

## III ETUDE CLINIQUE

### 3.1- La syphilis primaire

Elle est marquée, après trois semaines environ d'incubation silencieuses par l'apparition d'un chancre au point d'inoculation 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 [2].

La syphilis primaire est le stade clinique de la maladie au cours duquel l'infection se manifeste pour la première fois sous la forme d'une lésion cutanée ou muqueuse. La plupart des lésions (95% des cas) se produisent dans les organes génitaux externes ou dans leur voisinage immédiat, elles peuvent être cachées (intra-urétrales, rectales, anales ou cervicales) et le malade en ignore souvent l'existence. D'autres zones (bouche, mamelon) peuvent être le siège de lésion extra-génitales et d'autres lésions extra-génitales sont liées à un contact extra-vénérien (médecins et autres techniciens en contact avec la maladie ou avec le micro-organisme) [12], ce chancre passe souvent inaperçu notamment chez la femme, ce qui rend le dépistage et la prévention difficiles. Le chancre disparaît spontanément, sans aucun traitement, au bout de quelques semaines, mais la maladie continue à évoluer [29].

- **Description clinique :**

Après une incubation de trois à quatre semaines suivant le contact, apparaît une érosion dont l'aspect devient typique au huitième jour [22]. Il s'agit d'une ulcération unique régulièrement arrondie ou ovale de 0,5 à 2cm de diamètre, rosé, à fond lisse et propre, indolore, sans réaction inflammatoire infiltrée, bien circonscrite [20], ce chancre syphilitique est bien visible chez l'homme, mais souvent interne chez la femme [30] la palpation des lésions avec les doigts gantés car elle est contagieuse, donne l'impression d'une pastille enchâssée dans la peau [32] on le trouve plus rarement au niveau ano-réctal, bucco-pharyngé [28] les chancres ano-rectaux se traduisent par une érosion indurée, le siège latéral avec une adénopathie inguino-crurale (Schéma 2) [20].



Schéma 2: Chancre syphilitique (la syphilis primaire).

### 3.2- La syphilis secondaire

Chez un sujet non traité, la syphilis atteint la phase secondaire [18]. La syphilis secondaire débute au moyenne six à huit semaines après le chancre, elle est caractérisée par des signes cutanéomuqueux diffus, polymorphes et de haute contagiosité [36]. Il est possible qu'il se manifeste au bout de quatre semaines et, de façon très exceptionnelle, ils peuvent rester latents pendant deux ans.

Au cours de la syphilis secondaire, la présence de spirochètes dans le sang qui a permis la dissémination du micro-organisme dans tout le corps devint évidente. On trouve des lésions cutanées du cuir chevelu à la plante des pieds et on peut trouver des lésions de toutes les muqueuses. Il existe souvent une adénopathie et de discrets symptômes généraux sont fréquents, il est rare qu'on observe une atteinte viscérale.

Chez près de 30% des malades qui viennent consulter, on retrouve le chancre primaire ; d'autres malades peuvent raconter une histoire qui évoque un stade primaire mais cette notion fait souvent défaut [12].

- **Signes cliniques :**

1. **La roséole syphilitique :** première éruption de la syphilis secondaire, est rarement observée. Elle est formée de petites macules en général de moins de 1cm, à bords mal définis, sa couleur est rose pâle, rarement rouge net ou rouge brun. Sa durée est variable de quelques heures à plusieurs semaines, elle siège sur le tronc de façon symétrique débordant parfois sur les membres et sur la face, elle peut laisser sur le cou des petites tache leuco-melanodermiques.

