

# Item 95 : Maladies sexuellement transmissibles : Syphilis primaire et secondaire

---

---

**Collège National des Enseignants de Dermatologie**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

<b>OBJECTIFS</b> .....	<b>4</b>
<b>I Classification de la syphilis</b> .....	<b>5</b>
<b>II Syphilis primaire</b> .....	<b>5</b>
<b>II.1 Chancre syphilitique</b> .....	<b>5</b>
<b>II.1.1 Chancre</b> .....	<b>5</b>
<b>II.1.2 Siège</b> .....	<b>6</b>
<b>II.1.3 Adénopathie satellite</b> .....	<b>7</b>
<b>II.2 Évolution</b> .....	<b>7</b>
<b>III Syphilis secondaire</b> .....	<b>8</b>
<b>III.1 Roséole syphilitique et syphilides papuleuses</b> .....	<b>8</b>
<b>III.1.1 Roséole syphilitique</b> .....	<b>8</b>
<b>III.1.2 Syphilides papuleuses</b> .....	<b>8</b>
<b>III.2 Syphilides palmo-plantaires</b> .....	<b>9</b>
<b>III.3 Syphilides génitales et périnéales</b> .....	<b>10</b>
<b>III.4 Autres symptômes</b> .....	<b>10</b>
<b>III.4.1 Symptômes cutané-phanériens plus trompeurs</b> .....	<b>10</b>
<b>III.4.2 Signes généraux</b> .....	<b>11</b>
<b>IV Diagnostic biologique</b> .....	<b>12</b>
<b>IV.1 Examen au microscope à fond noir</b> .....	<b>12</b>
<b>IV.2 Diagnostic sérologique</b> .....	<b>12</b>
<b>IV.3 TPHA (Treponema Pallidum Haemagglutination Assay)</b> .....	<b>13</b>
<b>IV.3.1 Objectif</b> .....	<b>13</b>
<b>IV.3.2 Cinétique</b> .....	<b>13</b>
<b>IV.4 VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)</b> .....	<b>13</b>
<b>IV.4.1 Objectif</b> .....	<b>13</b>
<b>IV.4.2 Cinétique</b> .....	<b>14</b>
<b>IV.4.3 Résultat des tests TPHA-VDRL au cours des différents stades de la syphilis</b>	<b>14</b>

<b>IV.5</b>	<b>FTA (Fluorescent Treponemal Antibody) et FTA absorbé.....</b>	<b>14</b>
IV.5.1	Objectif .....	14
IV.5.2	Cinétique .....	15
<b>V</b>	<b>Diagnostic différentiel .....</b>	<b>15</b>
V.1	Clinique .....	15
V.1.1	Syphilis primaire .....	15
V.1.2	Syphilis secondaire .....	15
V.2	Sérologique.....	16
<b>VI</b>	<b>Traitement.....</b>	<b>16</b>
VI.1	Recommandations générales .....	16
VI.1.1	OMS.....	16
VI.1.2	Syphilis précoce .....	16
VI.2	Traitement des syphilis précoces (primaire, secondaire, latente précoce).....	17
VI.3	Suivi du traitement.....	18
VI.4	Sujets contacts sexuels .....	18
VI.5	Femmes enceintes .....	18
VI.6	Traitement de la syphilis du sujet séropositif pour le VIH .....	19
	<b>Points Essentiels .....</b>	<b>19</b>

## OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer une syphilis.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

**Des recommandations diagnostiques et thérapeutiques ont été établies en 2006 par la section MST de la Société française de dermatologie.**

La syphilis est une infection sexuellement transmissible (IST) due à un spirochète *Treponema pallidum*.

Il s'agit d'une maladie non immunisante très contagieuse.

### Épidémiologie

Il existe une recrudescence de la syphilis depuis quelques années en France et dans la majorité des pays industrialisés. L'épidémie intéresse principalement les homosexuels masculins dont plus de la moitié est infectée par le VIH. Cette recrudescence de la syphilis témoigne d'un relâchement dans la prévention des pratiques sexuelles à risque.

La transmission de la syphilis est essentiellement sexuelle. Elle peut se contracter après tout rapport avec pénétration non protégée, y compris la fellation.

Ce sont les lésions muqueuses qui sont contagieuses (chancre de la syphilis primaire et syphilides érosives de la syphilis secondaire).

