

Maladies sexuellement transmissibles

Syphilis primaire et secondaire

P. MOREL (Paris, St Louis), R. LAURENT (Besançon), J. REVUZ (Créteil),
J.-M. BONNETBLANC (Limoges)

Objectifs

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

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

La sensibilité de la bactérie à divers antibiotiques, pris éventuellement pour tout autre chose, et notamment à la pénicilline, explique la diminution considérable de son incidence, la bénignité des formes précoces et l'extrême rareté des formes graves tardives.

A ce tableau presque idyllique, il convient d'apporter deux réserves :

- la persistance de la syphilis primo-secondaire (notamment dans les populations défavorisées) laisse toujours planer un risque de syphilis congénitale ;
- l'agressivité et la moins bonne réponse au traitement de la syphilis contractée par un sujet séropositif pour le VIH ;
- la réapparition, depuis 2000, des cas de syphilis, notamment chez les sujets infectés par le VIH.

ÉPIDÉMIOLOGIE, MODE DE CONTAMINATION

La première moitié du XX^e siècle a été marquée en Occident par deux pandémies, celle de la syphilis et celle de la tuberculose. Aujourd'hui, deux raisons principales expliquent que la syphilis soit devenue rare : la période de grande liberté sexuelle des années post 1968 est terminée et les grandes campagnes contre le SIDA ont, à partir de 1985, réussi à imposer le préservatif comme moyen de prévention contre le VIH et, par la même occasion, contre l'agent de la syphilis. Ainsi, contracter aujourd'hui la syphilis, témoigne d'une sexualité à haut risque : homosexualité masculine à partenaires multiples, usage de drogues dures, prostitution « sauvage ».

Transmission sexuelle

La transmission sexuelle est évidemment la plus fréquente. Elle suppose le contact intime de deux muqueuses dont l'une

est infectée. Les 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'à certains stades de son évolution naturelle : au stade primaire de chancre et au stade secondaire des syphilides muqueuses, érosives (cf. ci-dessous). Ce sont donc essentiellement les lésions muqueuses qui sont contagieuses. Le traitement par la pénicilline retard tue tous les tréponèmes en quelques heures et l'on peut considérer que, passés 2 à 3 jours, le patient n'est plus contagieux.

Transmission materno-fœtale

La transmission materno-fœtale se fait durant la grossesse par passage transplacentaire du tréponème à partir du quatrième-cinquième 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.

Contamination professionnelle

La contamination professionnelle n'est envisageable que si l'examen du sujet syphilitique se fait à main nue.

Contamination accidentelle

Les contaminations accidentelles (« verre du bistro », « cuvette des toilettes ») sont plus que douteuses, le tréponème mourant en quelques minutes à l'air libre.

LA SYPHILIS PRIMAIRE

Elle est marquée, après 3 semaines environ d'incubation silencieuse, par l'apparition du chancre au point d'inocula-

tion du tréponème et par son adénopathie satellite. Le chancre est contagieux car il fourmille de tréponèmes. Il atteint son développement maximum en une à deux semaines, puis régresse spontanément. Au début de la roséole, il a disparu ou presque complètement disparu.

Chancre

Le chancre est :

- une exulcération ou une ulcération génitale (la nuance est subtile) plus ou moins profonde ;
- de 5 à 15 mm de diamètre en moyenne ;
- unique plus souvent que multiple ;
- induré. C'est le seul caractère séméiologique 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. Ceci apparaît d'autant plus surprenant quand la surface de la lésion est propre ;
- indolore.

Il siège :

- chez l'homme : assez électivement dans le sillon balano-préputial (et peut n'être apparent qu'après décalottage), plus rarement sur le gland ou sur le fourreau ;
- chez la femme : le plus souvent sur la partie externe de la vulve (petite lèvre, grande lèvre, fourchette), mais il peut être vaginal et, comme il est indolore, il passe alors volontiers inaperçu ;
- une situation à la marge anale, voire à l'extrémité du canal anal, est commune aux deux sexes.