2. **La papule syphilitique** : lésion élémentaire de la deuxième éruption, est beaucoup plus fréquemment observée et peut apparaître d'emblée. C'est une papule ferme ronde ou lenticulaire, rouge, brun cuivré, nettement infiltrée de 0.5 à 1cm de diamètre, non prurigineuse. L'aspect, les dimensions, les groupements, la réaction épidermique sus ou péri-lésionnelle sont très variables, ce qui explique le polymorphisme clinique et les difficultés diagnostiques (Schéma 3). La syphilis secondaire peut ainsi simuler de nombreuses dermatoses érythémato-squameuses et papuleuses : Syphilis psoriasiforme, léchénoïde, impétiginiforme, varicelliforme ou varioliforme. Mais l'examen attentif de toute la surface cutanée permet de déceler l'infiltration, la couleur particulière très évocatrice de syphilis secondaire. La papule syphilitique, isolées ou groupées en plaques ou en nappes, peuvent être en nombre variable, être profuses ou très localisées. Il existe des zones préférentielles localisations palmaires et /ou plantaires sont particulièrement évocatrices, quels que soient leur aspect et leur nombre, depuis quelques petites papules à peine infiltrées situées dans les lignes de la main jusqu'au nappes plus diffuses psoriasiformes, kératosiques. Le visage est aussi fréquemment atteint surtout dans les zones péri-orificielles où les lésions peuvent être en groupement arciformes, figurés (syphilis élégante) ou d'aspect papulio-croûteux, acnéiformes (Schémas 4 et 5). Enfin dans la région génito-anale, les papules deviennent hypertrophiques, macérées, prises à tort pour des condylomes acuminés (Schéma 6).
3. **Les lésions des muqueuses** : buccales et génitales sont à rechercher systématiquement ; elles sont un facteur de contagiosité. Ce sont des plaques blanc grisâtre, de petites dimensions, érosives, peu profondes, bien limitées en nombre très variable, sur la langue elles réalisent l'aspect en plaques fauchées [36] ces plaques ne sont ni douloureuses ni prurigineuses [18]. L'alopecie syphilitique est un signe classique mais relativement tardif, elle peut être le motif de consultation, dans son aspect caractéristique, elle est clairière à prédominance fronto- temporale atteignant également la queue du sourcil. Mais elle peut être diffuse par effluviyum télogène. Onyxis et périonyxis syphilitiques sont rares. Ces signes cutanéomuqueux sont accompagnés de petites adénopathie non inflammatoires aisément palpées dans la zone cervicotrapézienne. Dans quelques cas, on peut noter un malaise général, des céphalées, des arthralgies, une splénomégalie. La glomérulonéphrite syphilitiques avec

parfois syndrome néphrotique, l'hépatite syphilitiques sont rares. L'examen du liquide céphalorachidien pourrait montrer une petite réaction méningée avec lymphocytose et hyper-protéïnorachie modérées. Les radiographies osseuses peuvent révéler tardivement des zones lacunaires d'ostéite [36].

Si la maladie n'est pas traitée, ou l'est insuffisamment, il s'ensuit une période de latence pendant laquelle l'individu se sent en parfaite santé [18].



**Schéma 3 : Syphilides papuleuses**



**Schéma 4: Syphilis du visage et perlèche.**



**Schéma 5 : Syphilides palmaires.**



Schéma 6 : Condylomes acuminés.

### 3.3- La syphilis latente

Quand les lésions secondaires disparaissent, la syphilis va entrer dans une phase de latence [29] elle peut durer plusieurs années et est marquée par une absence de signes cliniques et une positivité des sérologies syphilitiques, elle fait suite à une syphilis primaire ou secondaire non traitée, et précède une possible phase tertiaire [17]. Le malade a une apparence tout à fait normale et ne se plaint de rien [29] mais la maladie, chez certains, a continué à faire son chemin et va atteindre la plupart des organes provoquant la cécité, la paralysie, des crises de folie et la mort [30].

La maladie n'est normalement pas infectieuse sauf pour le fœtus, à ce stade, environ un quart des cas sont pratiquement guéris, un quart demeure latent avec des rechutes et la moitié restante entre dans le troisième stade [19].

### 3.4- La syphilis tertiaire

La syphilis tertiaire n'est une phase obligatoire de la maladie, en absence de traitement, un tiers des patients environ font des manifestations tardives [36]. Cinq ans, dix ans, vingt ans, trente ans même peuvent s'écouler avant que de nouveaux symptômes apparaissent. Les accidents de la troisième période portent sur divers appareils.