La transmission materno-fœtale peut survenir surtout vers les 4e et 5e mois de grossesse.

Les transmissions post-transfusionnelles ou après greffe d'organe sont possibles mais très marginales.

## I CLASSIFICATION DE LA SYPHILIS

---

On distingue :

- la syphilis précoce : elle regroupe la syphilis primaire, la syphilis secondaire et la syphilis sérologique précoce (découverte d'une sérologie syphilitique positive sans lésion clinique datant de moins d'un an) ;
- la syphilis tardive : elle regroupe la syphilis tertiaire et la syphilis sérologique tardive (non datable ou datant de plus d'un an).

Le diagnostic de syphilis primaire est souvent méconnu :

- lorsque le chancre n'est pas visible (chancre vaginal, chancre du col utérin, chancre anorectal, chancre pharyngé) ;
- au stade de syphilis secondaire, le diagnostic n'est pas toujours évoqué du fait du polymorphisme des lésions cliniques (la syphilis a été qualifiée de « grande simulatrice »).

Les syphilis sérologiques précoces sont plus fréquentes que les syphilis cliniques précoces.

## II SYPHILIS PRIMAIRE

---

L'incubation est de durée variable, en moyenne de 3 semaines.

La syphilis primaire est caractérisée par :

- un chancre au point d'inoculation ;
- une adénopathie satellite.

Le chancre est contagieux car il fourmille de tréponèmes.

### II.1 CHANCRE SYPHILITIQUE

#### II.1.1 Chancre

Le chancre est typiquement :

- une exulcération (ou érosion) ou plus rarement une ulcération muqueuse (Figure 1) ;
- de 5 à 15 mm de diamètre en moyenne ;
- unique, plus rarement multiple ;
- à fond propre, rosé ;

- induré : c'est le seul caractère sémiologique vraiment évocateur. Il se traduit par l'impossibilité de plisser entre deux doigts la surface de l'ulcération qui ne fait qu'un bloc avec l'induration sous-jacente ;
- indolore (différent de l'herpès +++).

**Figure 1 : Syphilis primaire : ulcération génitale à fond propre et à base indurée**



Aucune de ces caractéristiques n'est cependant pathognomonique. *Un chancre syphilitique doit systématiquement être évoqué devant toute ulcération muqueuse aiguë (génitale, orale ou anale) (Figure 1).*

### **II.1.2 Siège**

*Chez l'homme* : le siège du chancre est assez électivement dans le sillon balano-préputial, plus rarement sur le gland ou sur le fourreau.

Chez la femme : le siège du chancre est le plus souvent sur la partie externe de la vulve (petites lèvres, grandes lèvres, fourchette), plus rarement vaginal et, (comme il est indolore) passe alors volontiers inaperçu.

Dans les deux sexes, le chancre peut siéger sur :

- la muqueuse buccale ou pharyngée (fellation) ;
- la muqueuse anorectale.

### II.1.3 Adénopathie satellite

Le chancre s'accompagne d'une adénopathie satellite non inflammatoire (Figure 2), le plus souvent unilatérale.

Figure 2 : Syphilis primaire : adénopathie inguinale satellite d'un chancre génital



Dans certaines localisations (col utérin, rectum), l'adénopathie n'est pas cliniquement visible.

## II.2 ÉVOLUTION

L'évolution se fait vers la régression spontanée du chancre sans séquelle en quelques semaines.

Si le patient n'est pas traité, il sera apparemment guéri mais son état peut évoluer vers les stades plus tardifs de la syphilis :

- environ 30 % des patients ayant présenté un chancre syphilitique vont présenter des signes de syphilis secondaire ;
- des patients non traités peuvent également évoluer vers les stades de syphilis tardive (neurosyphilis) sans forcément présenter des signes de syphilis secondaire.

### III SYPHILIS SECONDAIRE

---

Sa durée est en règle inférieure à un an.

Elle est liée à la diffusion systémique du tréponème.

Elle est marquée par plusieurs éruptions cutanéomuqueuses entrecoupées de phases asymptomatiques de quelques semaines ou mois. À ces « floraisons » s'associent des signes généraux et parfois viscéraux d'intensité variable.

#### III.1 ROSEOLE SYPHILITIQUE ET SYPHILIDES PAPULEUSES

##### III.1.1 Roséole syphilitique

La roséole syphilitique est la première éruption de la syphilis secondaire (Figure 3).

