

*Ministère de l'Enseignement supérieure et de la Recherche  
Scientifique*

*Université Constantine 3  
Faculté de Médecine*

*Docteur L. HASSANI  
Service De Dermatologie  
CHU Ben Badis. Constantine.*

*Cher Yacine*  
**INESSMC**  
Bibliothèque Chalet  
Copy Service

*Module de Dermatologie*

*Les Infections sexuellement Transmissibles (IST)*

*Pour les étudiants inscrits en 6<sup>ann</sup>ée de Médecine*

*Année Universitaire : 2016/2017*

# La syphilis précoce

## **I Introduction :**

La syphilis est une infection bactérienne, sexuellement transmissible (IST), due à un spirochète : *Treponema pallidum*. C'est une maladie non immunisante très contagieuse. Elle traduit une sexualité à risque de contracter d'autres IST: gonococcie, infections à *Chlamydia trachomatis*, hépatite B, infection par le (VIH). L'évolution naturelle est stéréotypée passant par trois phases : syphilis primaire, secondaire et tertiaire. La pénicilline reste le traitement de choix en l'absence de neurosyphilis.

## **II Epidémiologie :**

1- **Fréquence :** Depuis la découverte des traitements antirétroviraux, la pluparts des pays industrialisés ont connu une légère recrudescence de l'incidence de la syphilis, traduisant un relâchement de la prévention notamment parmi la population des homosexuels masculins.

### **2- La transmission :**

- Essentiellement sexuelle : lors des rapports avec pénétration non protégée, ou bucco-génitaux. La contamination se fait à partir de lésions érosives ou ulcérée (chancre syphilitique et syphilides érosives).
- Materno-foetale peut survenir surtout vers les 4e et 5e mois de grossesse.
- Post-transfusionnelles ou après greffe d'organe sont possibles mais exceptionnelles.

## **III Classification:**

1)- **Classification clinique:** distingue plusieurs stades successifs :

- \* Syphilis primaire.
- \* Syphilis secondaire et ses récides jusqu'à la 5<sup>e</sup> année.
- \* Syphilis latente asymptomatique.
- \* Syphilis tertiaire.

2)- *Classification thérapeutique* : la plus utilisée et distinguée :

\* la syphilis précoce : regroupe la syphilis primaire, la syphilis secondaire et la syphilis latente précoce (contagieuse et évoluant de moins de 1 an).

\* la syphilis tardive : regroupe la syphilis tertiaire et la syphilis latente tardive (non contagieuse et évoluant de plus de 1 an)

\* La neurosyphilis.

#### *IV Clinique*

*A/ La syphilis primaire*: Associe le chancre syphilitique et son ADP satellite.

*1- Incubation* : De durée variable, allant de 10 à 90 jours en fonction de la taille de l'inoculum. La moyenne est de 3 semaines.

*2- Clinique* :

*a)- Le chancre syphilitique* :

*a1)- Forme typique* : réalise une exulcération muqueuse :

\* Nombre : habituellement unique.

\* Taille : de 5 à 15mm de diamètre.

\* Forme : arrondie ou ovale.

\* Bords : réguliers.

\* Fond : propre, rose.

\* Base : indurée +++ (l'impossibilité de plisser entre deux doigts la surface de l'ulcération qui ne fait qu'un bloc avec l'induration sous-jacente).

\* Indolore +++.

*a2)- Formes atypiques* : sont possibles. Chancres : multiples, nains (<5mm), géants (>20mm), profonds, douloureux et inflammatoires (surinfectés). La règle est d'évoquer systématiquement le chancre syphilitique devant toute ulcération muqueuse aiguë (génitale, orale ou anale).

*a3)- Siège* :

➤ Habituellement muqueux et génital.

\* *Chez l'homme* : le sillon balanopréputial, le gland, le frein de la verge et le méat. Plus rarement le scrotum ou le pubis.

\* *Chez la femme* : les organes génitaux externes (grandes et petites lèvres, fourchette, clitoris), le col de l'utérus (méconnu), plus rarement le vagin.

➤ Autres localisations : le chancre peut siéger sur la muqueuse buccale, pharyngée ou anorectale.

### **b) Adénopathie satellite :**

- \* Apparaît 4 à 7 jours après le chancre.
- \* Souvent, unilatérale, indolore et non inflammatoire.
- \* Le siège dépend de celui du chancre : inguinale (organes génitaux externes, anus), plus rarement, intra-abdominale (col utérin, rectum).