Adénopathie inflammatoire

Un chancre externe est toujours associé à une adénopathie inflammatoire dans le territoire de drainage lymphatique : creux inguinal, mais il faut être fin clinicien pour distinguer, au sein des adénopathies inguinales banales, la ou plutôt les adénopathies spécifiques de la syphilis, un peu grosses et sensibles. En revanche, il faut insister sur le fait qu'une adénopathie volumineuse et très inflammatoire évoque beaucoup plus un chancre mou ou une très rare lymphogranulomatose vénérienne qu'une syphilis. Lorsque le chancre est profond (anal, vaginal), l'adénopathie satellite est elle-même profonde et non décelable à l'examen clinique.

LA SYPHILIS SECONDAIRE

Elle est marquée spontanément par plusieurs éruptions cutané-muqueuses entrecoupées de phases asymptomatiques de quelques semaines ou mois, ceci sur une durée de deux ans en moyenne. A ces « floraisons » s'associent des signes généraux et viscéraux d'intensité variable, qui témoignent de la diffusion systémique du tréponème.

Roséole syphilitique et syphilides papuleuses

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).

Les floraisons suivantes, souvent regroupées sous le nom de syphilides papuleuses, sont d'aspect séméiologique beaucoup plus polymorphe, mais la lésion élémentaire en est presque toujours une papule, ce qui oriente l'enquête diagnostique du clinicien.

La roséole syphilitique ne doit pas être confondue avec une banale virose.

Ses macules (taches) érythémateuses, de 5 à 15 mm de diamètre, disséminées sur le tronc, sont souvent pâles et passent volontiers inaperçues. Elles peuvent ainsi être confondues avec celles d'une toxidermie, d'une virose ou d'une « intoxication alimentaire ». L'absence de signe fonctionnel et la régression spontanée de l'éruption expliquent la relative rareté du diagnostic à ce stade.

A l'inverse les syphilides papuleuses secondaires entraînent toujours une consultation.

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.

Il est classique d'en souligner le polymorphisme et donc leur difficulté diagnostique. En fait, celui-ci est facilité par certaines caractéristiques de l'éruption : sous la squame, la croûte, l'ulcération, la nécrose, on trouve toujours la lésion élémentaire qui est une papule volontier de couleur « cuivrée ». Les éruptions papuleuses sont peu nombreuses, et la seule constatation de papules évoque systématiquement une syphilis. La fameuse collerette de Bielt, fine desquamation circulaire périlésionnelle, n'est ni constante, ni spécifique.

Les sillons naso-géniens et mentonniers sont fréquemment atteints, donnant un faux aspect d'éruption acnéiforme.

Syphilides palmo-plantaires

Les syphilides palmo-plantaires ne sont pas papuleuses mais infiltrées. Elles siègent électivement à cheval sur les plis palmaires. Leur aspect et leur topographie suffisent à porter le diagnostic. Elles font seulement discuter, chez les sujets non caucasiens, les taches hyperpigmentées physiologiques des plantes. Elles sont inconstantes et souvent modestes, alors même que l'éruption tronculaire et des membres est profuse. Leur absence n'élimine donc pas le diagnostic de syphilis secondaire. Leur présence est extrêmement évocatrice.

Syphilides génitales et périnéales

Les syphilides génitales et périnéales sont, en général, multiples, papulo-érosives, souvent macérées. Elles sont très contagieuses. La découverte de tréponèmes par examen direct du frottis, obtenu par grattage de leur surface, est facile, alors que cet examen est négatif lorsque l'on prélève des papules non érodées.

Toutes ces lésions sont parfaitement indolentes et non prurigineuses.

A ces signes cutanés caractéristiques, s'associent d'autres symptômes et signes généraux.

Autres symptômes

Symptômes cutané-phanériens plus trompeurs :

- fausse perlèche (papule commissurale fendue en deux et non simple fissure sans relief du fond du pli) ;
- lésions d'allure séborrhéique des sillons naso-géniens ;
- papules acnéiformes du menton ;
- décapillation en aire de la langue (plaques fauchées) ;
- dépilation des sourcils ;
- alopecie récente faite de plusieurs aires incomplètement déglabrées sur un cuir chevelu intact (dite en « fourrure mitée »).