Figure 3 : Syphilis secondaire : roséole



Elle passe souvent inaperçue car peu intense et transitoire (elle disparaît spontanément en 7 à 10 jours). Elle se caractérise par :

- des macules rose pâle, de 5 à 15 mm de diamètre, disséminées sur le tronc ;
- une absence de signes fonctionnels à ce stade.

##### III.1.2 Syphilides papuleuses

Les syphilides papuleuses (Figure 4) sont polymorphes, mais la lésion élémentaire en est presque toujours une papule. Leurs caractéristiques sont :

- une lésion élémentaire qui est une papule de couleur « cuivrée » ;



- une fine desquamation périlésionnelle (collerette de Biett) qui est évocatrice mais ni constante, ni spécifique ;
- les syphilides papuleuses :
  - qui siègent sur le visage, le tronc ou les membres ;
  - qui sont au nombre de quelques unes à plus d'une centaine ;
  - qui peuvent être rarement nécrotiques, croûteuses ou ulcérées.

**Figure 4 : Syphilis secondaire : syphilides papuleuses du tronc**

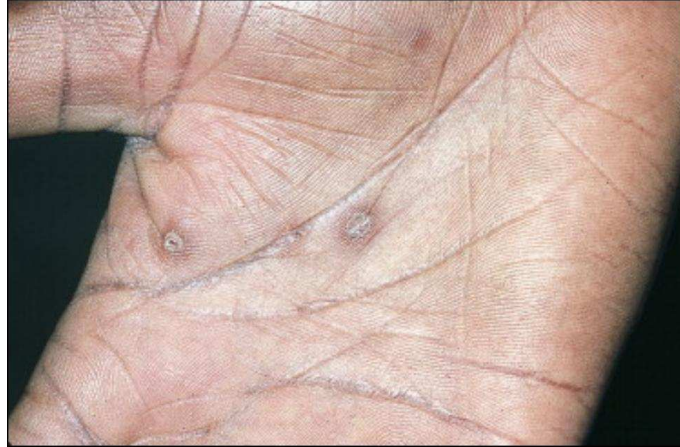


### **III.2 SYPHILIDES PALMO-PLANTAIRES**

Elles sont très évocatrices car (Figure 5) :

- elles siègent électivement à cheval sur les plis palmaires ;
- elles sont inconstantes (environ 30 % des cas de syphilis secondaire) et souvent discrètes.

**Figure 5 : Syphilis secondaire : syphilides papuleuses palmaires**



Leur constatation suffit à porter le diagnostic. Leur absence n'élimine pas le diagnostic de syphilis secondaire.

### **III.3 SYPHILIDES GENITALES ET PERINEALES**

Elles sont :

- indolores et non prurigineuses ;
- en général, multiples, molles, papuleuses ou érosives ;
- très contagieuses (+++).

La recherche de tréponèmes par le microscope à fond noir est très souvent positive en cas de lésions érosives.

### **III.4 AUTRES SYMPTOMES**

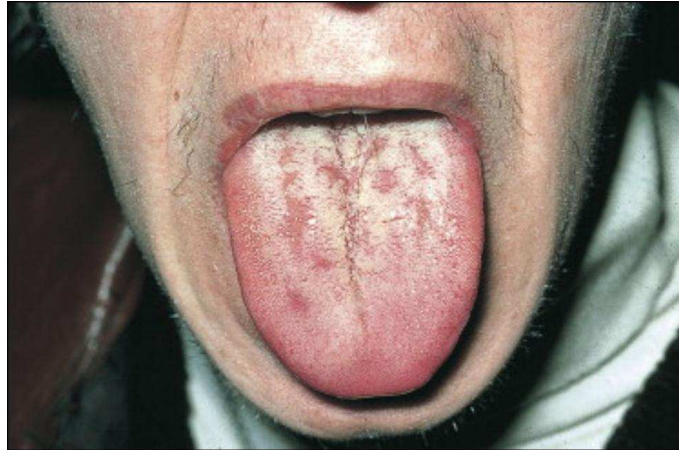
#### **III.4.1 Symptômes cutané-phanériens plus trompeurs**

On distingue :

- la fausse perlèche (papule commissurale fendue en deux et non simple fissure sans relief du fond du pli) ;
- les lésions d'allure séborrhéique des sillons nasogéniens ;
- les papules acnéiformes du menton ;
- la dépapillation en aires de la langue (plaques « fauchées ») (Figure 6),
- la dépilation des sourcils ;

- l'alopecie recente faite de plusieurs aires incompletement depilees sur un cuir chevelu intact (dite en « fourrure mitée »).