C'est le stade ultime de la maladie, émaillé de complications graves cardiaques, aortiques et neurologiques. Elle ne devrait plus être observée si le diagnostic était fait précocement [17].

- **Signes cliniques :**

1. **Lésion cutanées "Syphilide cutané-nodulaires "**: Des nodules isolés ou groupés apparaissent au niveau de la peau et augmentent lentement de volume, la lésion peut être extensive dans sa totalité mais le diamètre de chaque nodule excède rarement 01cm, les lésions peuvent rester nodulaires mais il plus fréquent qu'elles s'ulcèrent ; la plupart ont en même temps des signes d'activité et de régression avec des ulcérations périphériques et une cicatrisation centrale. On peut observer une desquamation de la surface des nodules palmo-plantaires non ulcérés. Après le traitement ou après une guérison spontanée, on voit persister des cicatrices non rétractiles caractéristiques «en papier de soi» qui ont souvent des zones hypo ou hyperpigmentées.
2. **Gommes sous-cutanées** : Elles débutent sous la forme de nodules sous-cutanés ou plus profonds (périostes par exemple) qui se fixent à la peau à travers laquelle ils se fistulisent par la suite, elles sont généralement unique et peuvent atteindre un diamètre de 04 à 05cm, leur aspect clinique et leur répartition sont semblables à ceux des syphilides cutané-nodulaires, on peut observer une destruction tissulaire profonde et importante. Les ulcères gommeux sont indolores et peuvent donner lieu à une destruction tissulaire importante avant que le malade ne songe à consulter. On les trouve le plus souvent au niveau de la face, du tronc et des cuisses mais aucune région n'en est exempte.
3. **Lésion cardio-vasculaires** : Les malades qu'en sont atteints sont rares et viennent généralement consulter dans les services de cardiologie, de pneumologie ou d'angéiologie. Les symptômes classiques sont :

- ✓ L'insuffisance aortique
- ✓ L'anévrisme aortique
- ✓ Le rétrécissement des orifices coronariens

Les formes mixtes sont fréquentes.

La syphilis aortique apparaît généralement avant l'ensemble des signes identifiables mais on ne peut guère en faire le diagnostic avant la mort. Près de 30% des sujets porteurs d'une syphilis cardio-vasculaire présentent aussi une neurosyphilis symptomatique ou asymptomatique.

4. **Lésion osseuses** : L'atteinte de la syphilis tertiaire débute généralement sous la forme d'un périoste et le cortex osseux n'est intéressé que par la suite. Près de 50% des sujets atteints de syphilis tertiaire des os se plaignent de douleurs au niveau des régions intéressées ; ces douleurs peuvent être très intenses, sont classiquement décrites comme térébrantes et peuvent persister longtemps, même après un traitement syphilitique, on retrouve souvent une sensibilité à la palpation des régions en cause. L'étude radiologique complète de malade atteint d'une syphilis osseuse symptomatique permet souvent de découvrir d'autres localisations restées asymptomatiques [12].

### 3.5- La syphilis congénitale

On estime que, dans la syphilis non traitée. Des vagues de spirochètes apparaissent dans le sang avec une fréquence qui va en diminuant avec le temps. La syphilis se transmet au fœtus si la grossesse coïncide avec la présence des spirochètes dans le sang, la plus ou moins grande sévérité de la syphilis congénitale dépend probablement de l'abondance des spirochètes dans le sang au moment de la première infection du fœtus [12] l'enfant est contaminé ou en tout cas développe des lésions à partir du quatrième mois de la grossesse.

Le pourcentage avoisine 100% si la mère est en syphilis récent, puis diminué en fonction de l'ancienneté de la maladie, l'infection du fœtus peut provoquer la mort in utero ou des manifestations précoces ou tardives de syphilis congénitale [36]. La porte d'entrée de la syphilis acquise est la zone du chancre primaire : dans la syphilis congénitale, le tréponème (*Treponema pallidum*) pénètre directement dans la circulation par les capillaires placentaires. Les signes cliniques correspondent à ceux de la syphilis acquise secondaire ou tardive.