Signes généraux

Les syphilides papuleuses secondaires témoignent de la dissémination de l'infection et peuvent donc s'accompagner de signes généraux, parfois sévères :

- fièvre pouvant atteindre 39°-39°5 ;
- céphalées ;
- syndrome méningé ;
- raucité de la voix ;
- polyadénopathies ;
- hépato-splénomégalie ;
- polyarthralgies ;
- douleurs lancinantes « osseuses » (dites ostéocopes) ;
- altération plus ou moins profonde de l'état général ;

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.

L'examen au microscope à fond noir

SYPHILIS PRIMAIRE

L'examen au microscope à fond noir du frottis obtenu par raclage du fond du chancre d'inoculation, garde toute sa valeur, surtout dans les premiers jours du chancre (avant le cinquième - dixième jour), c'est-à-dire à la phase pré-sérologique. Il montrera la bactérie hélicoidale à spires régulières.

Lorsque le chancre est génital ou anal, il n'y a d'erreur que par défaut, l'examen pouvant être faussement négatif du fait :

- d'un technicien devenu malhabile à reconnaître les tréponèmes depuis que la syphilis est rare ;

- surtout de soins locaux, voire généraux (antiseptie ou antibiothérapie aveugle) ayant modifié l'aspect lésionnel et fait disparaître les tréponèmes.

Rappelons qu'il est de bonne pratique de ne rien appliquer sur les muqueuses avant un diagnostic de certitude.

Lorsque le chancre prélevé est buccal la présence de spirochètes saprophytes de la muqueuse buccale rend l'examen au microscope à fond noir quasiment ininterprétable.

SYPHILIS SECONDAIRE

La recherche de tréponèmes par examen au microscope à fond noir sur les lésions cutané-muqueuses de la syphilis secondaire n'a de chance d'être positive que si les lésions sont érodées, mettant à nu le derme ou le chorion qui contient les tréponèmes. C'est dire que seules les syphilides érosives génitales peuvent être positives au microscope à fond noir. Heureusement, à ce stade la sérologie est toujours très franchement positive.

Ajoutons que sur une biopsie cutanée faite à l'occasion de l'enquête étiologique d'une éruption cutané-muqueuse, l'anatomopathologiste peut évoquer une syphilis secondaire par la présence dans l'infiltrat dermique de nombreux plasmocytes. Ceux-ci sont habituels dans les demi-muqueuses, mais tout à fait inhabituels dans la peau.

Diagnostic sérologique

Le sérodiagnostic de la syphilis est aujourd'hui bien standardisé, peu coûteux et fiable. Dans l'immense majorité des cas, l'association d'un test spécifique (TPHA) et d'un test non spécifique (VDRL) est suffisante pour affirmer ou infirmer un diagnostic de syphilis. Le clinicien prescrira donc l'association TPHA-VDRL (B2o).

LE TPHA OU *TREPONEMA PALLIDUM* HAEMAGGLUTINATION ASSAY

Objectif

Mettre en évidence dans le sérum du patient des anticorps dirigés contre les tréponèmes pathogènes et seulement contre les tréponèmes pathogènes. La réaction est donc spécifique des tréponématoses. Elle ne permet pas en revanche de différencier les anticorps dirigés contre les différents tréponèmes pathogènes de la syphilis, du pian, du bétel, 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. La sérologie des tréponématoses endémiques non vénériennes sus-citées est la même que la sérologie de la syphilis. On devrait donc parler de sérologie des tréponématoses et non de sérologie de la syphilis.

Cinétique

- Le TPHA se positive autour du 8^e-10^e jour du chancre. 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^e-10^e jour du chancre.