**Figure 6 : Syphilis secondaire : érosions linguales en « plaques fauchées »**



### III.4.2 Signes généraux

Ils traduisent la dissémination de l'infection. Ils sont le plus souvent discrets mais peuvent être sévères :

- fièvre le plus souvent 38–38,5°C, pouvant atteindre 39–39,5°C ;
- céphalées (qui ne sont pas synonymes d'une atteinte neuroméningée) ;
- syndrome méningé ;
- raucité de la voix ;
- polyadénopathies ;
- hépato-splénomégalie (avec hépatite biologique cytolytique ou cholestatique) ;
- polyarthralgies ;
- douleurs lancinantes « osseuses » ;
- altération variable de l'état général ;
- manifestations ophtalmiques (papillite, uvéite, névrite optique) justifiant un examen ophtalmologique systématique au cours des syphilis secondaires. *Leur présence modifierait le traitement au même titre qu'une atteinte neurologique et nécessiterait un traitement par pénicilline G IV.*

## IV DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Le tréponème ne se cultivant pas in vitro, le diagnostic de syphilis ne peut 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.

### IV.1 EXAMEN AU MICROSCOPE A FOND NOIR

L'examen au microscope à fond noir doit être pratiqué sur des lésions érosives (chancre de la syphilis primaire, syphilides érosives muqueuses).

La sensibilité au niveau du chancre est de 50 %. Elle n'a aucune valeur au niveau buccal du fait de la possibilité de faux positifs (spirochètes saprophytes).

### IV.2 DIAGNOSTIC SEROLOGIQUE

Tableau 1 : Interprétation simplifiée de la sérologie de la syphilis

Type	Interprétations
TPHA– VDRL–	Absence de tréponématose <sup>a</sup> Tréponématose <sup>b</sup> très récente (incubation, 5 à 15 premiers jours du chancre) Tréponématose guérie (traitée précocement)
TPHA+ VDRL+ <sup>b</sup>	Tréponématose <sup>a</sup> traitée ou non, guérie ou non
TPHA– VDRL+	Faux positif (cf. Tableau 11.II)
TPHA+ VDRL–	Tréponématose guérie Tréponématose très précoce (premiers jours du chancre) Syphilis tertiaire très ancienne (rare)

<sup>a</sup> Avec impossibilité de différencier la syphilis des tréponématoses non vénériennes.  
<sup>b</sup> Quel que soit le titre du VDRL.

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

L'association TPHA-VDRL est le plus souvent prescrite en France.

Il n'existe aucun test sérologique permettant de différencier les anticorps de la syphilis de ceux des tréponématoses endémiques non vénériennes.

### **IV.3 TPHA (TREPONEMA PALLIDUM HAEMAGGLUTINATION ASSAY)**

#### **IV.3.1 Objectif**

La réaction est spécifique des tréponématoses.

Elle ne permet pas de différencier les anticorps syphilitiques des anticorps dirigés contre les tréponématoses endémiques (zones tropicales) non vénériennes (pian, bégel, pinta). (On devrait donc parler de sérologie des tréponématoses et non de sérologie de la syphilis).

#### **IV.3.2 Cinétique**

Le TPHA se positive autour du 8<sup>e</sup>-10<sup>e</sup> jour du chancre.

L'intensité de la réaction est cotée en croix. Il atteint rapidement +++ et, en l'absence de traitement, restera à +++ jusqu'à la fin de la vie. Il est donc à +++ durant la syphilis secondaire et après le 8<sup>e</sup>-10<sup>e</sup> jour du chancre.

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

Le titre du TPHA quantitatif n'est pas un bon marqueur de l'évolutivité de la maladie, ni de la réponse au traitement car il varie de façon importante d'un examen à l'autre pour un même patient.

Seul le TPHA qualitatif (0 à +++) est donc intéressant par sa positivité ou sa négativité.

### **IV.4 VDRL (VENEREAL DISEASE RESEARCH LABORATORY)**

#### **IV.4.1 Objectif**

Il met en évidence, dans le sérum du patient, des anticorps anticardiolipidiques.

Le VDRL n'est pas une réaction spécifique des tréponématoses (+++).