L'ensemble chancre plus adénopathie constitue le complexe primaire.

### **3- Evolution :**

#### **a)- Sous traitement**

- \* *Le chancre syphilitique* : cicatrise en 10 à 14 jours.
- \* *L'adénopathie satellite* : disparaît après le chancre.

#### **b)- En l'absence de traitement :**

- \* *Le chancre syphilitique* : cicatrise en 3 à 6 semaines et guérit, le plus souvent, sans cicatrice.
- \* *L'adénopathie satellite* : persiste plusieurs mois.

### **B/ La syphilis secondaire :**

- \* Correspond à la dissémination septicémique de *Treponema pallidum*.
- \* Inconstante, elle se voit chez environ 1/3 des patients.
- \* Succède, à une syphilis primaire non traitée et apparaît après une phase de latence de 6 semaines, après le chancre. Elle peut coexister avec le chancre et on parle de syphilis primo-secondaire.

#### **1- Les manifestations dermatologiques :**

**a)- Les manifestations cutanées :** marquées par plusieurs éruptions ou floraisons, entrecoupées de phases asymptomatiques de quelques semaines ou mois.

##### **a1) La 1<sup>ère</sup> floraison ou roséole syphilitique:**

- ❖ Marque le début de la syphilis secondaire.
- ❖ Survient entre la 6<sup>e</sup> semaine et le 3<sup>e</sup> mois après le chancre.
- ❖ Passe souvent inaperçue car peu intense et transitoire.
- ❖ Se traduit par des macules roses de quelques millimètres de diamètre (5-15mm) non prurigineuses, prédominant sur le tronc et les racines des membres.
- ❖ Disparaît spontanément sans cicatrices.

##### **a2)- La 2<sup>ème</sup> floraison ou syphilides papuleuses :**

- ❖ Surviennent en général dans l'année qui suit le chancre.
- ❖ Elles sont polymorphes, mais la lésion élémentaire est presque toujours une papule non prurigineuse, de couleur rouge cuivré avec une desquamation périphérique (collerette de Bielt) évocatrice mais ni spécifique ni constante.

- ❖ La topographie : ubiquitaire mais plus particulières sur :
  - Le visage : sillons nasogéniens, plis mentonniers.
  - le tronc ou les membres
  - Les paumes et les plantes : très caractéristique. Les papules sont disposées à cheval sur les plis palmaires ou plantaires (+++).
  - Les grands plis et la marge anale : les lésions sont papulo-érosives et végétantes, très contagieuses (+++).

❖ Cette phase dure 1 à 6 mois et les récurrences sont possibles.

**b)- Les manifestations muqueuses : les plaques muqueuses.**

- ❖ Aspect : réalisent des maculo-papules indolores, qui peuvent devenir érosives ou végétantes extrêmement contagieuses.
- ❖ Elles sont contemporaines de la roséole et des syphilides papuleuses.
- ❖ Elles siègent sur:
  - \* La langue : réalisant un aspect de « plaques fauchées ».
  - \* La commissure labiale (fausse perlèche avec papule fendue en deux)
  - \* Les organes génitaux externes.

**c)- Les manifestations phanériennes : classiques mais rares.**

- \* L'alopecie en clairière : survient au 3<sup>e</sup>-6<sup>e</sup> mois. Faite de plusieurs aires de 2-4 cm, incomplètement dépilées temporo-occipitales sur un cuir chevelu intact.
- \* Les sourcils, les cils et la barbe peuvent également être atteints.

**2- Les manifestations extra-dermatologiques : souvent discrets mais peuvent être sévères.**

- \* Fièvre pouvant atteindre 39-39,5 °C.
- \* Céphalées.
- \* Syndrome méningé.
- \* Raucité de la voix.
- \* Polyadénopathies.
- \* Hépto-splénomégalie (avec hépatite biologique cytolytique ou cholestatique).
- \* Polyarthralgies, douleurs lancinantes « osseuses ».
- \* 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 par voie intraveineuse.

### *C/ La syphilis latente :*

Elle correspond à une phase latente asymptomatique, faisant suite à la syphilis secondaire.

### *V Diagnostic :*

#### *A/ Examen au microscope à fond noir :*

- Praticué sur des lésions érosives (chancre, syphilides érosives muqueuses).
- Il n'a aucune valeur au niveau buccal du fait de la possibilité de faux positifs (spirochètes saprophytes).

