s'observe au cours de la grossesse, de maladies dysimmunitaires, notamment au cours du lupus et du syndrome des anticorps antiphospholipides, ainsi que dans certaines maladies infectieuses (*Mycoplasma pneumoniae*, borrélioses).

Le VDRL se positive en moyenne 10 à 15 jours après l'apparition du chancre. Le titre augmente ensuite rapidement pour atteindre, durant la phase secondaire, un plateau situé entre 256 U et 1024 U.

La surveillance biologique de l'efficacité du traitement se fait sur le VDRL quantitatif. On considère que le traitement est efficace quand le titre du VDRL, 3 mois après le traitement est divisé par 4, et 6 mois après le traitement est divisé par 16. En l'absence d'une décroissance de ce type, le traitement doit être repris ; inversement, une recontamination syphilitique (la syphilis n'étant pas immunisante) est diagnostiquée sur la remontée significative du VDRL quantitatif (titre multiplié au moins par 4).

4.3.3. *Résultats des tests TPHA-VDRL*

- Au cours de la syphilis primaire : Le TPHA et le VDRL sont négatifs dans les 8 à 10 premiers jours du chancre. Passé ce délai, le TPHA est rapidement positif à +++ et le VDRL grimpe progressivement pour atteindre 64 à 256 U, à la fin de la période primaire.
- Au cours de la syphilis secondaire : Le TPHA est toujours à +++ et le VDRL est à son plafond (entre 256 et 1024 en moyenne).

4.3.4. *Les autres tests*

- Le FTA ou *Fluorescent Treponemal Antibody*, et FTA absorbé : Le FTA est comme le TPHA, une réaction spécifique des tréponématoses ; il se positive vers le 5ème jour du chancre. C'est donc le premier test à se positiver. En l'absence de traitement, le FTA reste positif à un titre élevé tout au long de la phase primo-secondaire.
- Le test d'immobilisation des tréponèmes (Nelson) : Ce test n'a plus aucun intérêt d'autant qu'il est coûteux et dangereux pour le personnel de laboratoire.

5. Diagnostic différentiel

5.1. Clinique

5.1.1. *Syphilis primaire*

Au stade de chancre, le diagnostic différentiel est celui des autres causes d'ulcération génitale d'origine infectieuse :

- **Herpès** : Tant l'herpès de primomanifestation que l'herpès récurrent peuvent se traduire par un aspect de chancre. Le diagnostic sera alors biologique : IF sur lame, PCR, culture.



[Photo : herpès génital](#)
(J.C. Béani)

- **Chancre mou** : Cette maladie infectieuse rare est due à l'*Haemophilus ducreyi*. Elle se traduit par un chancre génital souvent plus creusant, plus sale, plus douloureux, que le chancre syphilitique, et dans deux tiers des cas d'une adénopathie inguinale très volumineuse et inflammatoire (bubon). Le diagnostic biologique de chancre mou (frottis, culture) est très difficile.



[Photo : chancre mou](#)
(J.C. Béani)



[Photo : adénopathie fistulisée au cours d'un chancre mou](#)
(J.C. Béani)

- **Aphte génital** : Il se caractérise surtout par l'importance de douleurs locales, son caractère récidivant et la quasi constante association dans le temps à des aphtes buccaux.



[Photo : aphte génital](#)
(J.C. Béani)

- **Lymphogranulomatose vénérienne (ou maladie de Nicolas Favre), Donovanose,** sont en Occident, tout à fait exceptionnelles.

Enfin on ne se laissera pas abuser par les causes d'ulcérations génitales mécaniques, thermiques ou chimiques, souvent avancées par le patient.

5.1.2. Syphilis secondaire

La roséole fait discuter une virose, une toxidermie.

Les syphilides papuleuses font cliniquement discuter de nombreuses dermatoses, notamment le lichen et le psoriasis. En fait il faut savoir penser à la syphilis et demander la sérologie qui est toujours positive à ce stade.

5.2. Sérologie

Interpréter un sérodiagnostic tréponémique est facile si l'on respecte le schéma suivant : On commence par le résultat du TPHA.

Un TPHA positif (+++) signifie que le patient a contracté une tréponématose.