La syphilis congénitale est exceptionnelle dans les pays à haut niveau socio-économique où les visites prénatales comprennent une recherche sérologique de la syphilis de sorte que les mères atteintes sont traitées avant leur accouchement. Une syphilis congénitale évolutive est donc pratiquement inconnue mais des enfants infectés in utero peuvent parfois présenter des stigmates de l'infection (des dents de Hutchinson par exemple) avant le début de traitement.

Il ne faut jamais oublier qu'un diagnostic de syphilis congénitale doit déclencher les examens de toute une famille [12].



Schéma 7: Syphilis congénitale.

Atteinte métaphysaire, périostite et nécrose palmo-plantaire chez une enfant de 4 mois d'origine africaine (Clichés Pr. D. Gendrel, hôpital Saint Vincent de Paul).

### 3.6- Diagnostique de la syphilis

Il sera évoqué en présence de certains signes cliniques et dans un contexte épidémiologique particulier, il repose en routine sur les méthodes sérologiques. Les méthodes directes restent l'apanage de structures spécialisées.

#### 3.6.1-Diagnostic direct

Mise en évidence du micro-organisme ou de ses constituants (protéines ou acides nucléiques).

##### 3.6.1.1- Indications

Ulcération ou érosion génitale, anale ou buccale chez un sujet en période d'activité sexuelle avant tout traitement antibiotique. Lésions secondaires (Plaques maqueuses, syphilis cutanées); LCR (Liquide céphalo-rachidien) Forme neurologique; pour les formes congénitales, liquide amniotique, bulles de pemphigus, mucus nasal, LCR.

##### 3.6.1.2- Méthodes d'observation

- ❖ Microscope à fond noir : Recherche de bactéries spiralées à la mobilité caractéristique. Difficile de bien distinguer *treponema pallidum* des tréponèmes saprophytes (*T.denticula*, *T.refringens*), sensibilité variable jusqu'à 80% (observateur, prélèvement pauvre en tréponèmes). Très pratiquée dans les centres spécialisés, car rapide, de bonne fiabilité et peu coûteuse.

- ❖ Immunofluorescence : Méthode sensible qui distingue *Treponema pallidum* des tréponèmes saprophytes [31]. Les frottés sont recouverts d'une dilution d'anticorps antisyphilitiques marqué par un fluorochrome et après lavages observés en microscopie à éclairage ultra-violet. Un résultat positif fait suspecter la syphilis, un résultat négatif ne l'élimine pas [16].

### 3.6.2.- Diagnostic indirect Sérologique

Il s'agit de la mise en évidence des anticorps (Ac) induits par l'infection dans le sérum ou le LCR.

En raison de l'existence d'une phase sérologiquement muette en début d'infection, deux examens sont demandés à 15 jours d'intervalle. Mais il n'ya pas de différenciation entre les anticorps dues aux trépanomatoses non vénériennes (pian, bejel, pinta) et ceux dues à la syphilis.

Deux grands groupes de réactions sérologiques sont pratiquées selon l'antigène (Ag) utilisé.

- Réaction à antigène non tréponémique (antigène cardiolipidique).
- Réaction à antigène tréponémique.

#### 3.6.2.1- Réaction à antigène non tréponémique

- **VDRL (Venereal Disease Reagent Laboratory)**

##### Principe

Agglutination passive avec un antigène cardiolipidique d'origine animal et commun avec *Treponema pallidum*. Les résultats sont rendus en croix (de un à quatre) en fonction de l'intensité de la réaction [31]. Il est utile en quantitatif pour apprécier l'efficacité du traitement [26].

#### 3.6.2.2- Réactions à antigène tréponémique (TPHA, FTA, NELSON, ELISA)

- **TPHA (*Treponema pallidum* Haemagglutination Assay)**

##### Principe

Hémagglutination passive d'hématies sensibilisées avec un antigène extrait de *Treponema pallidum*. Résultat obtenu en 1-3 heures.