#### *B/ Diagnostic sérologique :*

##### *1- Sérologies spécifiques :*

- *TPHA (Treponema pallidum Haemagglutination Assay)* : La réaction est spécifique des tréponématoses. Elle ne permet pas de différencier les anticorps syphilitiques des anticorps dirigés contre les tréponématoses endémiques non vénériennes (pian, bétel, pinta).
- *FTA (Fluorescent Treponemal Antibody) et FTA<sub>abs</sub> (FTA absorbé)*

##### *2- Sérologies non spécifiques :*

- *VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)* : met en évidence, dans le sérum du patient, des anticorps anticardiolipidiques.

##### *3- Cinétique des anticorps :*

###### *a)- Au cours de la syphilis primaire :*

- TPHA et VDRL sont négatifs dans les 7 premiers jours du chancre. Une sérologie négative à ce stade n'élimine pas le diagnostic.
- Les sérologies se positivent ensuite quelques jours après le début du chancre (J0 étant par définition le début du chancre) comme suite:
  - \* FTA-abs vers J5-J7.
  - \* TPHA vers J8-J10.
  - \* VDRL vers J10-J15.
- \* Au delà, le TPHA augmente rapidement et le VDRL plus lentement pour atteindre un maximum vers le 3-6 mois de la maladie.

###### *b)- Au cours de la syphilis secondaire : TPHA et VDRL restent positifs.*

### *C/ La biopsie cutanée :*

Ne doit être pratiquée que lorsque le diagnostic est incertain.

## *VI Diagnostic différentiel :*

### *A/ clinique :*

*1- Au cours de la syphilis primaire :* au stade de chancre, le diagnostic différentiel est celui des autres causes d'ulcération génitale :

- \* Ulcérations génitales mécaniques, thermiques ou chimiques.
- \* Aphte génital.
- \* Chancre scabieux.
- \* Herpès génital.
- \* Chancre mou,...

*2- Au cours de la syphilis secondaire :*

- \* La roséole : peut faire évoquer une virose ou une toxidermie.
- \* Les syphilides : sur le visage, une dermatite séborrhéique, une acné, un sébo-psoriasis.

### *B/ Sérologique :*

- **TPHA positif** => tréponématose au sens large en particulier en zone d'endémie et non uniquement syphilis.
- **VDRL positif et TPHA est négatif de façon répétée** => fausse sérologie tréponémique (Ex: lupus érythémateux systémique, grossesse, cancer,...).

## *VII Traitement :*

### *A/ Mesures générales :*

- C'est une maladie à déclaration obligatoire.
- Rechercher et traiter le ou les partenaires sexuels.
- Rechercher systématiquement des autres IST.

### *B/ Armes thérapeutiques :*

- Pénicilline retard : benzathine benzylpénicilline (Extencilline\*)
- Cyclines : Tétracyclines, Doxycycline.

### *C/ Indications :*

\* Benzathine benzylpénicilline G 2,4 MUI: 1 injection unique par voie IM.  
Certains auteurs préconisent un schéma à 2 injections à 1 semaine d'intervalle en cas de syphilis secondaire.

\* *En cas d'allergie à la pénicilline :* Cyclines en une ou plusieurs cures de 02 semaines :

- Tétracycline : 500 mg per os 4 fois par jour.
- Doxycycline : 100 mg per os matin et soir.

*\* Chez la femme enceinte :*

- Un avis spécialisé est obligatoire.
- Une désensibilisation à la pénicilline sera nécessaire.

***D / Suivi du traitement:***

- Clinique et biologique à 3 mois et à 6 mois.
- Le suivi biologique se fait sur le VDRL quantitatif : il doit être divisé par 4 (2 dilutions) à 3 mois, par 16 (4 dilutions) à 6 mois et doit se négativer un an après le traitement d'une syphilis primaire, et dans un délai de 2 ans après traitement d'une syphilis secondaire.

## Les uretrites

### ***I. Introduction :***

L'urétrite est une inflammation de l'urètre et des glandes péri urétrales, le plus souvent d'origine infectieuse, sexuellement transmise, définie par des critères cytologiques. Elle se traduit par un écoulement méatique spontané, en dehors des mictions, de douleurs urétrales et de brûlures mictionnelles. Les microorganismes responsables sont le plus souvent le *Neisseria Gonorrhoeae*.