Une sérologie syphilitique faussement positive (VDRL positif, TPHA négatif) s'observe au cours de maladies dysimmunitaires, notamment au cours du lupus et du syndrome des anticorps antiphospholipides, ainsi que dans certaines maladies infectieuses à *Mycoplasma pneumoniae* ou dans les borrélioses (Tableau 2).

**Tableau 2 : « Fausses sérologies de la syphilis » (causes non tréponémiques d'une positivité du VDRL (a))**

Causes infectieuses	Causes non infectieuses
Bactériennes : lèpre, tuberculose, pneumococcie, leptospirose, borréliose, scarlatine Virales : varicelle, oreillons, mononucléose infectieuse, hépatite virale, rougeole, VIH Parasitaires : paludisme...	Grossesse Toxicomanie intraveineuse Hépatopathie chronique Gammopathie monoclonale Lupus érythémateux systémique Syndrome des antiphospholipides Cancers

<sup>a</sup> Les positivités non tréponémiques du TPHA et du FTA sont exceptionnelles (lupus systémique, maladie de Lyme...).

#### **IV.4.2 Cinétique**

Le VDRL se positive en moyenne 8 à 10 jours après l'apparition du chancre.

Le titre augmente ensuite rapidement pour atteindre un plateau durant la phase secondaire, variable selon les patients, généralement situé entre 256 U et 1 024 U.

Le VDRL reste donc très positif durant toute la phase secondaire.

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 est divisé par 4, 3 à 6 mois après le traitement.

En l'absence d'une décroissance de ce type, le traitement doit être repris.

Inversement, une recontamination syphilitique (la maladie n'étant pas immunisante) peut être diagnostiquée non seulement sur la clinique, mais aussi sur la remontée significative du VDRL quantitatif (titre multiplié au moins par 4).

#### **IV.4.3 Résultat des tests TPHA-VDRL au cours des différents stades de la syphilis**

*Au cours de la syphilis primaire* : le TPHA et le VDRL sont négatifs dans les 7 premiers jours du chancre. Passé ce délai, le TPHA est rapidement positif à +++ et le VDRL grimpe progressivement pour atteindre son maximum vers le 3e-6e mois de la maladie.

*Au cours de la syphilis secondaire* : les 2 tests (TPHA et VDRL) sont toujours positifs.

### **IV.5 FTA (FLUORESCENT TREPONEMAL ANTIBODY) ET FTA ABSORBE**

#### **IV.5.1 Objectif**

Le FTA est comme le TPHA, une réaction spécifique des tréponématoses.

## IV.5.2 Cinétique

Le FTA se positive vers le 5e jour du chancre. C'est donc le premier test à se positiver, quelques jours avant le VDRL et le TPHA.

En l'absence de traitement, le FTA reste positif à un titre élevé tout au long de la phase primo-secondaire.

Son intérêt se limite :

- au diagnostic sérologique chez le nouveau-né en cas de suspicion de transmission pendant la grossesse (FTA-IgM) ;
- et dans la syphilis primaire au tout début du chancre si les 2 tests TPHA et VDRL sont négatifs.

## V DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

---

### V.1 CLINIQUE

#### V.1.1 Syphilis primaire

Au stade de chancre, le diagnostic différentiel est celui des autres causes d'ulcération génitale (item 343 : [http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato\\_43/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_43/site/html/1.html)). Il faut systématiquement évoquer la syphilis devant toute ulcération muqueuse, génitale, anale ou buccopharyngée.

Il faut éliminer :

- un herpès, ulcérations superficielles douloureuses à contours polycycliques ;
- un chancre mou, terrain (Africain(e)), lésions multiples, fond sale, douleurs (+++), adénopathies inflammatoires ;
- une donovanose, terrain (Africain(e)), lésions peu douloureuses granulomateuses ;
- une maladie de Nicolas-Favre, terrain (Africain(e), homosexuels), anorectite, ulcérations anogénitales, diarrhées trompeuses.

#### V.1.2 Syphilis secondaire

La syphilis secondaire est la « grande simulatrice » et doit être évoquée devant toute éruption maculo-papuleuse, fugace ou persistante :

- la roséole peut faire évoquer une virose, une toxidermie (exanthème maculeux) ;
- au visage, elle peut mimer une dermatite séborrhéique, une acné, un psoriasis ;
- les lésions papuleuses peuvent simuler un psoriasis (érythémato-squameux), un lichen plan, un eczéma.