#### **Cinétique des anticorps**

Le TPHA se positive vers 3-4 semaines après le début de l'infection (environ une semaine après l'apparition du chancre). Reste le plus souvent positif chez un malade guéri.

- **FTA (Fluorescent Treponemal Antibody Test)**

#### **Principe**

Immunofluorescence de *Treponema pallidum* fixés sur lame. Anticorps détectés par antiglobuline marquée avec un fluorochrome. Technique de confirmation en cas de dépistage positif sensibilité augmentée par adsorption des sérums par des tréponèmes saprophytes non pathogène [31].

#### **Cinétique des anticorps**

Cinétique identique au TPHA avant traitement se négative après traitement dans la majorité des cas.

- **Test immuno-enzymatique ou ELISA (Enzyme Linked Immuno sorbent Assay)**

#### **Principe**

Antigène purifiés de *Treponema pallidum*, ou protéines recombinantes.

- **Teste d'immobilisation des tréponèmes (TPI) ou teste de Nelson**

Technique de référence, mais quasiment a réalisé (entretien des animaux vivants infectés) [31]. Il ne devient sensible dans la syphilis primaire qu'après le début de la maladie [23].

#### **Principe**

Anticorps spécifiques immobilisant (Immobilisines) les tréponèmes vivants, après addition de complément et comparaison avec un tube témoin. Résultats qualitatifs exprimés en pourcentage d'immobilisation spécifique.

#### **Cinétique des anticorps :**

Immobilisines décelées en moyennes un mois après l'apparition du chancre.

Négativation chez la plupart des malades après traitement.

- **Recherche d'IgM spécifiques Anti-tréponémiques (FTA Abs IgM)**

Les IgMs apparaissent dès la deuxième semaine de l'infection. Chez les patients non traités, elles sont retrouvées en phase secondaire. Chez les patients traités

correctement. Elles diminuent rapidement et disparaissent généralement dans les premiers mois qui suivent le traitement [31].

Le diagnostic de neurosyphilis repose sur la présence d'une hyperprotéinorachie, d'une lymphocytose du LCR, et de la positivité du VDRL ou du FTA-ABS dans le liquide céphalo-rachidien [28].

### 3.6.3.- Interprétation des sérologies syphilitiques

Plusieurs situations sont envisageables

**VDRL et TPHA négatifs :** Pas de syphilis, ou syphilis primaire dans les premiers jours du chancre (moins de cinq jours), ou syphilis traitée précocement et guérie ;

**TPHA et VDRL POSITIFS :** Il s'agit d'une tréponématose. Les aspects quantitatifs des testes permettent d'estimer le stade de l'infection.

**TPHA négatif et VDRL positif :** C'est le cas du VDRL faussement positif comme on peut le voir dans les viroses (infection à VIH, les parasitoses, diverses maladies bactériennes, mais aussi lors de maladies systémiques, de dysglobulinémies ou d'hépatopathies chroniques. On peut aussi l'observer au cours de la grossesse ou chez les toxicomanes.

**VDRL négatif et TPHA positif :** Ce tableau évoque la trace sérologique d'une tréponématose non vénérienne, une syphilis tertiaire ou une cicatrice sérologique d'une syphilis guérie.

Les sérologies peuvent être faussement négatives dans les formes évoluées de l'infection à VIH.

La positivité des testes sérologiques syphilitiques n'est pas synonyme de syphilis chez les patients originaires d'un pays tropical, en raison de la présence de tréponématoses non vénériennes (béjel, pian, caraté) [26].

## 3.7- Traitement de la syphilis

Le traitement de la syphilis est aujourd'hui efficace à 100% ; à condition, bien sur, de le suivre consciemment [30].

La pénicilline G est le traitement de référence car elle est bactéricide sur les tréponèmes. Il est classique d'employer la forme retard (Extencilline) [26]

### **3.7.1-Syphilis précoce**

Lorsque la syphilis ne date pas de plus de 2ans, deux schémas thérapeutiques sont largement employés : une dose unique de 2,4 millions UI de benzathine benzylpénicilline (administrée en 2 injections intramusculaires en des points séparés du fait de l'importance du volume de produit à injecter), ou une cure de 1,2 million UI de procaïne benzylpénicilline par jour, par voie intramusculaire, pendant 10 jours.