### ***II. CAT devant une urétrite :***

#### ***A- Interrogatoire :***

- La nature de l'écoulement :
  - \* Spontané ou provoqué ;
  - \* Clair ou purulent ;
  - \* Intermittent ou permanent ;
- Les signes associés : brûlures mictionnelles, dysurie, fièvre, arthralgies, douleurs ;
- La durée de l'incubation ;
- Notion de rechutes ou de récidives ;
- ATCD d'infection sexuellement transmissible (IST) et les traitements pris ;
- Notion de symptômes chez le(s) partenaire(s).

#### ***B- Examen clinique :***

- Les caractéristiques de l'écoulement ;
- L'aspect du méat ;
- Recherche d'une complication : prostatite, orchyépididymite ;
- Recherche d'une autre IST : condylomes, ulcérations, herpes,...
- Examen de la cavité buccale et de la région anale.

#### ***C- Examens complémentaires :***

##### ***1- En présence d'un écoulement :***

- 🔪 1<sup>er</sup> prélèvement de l'écoulement : pour frottis + examen direct ;
- 🔪 2<sup>eme</sup> prélèvement de l'écoulement : pour mise en culture ;
- 🔪 Prélèvement endo-urétral ;
- 🔪 Examen du 1<sup>er</sup> jet d'urines centrifugés : pour culture et/ou PCR ;

## 2- En l'absence d'écoulement :

- ✚ Prélèvement endo-urétral : pour frottis + examen direct ;
- ✚ 2eme prélèvement endo-urétral : pour culture et/ou PCR.
- ✚ Examen du 1<sup>er</sup> et 2eme jet d'urine ;
- ✚ ECBU ;

## 3- Autres examens systématiques: sérodiagnostics : VIH, TPHA-VDRL, sérologies hépatitiques.

## D-Diagnostic étiologique :

### 1- Les urétrites gonococciques :

☑ **Agent causal** : Neisseria gonorrhoeae.

☑ **Incubation** : 2-5 jours ;

☑ **Diagnostic clinique** :

\* Souvent : écoulement spontané, abondant, jaune, épais, très douloureux en dehors des mictions. La dysurie peut être importante (chaude pisse).

\* Rarement : asymptomatique, constituant de véritable réservoir du germe.

☑ **Diagnostic paraclinique** :

- **Biologie** : le diagnostic est positif s'il existe :

\*  $\geq 5$  Leucocytes/ champs au grossissement 1000 sur frottis urétral;

\* Et/ou  $> 10$  Leucocytes / champs à l'objectif 40 dans le culot de centrifugation du 1<sup>er</sup> jet urinaire.

- **Examen direct** :

Met en évidence des diplocoques gram+, intra cellulaire.

- **Culture** : confirme le diagnostic, et permet un antibiogramme.

☑ **Complications** : en l'absence de traitement se fait vers : une prostatite aigue, une orchépididymite aigue, rarement vers une septicémie sub-aigue.

☑ **Traitement** : doit faire associer systématiquement un traitement contre le Chlamydia.

- Azithromycine : 1g per os en 1seule prise unique.

- Ciprofloxacine : 1cp en 1seule prise unique.

- Ceftriaxone : injection unique de 125mg.

## 2- Les urétrites à *Chlamydia* :

- ☑ **Agent pathogène** : *Chlamydia trachomatis*.
- ☑ **Incubation** : en moyenne : 10 à 15 jours.
- ☑ **Diagnostic clinique** :
  - \* Asymptomatique dans 50% des cas ;
  - \* Lorsqu'elle est symptomatique, elle se traduit par un écoulement translucide, de faible intensité, peu douloureux et intermittent.
- ☑ **Diagnostic paraclinique** : repose sur la culture.
- ☑ **Complications** :
  - Chez l'homme : orchépididymite, syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter.
  - Chez la femme : salpingite subaiguë, pelvipéritonite, ...
- ☑ **Traitement** : en raison de son caractère asymptomatique, il est indispensable de traiter tous les patients atteints d'urétrite par une antibiothérapie efficace contre le *Chlamydia*.
  - Doxycycline : 100mg×2/j pendant 7 jours.
  - Azithromycine : 1g en 1 seule prise unique.

## 3- Les urétrites à *Trichomonas Vaginalis*:

- ☑ **Agent pathogène** : protozoaire flagellé transmis quasi exclusivement par voie sexuelle.
- ☑ **Clinique** : réalise souvent des formes subaiguës, des balanoposthites.
- ☑ **Diagnostic** : examen direct + culture.
- ☑ **Traitement** : Metronidazole : 2g en 1 seule prise.