On s'intéresse alors au VDRL dont la positivité et le titre donneront une idée de l'évolutivité de la maladie. Un titre élevé (1/16 par exemple) témoigne toujours d'une maladie évolutive (sauf si déjà traitée avec décroissance progressive du titre).

Un TPHA négatif (0) signifie que le sujet n'a pas contracté de tréponématose ou qu'il en est guéri. Le VDRL est alors lui-même négatif. Si le VDRL est positif, c'est qu'il s'agit d'une fausse sérologie tréponémique.

La seule exception à cette démarche s'observe dans les 7 premiers jours du chancre où le sérodiagnostic est encore négatif (intérêt du FTA abs).

6. Le traitement de la syphilis primaire et secondaire

Le traitement de la syphilis est d'une extrême efficacité et facilité.

6.1. Cas général

6.1.1. Traitement de la syphilis primaire

En l'absence d'allergie à la pénicilline (cf ci-dessous), le seul traitement acceptable est une injection intramusculaire unique de 2,4 millions d'unités de benzathine pénicilline G (Extencilline). Ce traitement minute, est probablement efficace dans 100% des cas. La prévention de la réaction d'Herxheimer n'est pas justifiée.

6.1.2. Traitement de la syphilis secondaire

L'OMS propose le même protocole que pour la syphilis primaire. D'autres auteurs, probablement anxieux, préconisent deux injections de benzathine pénicilline G et de 2,4 millions d'unités à 1 semaine d'intervalle. Aucun autre traitement n'est justifié.

A ce stade, une réaction d'Herxheimer est possible quelques heures après l'injection. Elle associe : fièvre, céphalées, myalgies, accentuations des signes locaux. Toujours bénigne, elle ne doit pas être interprétée comme une allergie à la pénicilline. Aucun protocole thérapeutique ne la prévient réellement. Un antipyrétique peut être prescrit.

6.2. Allergie à la pénicilline

En cas d'allergie à la pénicilline chez un patient ayant une syphilis primo-secondaire, on peut (sauf chez la femme enceinte) remplacer la ou les injections de benzathine pénicilline G par une ou des cures de cyclines. Chaque cure dure deux semaines. Elle utilise soit la tétracycline (500mg per os 4 fois par jour), soit la doxycycline (100mg per os matin et soir).

6.3. Suivi du traitement

Il est justifié de contrôler cliniquement et biologiquement l'efficacité du traitement à 3 mois et 6 mois. Le suivi biologique se fait sur le VDRL quantitatif.

6.4. Mesures complémentaires obligatoires

- **Recherche d'une autre MST :** Rappelons enfin que contracter une syphilis témoigne d'une activité sexuelle à haut risque. La recherche d'une MST concomitante est justifiée : sérologies du VIH et des hépatites seront systématiques.
- **Sujets contacts sexuels :** L'idéal est de pouvoir examiner cliniquement et de faire une sérologie chez tous les sujets contacts sexuels.

6.5. Terrains particuliers

- **Femmes enceintes :** Le risque est bien entendu celui de la syphilis congénital. Classiquement, le tréponème ne passe la barrière placentaire qu'à partir du quatrième-cinquième mois de la grossesse. Le traitement de la syphilis est identique, pour un même stade de la maladie, à celui préconisé chez la femme non enceinte. Le suivi clinique et biologique sera mensuel. En cas d'allergie à la pénicilline, l'avis du spécialiste est obligatoire pour choisir entre traitement par macrolide ou une désensibilisation à la pénicilline.
- **Traitement de la syphilis du sujet séropositif pour le VIH :** Chez un patient préalablement séropositif pour le VIH, la syphilis avait volontiers une sémiologie cutanée atypique, était fréquemment et précocement compliquée d'atteintes viscérales sévères, notamment oculaires et neurologiques, et surtout pouvait ne pas répondre au traitement par la pénicilline selon les modalités constamment efficaces chez les patients non immunodéprimés. Aujourd'hui, cette vision pessimiste des choses mérite d'être nuancée. Le traitement standard par la pénicilline peut certainement être utilisé en cas de syphilis primaire du sujet séropositif et probablement au cours de la syphilis secondaire de ce même sujet. Une étude du LCR préalablement au traitement est proposée par certains.