- 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 est pratiqué dans de nombreux laboratoires. En fait, le titre du TPHA n'est un bon marqueur ni de l'évolutivité de la maladie, ni de la réponse au traitement et varie de façon importante d'un examen à l'autre pour un même malade. Seul le TPHA qualitatif (o à +++) est donc intéressant par sa positivité ou sa négativité.

LE VDRL OU VENEREAL DISEASE RESEARCH LABORATORY

Objectif

- Mettre en évidence dans le sérum du patient des anticorps anticardiolipidiques. L'antigène cardiolipidique utilisé comme cible est présent dans tous les tréponèmes pathogènes, mais aussi dans de nombreuses cellules animales ou végétales. Le VDRL n'est donc pas une réaction spécifique des tréponématoses. Sa positivité ne signifie pas nécessairement tréponématose, ancienne ou actuelle ;

- La classique 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*, borrélioses.

Cinétique

- Le VDRL se positive en moyenne 8 à 10 jours après l'apparition du chancre. Le titre augmente ensuite rapidement pour atteindre, durant la phase secondaire, un plateau, variable selon les patients situé entre 256 U et 1024 U (en moyenne). Spontanément, 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, 3 mois après le traitement est divisé par 4, et 6 mois après le traitement est divisé par 16. Ainsi, si le titre de départ est de 512 U, il doit être de 128 U à 3 mois et de 32 U à 6 mois. En l'absence d'une décroissance de ce type, le traitement doit être repris ;

- Inversement, une recontamination syphilitique (la maladie n'est 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).

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 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 1 024 en moyenne).

LE FTA OU FLUORESCENT TREPONEMAL ANTIBODY ET FTA ABSORBÉ

Objectif

Mettre en évidence dans le sérum du malade des anticorps dirigés contre le tréponème pâle, entier, tué. Le FTA est donc comme le TPHA, une réaction spécifique des tréponématoses et pas seulement de la syphilis.

Cinétique

Le FTA se positive vers le cinquième 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.

LE TEST D'IMMOBILISATION DES TRÉPONÈMES (NELSON)

Ce test n'a plus aucun intérêt. Il ne permet pas de différencier sérologiquement la syphilis des autres tréponématoses non vénériennes. Il n'est donc plus prescrit.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL CLINIQUE

Syphilis primaire

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

HERPÈS

L'herpès de primomanifestation n'est pas toujours une balano-posthite ou une vulvo-vaginite multi-érosive très inflammatoire. L'herpès récurrent n'est pas toujours un bouquet de microvésicules. Dans les deux cas, l'herpès peut se traduire par un aspect de chancre. Le diagnostic sera alors biologique : IF sur lame, PCR, culture.

CHANCRE MOU

Cette maladie infectieuse rare est due à l'*Haemophilus ducreyi*. L'infection se traduit par un chancre génital souvent plus creusant, plus sale, plus douloureux, que le chancre syphilitique, mais la distinction peut être cliniquement très difficile. En revanche, le chancre mou s'accompagne dans deux tiers des cas, après quelques jours d'évolution, d'une adénopathie inguinale très volumineuse et inflammatoire (bubon), ce qui n'est jamais le cas au cours de la syphilis. Le diagnostic biologique de chancre mou (frottis, culture) est très difficile, si bien qu'un traitement d'épreuve peut se discuter sur la seule suspicion clinique.

APhte GÉNITAL

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

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE (OU MALADIE DE NICOLAS-FAVRE), DONOVANOSE

Ces deux maladies vénériennes 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.

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, comme on l'a dit, reconnaître la papule, c'est évoquer systématiquement le diagnostic de syphilis et demander un sérodiagnostic, toujours positif à ce stade.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL SÉROLOGIQUE

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 : syphilis s'il s'agit d'un sujet blanc, syphilis ou tréponématose endémique non vénérienne si le sujet est noir. On s'intéresse alors au VDRL dont la positivité et le titre donneront une idée de l'évolutivité de la maladie (*cf. ci-dessus*). 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 (o) 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).

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

LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PRIMAIRE ET SECONDAIRE

Le traitement de la syphilis est d'une extrême efficacité et facilité. Le tréponème pâle reste très sensible à la pénicilline.