Toutefois, certaines autorités de réglementation recommandent de traiter tous les sujets atteints de syphilis secondaire ou latente plus longuement : soit par de la benzathine benzylpénicilline par voie intramusculaire, à raison de 2,4millions UI une fois par semaine pendant 3semaine consécutives, soit par la procaïne benzylpénicilline intra musculaire, à raison de 1,2 millions UI par jour pendant 2 semaines.

### **3.7.2-Syphilis tardive (Autre que la neurosyphilis)**

Tous les patients présentant une syphilis tardive bénigne, une syphilis cardiovasculaire et une syphilis latente, dont il est probable qu'elle remonte à plus de 2ans, devront se voir administrer des cures prolongées de pénicilline. Le traitement peut consister soit en une cure de procaïne benzylpénicilline administrée par voie intramusculaire à raison de 12million UI par jour pendant 3semaines, soit en trois injections intramusculaires hebdomadaires consécutives de benzathine benzylpénicilline contenant chacune 2,4millions UI.

### **3.7.3-Neurosyphilis**

Chez les sujets atteints de neurosyphilis, les doses doivent être plus fortes afin d'obtenir dans le liquide céphalorachidien des concentrations de pénicilline qui ne descendent pas au-dessous de la concentration minimale inhibitrice durant toute la période de traitement.

Pour cela, le traitement le plus fiable consiste à administrer 4 millions UI de benzylpénicilline par voie intraveineuse, toutes les 4 heures pendant 2 semaines. Autrement, et à condition que l'observance soit bonne, on peut pratiquer une injection intramusculaire de 1,2 millions UI de procaine benzylpénicilline par jour pendant 2 semaines, associée à 500 mg probénécide par voie orale quatre fois par jour.

### **3.7.4-Syphilis durant la grossesse**

Quelque soit le stade de la grossesse, la Syphilis doit être traitée immédiatement conformément aussi schémas thérapeutiques recommandés ci-dessus. Les patientes traitées doivent rester sous surveillance étroite pendant toute la grossesse, de façon à ce qu'on puisse diagnostiquer et traiter rapidement une éventuelle réinfection.

### **3.7.5- Syphilis congénitale**

Chez l'enfant de moins de 2 ans, la Syphilis congénitale répond en général bien à des doses appropriées de la pénicilline, même si la guérison se fait lentement. Chez les sujets gravement atteints, chez qui les lésions cutanées, muqueuses, osseuses et viscérales sont étendues. Des pneumopathies et autres infections intercurrentes peuvent survenir rapidement en particulier s'il y a des signes de malnutrition.

Lorsque l'on observe des anomalies du liquide céphalorachidien il faut administrer au nourrisson une cure de 10 jours de 50000 UI de benzylpénicilline /kg par jour en une injection intramusculaire. Lorsque le liquide céphalorachidien est normal, les avis sont partagés : la cure de 10 jours est-elle une nécessité, on peut-on se contenter d'une injection intramusculaire unique de 50000 UI de benzathine benzylpénicilline/kg.

Chez l'enfant de plus de 2 ans, il faut maintenir des concentrations sanguines de pénicilline plus élevées. On administrera pendant 2 semaines 200.000 à 300.000 UI de benzylpénicilline par jour en plusieurs injections, en augmentant les doses en fonction du poids jusqu'à un maximum de 2.4 millions UI par jours [3].

En cas d'allergie aux pénicillines, les cyclines ou les macrolides sont utilisés [26]. La guérison doit être contrôlée par une prise de sang 3 semaines après la fin du traitement.

Les antibiotiques diffusent bien chez le fœtus. Traiter, une femme enceinte syphilitique permet de traiter en même temps son enfant. La syphilis guérie ne donne pas d'immunité, on peut attraper la maladie de nouveau née [17].