## V.2 SEROLOGIQUE

Interpréter un sérodiagnostic tréponémique est facile si l'on respecte le schéma suivant (Tableau 1 et Tableau 2).

On commence par le résultat du TPHA :

- un TPHA positif (+++) signifie que le patient a contracté une tréponématose (syphilis ou tréponématose endémique non vénérienne). On s'intéresse alors au VDRL dont la positivité et le titre donnent une idée de l'évolutivité de la maladie (cf. *supra*)
- 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, comme on le voit au cours du syndrome des anticorps antiphospholipides primaire ou secondaire (lupus) (Tableau 2) ;
- la seule exception à cette démarche s'observe dans les sept premiers jours du chancre où les 2 tests (TPHA et VDRL) peuvent être négatifs (intérêt du FTA).

## VI TRAITEMENT

---

### VI.1 RECOMMANDATIONS GENERALES

#### VI.1.1 OMS

Ce sont celles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

- devant une ulcération génitale, il ne faut pas attendre le résultat du TPHA-VDRL pour traiter (+++) ;
- de même, l'examen au microscope à fond noir ne doit pas retarder la mise en route du traitement.

#### VI.1.2 Syphilis précoce

Si le diagnostic de syphilis précoce est évoqué :



- faire un examen clinique soigneux (rechercher notamment des signes neurologiques) ;
- rechercher une autre IST (gonocoque, C. trachomatis, VIH, hépatite B...) ;
- faire une ordonnance pour un TPHA-VDRL ;
  - soit traiter d'emblée, (approche probabiliste) ce qui est souvent le cas devant une ulcération muqueuse, et revoir le patient avec le résultat du TPHA et du VDRL ;
  - soit revoir le patient avec les résultats (surtout si syphilis secondaire) ;
- ne pas hésiter à contacter un spécialiste dans certaines situations délicates :
  - femme enceinte,
  - sujet séropositif pour le VIH,
  - allergie à la pénicilline ;
- faire systématiquement un examen ophtalmologique en cas de syphilis secondaire (une atteinte ophtalmologique éventuelle modifierait la prise en charge thérapeutique au même titre qu'une atteinte neurologique).

## **VI.2 TRAITEMENT DES SYPHILIS PRECOCES (PRIMAIRE, SECONDAIRE, LATENTE PRECOCE)**

Le diagnostic de « *syphilis latente précoce* » n'est acceptable que si le patient peut fournir une sérologie syphilitique négative datant de moins d'un an, avant la découverte d'une sérologie positive alors qu'il est asymptomatique.

Le schéma thérapeutique recommandé est le même pour les 3 situations (syphilis primaire, secondaire précoce ou latente précoce). En l'absence d'allergie à la pénicilline et de contre-indication aux injections intramusculaires (cf. *infra*), une injection intramusculaire unique de 2,4 millions d'unités de benzathine benzylpénicilline G (*Extencilline*).

La réaction d'*Herxheimer* dans la syphilis primaire est sans gravité.

Au stade de syphilis secondaire, une réaction d'*Herxheimer* est possible quelques heures après l'injection. Elle associe : fièvre, céphalées, myalgies, accentuation 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.

Il faudra prévenir le patient du risque et des caractéristiques de cette réaction.

*En cas d'allergie à la pénicilline* chez un patient ayant une syphilis primo-secondaire, on peut remplacer la ou les injection(s) de benzathine benzylpénicilline G par une ou des cures de 14 jours de doxycycline (100mg *per os* matin et soir), sauf chez la femme enceinte et le patient séropositif pour le VIH (indication d'une désensibilisation).

### **VI.3 SUIVI DU TRAITEMENT**

L'efficacité du traitement doit être contrôlée cliniquement et biologiquement à 3 mois et à 6 mois.

Le suivi biologique se fait sur le VDRL quantitatif.

Le titre du VDRL doit être divisé par 4 (2 dilutions) à trois mois et par 16 (4 dilutions) à six mois.

Si ce n'est pas le cas, l'avis d'un spécialiste est justifié.

Le VDRL doit être négatif un an après le traitement d'une syphilis primaire, et dans un délai de 2 ans après traitement d'une syphilis secondaire.