Les propositions thérapeutiques faites ici sont en accord avec les recommandations de l'OMS.

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 p. 100 des cas. Une cure de 15 jours de pénicilline sous forme par exemple d'une association de béméthamine pénicilline et de pénicilline G n'offre que des désagréments (pénibilité, risque d'observance médiocre, coût...) pour un résultat comparable. La prévention de la réaction d'Herxheimer n'est pas justifiée.

Traitement de la syphilis secondaire

L'OMS propose le même protocole que pour la syphilis primaire. D'autres auteurs, probablement anxieux, préconi-

sent deux injections de benzathine pénicilline G 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, 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.

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 (500 mg per os 4 fois par jour), soit la doxycycline (100 mg per os matin et soir). Ces deux cyclines paraissent avoir une efficacité semblable ; la doxycycline est moins bien évaluée, mais sa facilité d'emploi la fait souvent préférer à la tétracycline.

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. Le titre du VDRL doit être divisé par 4 (2 dilutions) à trois mois et par 16 (4 dilutions) à six mois. Si cela n'était pas, l'avis d'un spécialiste serait justifié.

Rappelons enfin que contracter une syphilis témoigne d'une activité sexuelle à haut risque. La recherche d'une MST concomitante est justifiée, incluant la recherche d'une primo-infection VIH (antigénémie p24, charge virale sérique par PCR) en cas de syphilis primaire.

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 pour des raisons individuelles, être amené à proposer un traitement systématique des sujets contacts par une injection de 2,4 millions d'unités de benzathine pénicilline G.

Femmes enceintes

Le risque est bien entendu celui de la syphilis congénitale. 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

Dans les premières années de l'épidémie par le VIH, plusieurs auteurs ont signalé que, contractée par un patient préalablement séropositif pour le VIH, la syphilis avait volontiers une séméiologie cutanée atypique, était fréquemment et précocement compliquée d'atteintes viscérales sévères, notamment oculaires et neurologiques, s'associait à une sérologie à des taux parfois discordants, 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.

Points clés

1. La syphilis primo-secondaire n'a pas totalement disparu et avec elle, le risque de syphilis congénitale.
2. Le caractère séméiologique le plus important du chancre est son induration.
3. La roséole syphilitique ne doit pas être confondue avec une éruption virale ou allergique. La prescription d'un sérodiagnostic TPHA-VDRL est obligatoire dans ces circonstances.
4. Les éruptions de la syphilis secondaire sont polymorphes, mais sous l'épiderme lisse, croûteux, squameux ou érodé..., il y a presque toujours une papule.
5. Des lésions palmo-plantaires évoquent très fortement une syphilis.
6. 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.
7. TPHA et VDRL sont toujours fortement positifs au stade de syphilis secondaire.
8. Le TPHA affirme ou infirme une tréponématose et c'est le VDRL qui en précise l'évolutivité.
9. Aucun examen sérologique ne peut différencier une syphilis d'une tréponématose non vénérienne (pian, bétel...).
10. 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.
11. Le suivi biologique d'une syphilis traitée se fait sur le VDRL quantitatif.
12. Les sujets contacts doivent être examinés et traités.
13. La syphilis est grave chez la femme enceinte. Son dépistage systématique reste justifié.
14. La syphilis est également souvent grave ou atypique chez le sujet VIH+. Sa prise en charge ne peut être faite que par un spécialiste.
15. Contracter une syphilis témoigne d'une sexualité à haut risque. Un langage d'information et de prévention est indispensable.



Fig. 1. Syphilis primaire : chancre d'une petite lèvre.



Fig. 4. Syphilis secondaire : érosions linguales en « plaques fauchées ».



Fig. 2. Syphilis primaire adénopathie inguinale satellite d'un chancre génital.



Fig. 5. Syphilis secondaire : éruption papuleuse disséminée.



Fig. 3. Syphilis secondaire : éruption précoce roséoliforme.



Fig. 6. Syphilis secondaire : papules palmaires.