On association à toutes ces mesures, la recherche et le traitement du ou des partenaires sexuels et la recherche d'autre MST on surveillera l'évolution des sérologies syphilitiques qui doivent décroître après le traitement [17].

### **3.7. 6-En cas d'infection par le VIH**

2,4 MUI d'extencilline 3 fois à 7 jours d'intervalle, en cas d'allergie, doxycycline pendant 3 semaines ; mise en garde contre la photosensibilisation). Ponction Lombaire (PL) obligatoire en cas de syphilis secondaire en vue d'un traitement plus agressif en cas de neurosyphilis (pénicilline G 12-24 MUI /j 15 jours) [33].

## **3.8-prévention et dépistage de la syphilis**

### **3.8.1-Prévention**

- Application des mesures d'hygiène individuelle : éviction de situations à risque, port du préservatif. La prophylaxie sociale repose sur le dépistage systématique (examens sérologiques prénuptiaux, prénataux, en cas de conduite à risque), le traitement précoce des sujets porteurs de lésions contagieuses et la recherche et le traitement du sujet contamineur [31].
- Éviter tout contact entre une lésion syphilitique et ses propres muqueuses ou blessure de la peau.
- Dans le cas où les lésions seraient internes et invisibles, se protéger ou protéger son partenaire en utilisant un préservatif.

En utilisant des préservatifs pour les rapports sexuels, les risques de transmission de la syphilis seront grandement réduits. Il est cependant important de se rappeler que tréponème peut aussi se transmettre par le baiser ou le toucher et que, dans cette mesure, les préservatifs ne sont pas parfaitement efficaces pour empêcher la transmission de la syphilis. Mais leur utilisation diminue ce risque de façon importante.

Pour se protéger et protéger des autres, pratiquer régulièrement (au moins une fois par an) un dépistage de la syphilis [5].

### 3.8.2-Dépistage de la syphilis

Les Symptômes de la syphilis sont parfois facilement reconnaissables. Un gros bouton Indolore sur le gland du vagin se distingue facilement d'autres maladies sexuellement transmissibles (par exemple l'herpès, dont les lésions sont douloureuses).

Cependant, les lésions de la syphilis primaires peuvent aussi passer inaperçues, surtout si elles sont internes. La syphilis secondaire, quand à elle, peut aussi parfois ne pas occasionner de symptômes visibles. Dans tout les cas, qu'il y ait ou non des symptômes, on peut envisager de traiter une syphilis que si un dépistage a été réalisé.

Le dépistage de la syphilis consiste en une prise de sang pour un test en laboratoire (souvent connu par les médecins sous le sigle anglais VDRL). Le résultat est habituellement disponible en une semaine [5].

#### **Chez qui dépister la syphilis acquise ?**

Proposer le dépistage de la syphilis :

- Aux hommes ayant des rapports sexuels non protégés avec des hommes, fellation comprise.
- Aux travailleurs du sexe ayant des rapports non protégés (fellation comprise).
- Lors du diagnostic ou en cas d'antécédent de gonococcie, de lymphogranulomatose vénérienne et d'infection par le VIH.
- Aux personnes ayant des rapports non protégés (fellation comprise) avec plusieurs partenaires par an.
- Aux migrants en provenance de pays d'endémie (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique du sud).
- Après un viol.
- Lors d'une incarcération.

#### **Chez qui dépister la syphilis congénitale ?-Proposer le dépistage au cours de la grossesse :**

- Lors du premier examen prénatal (au mieux lors du premier trimestre de la grossesse) chez toutes les femmes.

- Au troisième trimestre, si la femme ou son conjoint ont eu des rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire après le premier dépistage, au mieux avant la 28<sup>ième</sup> semaine de grossesse.
- Avant ou après l'accouchement en l'absence de sérologie au cours de la grossesse.
- Vérifier la présence d'une sérologie syphilitique dans le dossier obstétrical avant que toute femme ne quitte la maternité.
- Proposer le dépistage de la syphilis aux femmes ayant des antécédents d'avortement spontané ou d'enfant mort-nés [1].