Rappelons enfin que contracter une syphilis témoigne d'une activité sexuelle à haut risque (+++). *La recherche d'une IST concomitante est nécessaire*, incluant la recherche d'une primo-infection VIH (antigénémie p24, charge virale plasmatique), hépatites B et C, gonocoque.

### **VI.4 SUJETS CONTACTS SEXUELS**

L'idéal est de pouvoir examiner cliniquement et de faire une sérologie chez tous les sujets contacts sexuels, en se rappelant que si le contact est récent (jusqu'à 1 mois), la sérologie peut être encore négative. Cela n'est pas toujours possible.

On peut être amené à proposer un traitement systématique des sujets contacts par une injection de 2,4 millions d'unités de benzathine benzylpénicilline G.

### **VI.5 FEMMES ENCEINTES**

Le risque est celui de la syphilis congénitale. Classiquement, le tréponème ne passe la barrière placentaire qu'à partir du 4e-5e 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. Certains auteurs préconisent une deuxième injection à J8.

Le suivi clinique et biologique est mensuel.

La surveillance échographique est essentielle à la recherche de signes de fœtopathie très évocateurs.

En cas d'allergie à la pénicilline, un avis spécialisé est obligatoire et le plus souvent une désensibilisation à la pénicilline sera nécessaire. Les tétracyclines sont contre-indiquées et les macrolides, passant mal la barrière placentaire, ne sont pas préconisés.

## **VI.6 TRAITEMENT DE LA SYPHILIS DU SUJET SEROPOSITIF POUR LE VIH**

Le traitement standard par la pénicilline est le même en cas de syphilis primaire ou secondaire du sujet séropositif pour le VIH.

Une étude du LCR préalablement au traitement n'est pas justifiée sauf en cas de manifestations neurologiques ou ophtalmologiques patentes (comme chez le patient séronégatif pour le VIH), ce qui nécessiterait un traitement par pénicilline G IV : 20 millions d'unités/j pendant 10 à 15 jours.

Les cyclines ne sont pas validées chez le patient séropositif pour le VIH.

## **POINTS ESSENTIELS**

---

- Depuis quelques années, on assiste à une recrudescence de la syphilis.
- La transmission est sexuelle après tout rapport avec pénétration non protégé ; la durée moyenne d'incubation est de 3 à 4 semaines.
- Aucun signe clinique n'est pathognomonique de l'origine syphilitique d'une ulcération génitale.
- Un chancre syphilitique doit être systématiquement évoqué devant une ulcération muqueuse (génitale, anale ou buccale).
- La roséole syphilitique ne doit pas être confondue avec une éruption virale ou une toxidermie. La prescription d'un sérodiagnostic TPHA-VDRL est obligatoire dans ces circonstances.
- Les éruptions de la syphilis secondaire sont polymorphes, il faut rechercher des lésions papuleuses de couleur cuivrée.
- Des papules palmo-plantaires évoquent très fortement une syphilis.
- TPHA et VDRL peuvent être négatifs au tout début du chancre (7 premiers jours).
- TPHA et VDRL sont toujours fortement positifs au stade de syphilis secondaire.
- Le TPHA affirme ou infirme une tréponématose et c'est le VDRL qui en précise l'évolutivité.
- Aucun examen sérologique ne peut différencier une syphilis d'une tréponématose non vénérienne (pian, bétel...).

- Une fausse sérologie syphilitique (VDRL+, TPHA-) se voit dans certaines maladies dysimmunitaires comme le lupus ou le syndrome des AC anticardioplipines.
- Le traitement de la syphilis primo-secondaire précoce est : benzathine benzylpénicilline (Extencilline) 2,4 millions d'unités en une injection IM.
- Le suivi biologique d'une syphilis traitée se fait sur le VDRL quantitatif, qui doit diminuer puis se négativer sous traitement.
- Les sujets contacts doivent être examinés et traités.
- La syphilis est grave chez la femme enceinte (risque d'atteinte fœtale par passage transplacentaire après le 4<sup>e</sup> mois de grossesse).
- L'évolution de la syphilis précoce chez les patients séropositifs pour le VIH est globalement habituelle sur le plan clinique et sérologique. Cependant, sa prise en charge sera faite au mieux par un spécialiste, en particulier en cas d'allergie à la pénicilline.
- Contracter une syphilis témoigne d'une sexualité à haut risque. Vérifier la sérologie VIH, hépatites B et autre IST. Une information sur la prévention des IST est indispensable.