

Syphilis congénitale chez un nourrisson gabonais : cas clinique

www.medecinetropicale.com

Observation

Un nourrisson de 3 semaines, né de parents gabonais, est hospitalisé en urgence pour un mauvais état général et une dermatose faciale et palmo-plantaire.

Il s'agit d'un prématuré né à 34 semaines avec un poids de 2 400 g. L'enfant se nourrit mal et présente un coryza muco-purulent abondant depuis 8 jours.

À l'examen, on est en présence d'un nourrisson chétif, ictérique. La température rectale est à 37,9 °C. Il existe une rhinite avec un jetage muco-purulent épais. On note dans la région péri-narinaire et péri-buccale, des lésions cutanées bulleuses et croûteuses (figure 1). Au niveau de la main gauche, le pouce et l'index sont en baguette de tambour. Il existe une éruption maculo-papuleuse et une fine desquamation au niveau palmo-plantaire.



Figure 1 : lésions au niveau du visage (photographie prise après le décès du nourrisson).

L'examen de l'abdomen montre une hépatomégalie et une splénomégalie stade II de l'OMS. Le cœur est régulier à 120/mn. Il n'y a pas d'anomalie pulmonaire auscultatoire. Il n'y a pas de syndrome méningé clinique. Le tonus et les réflexes élémentaires sont normaux pour l'âge du nourrisson.

L'examen de la mère montre des maculo-papules palmo-plantaires (figure 2) et des macules érosives de la langue.



Figure 2 : lésions palmo-plantaires chez la mère

Examens paracliniques :

- VSH : 68 mm à la première heure
- NFS : taux d'Hb : 12,7g/100 mL, globules blancs : 14 600/mm³ dont PN : 60 %, PE : 3 %, lymphocytes : 31 %, monocytes : 6 %,
- Bilirubinémie totale : 38 µmol/l, conjuguée : 22 µmol/L ; SGOT : 75 UI/L, SGPT : 112 UI/L, phosphatases alcalines : 85 UI/L ; glycémie : 5 mmol/L ; créatininémie : 70 µmol/L.
- Présence d'albumine dans les urines.

Questions

- 1- Quel est votre diagnostic ?
- 2- Quels examens de laboratoire vous permettent d'affirmer le diagnostic ?
- 3- Quelle est l'autre forme clinique de cette maladie ?
- 4- Quel est le traitement que vous prescrivez ?
- 5- Quelle en est la prévention ?
- 6- Quelles sont les causes de la recrudescence de la maladie dans le monde ?

Discussion :

1- L'association de plusieurs signes cliniques chez ce prématuré de trois semaines présentant un coryza muco-purulent, un pemphigus bulleux facial, une éruption maculo-papuleuse palmo-plantaire, une hépato-splénomégalie avec ictère, une dystrophie des phalanges, évoquent une syphilis congénitale précoce.

La syphilis congénitale précoce se révèle de la naissance à l'âge de deux ans, le plus souvent avant l'âge d'un an. Elle est l'équivalent congénital de la syphilis secondaire. Elle

associe signes cutanéomuqueux, osseux, méningés et atteintes viscérales. L'atteinte méningée est fréquente, mais rarement symptomatique, elle est dépistée par une ponction lombaire qui doit être systématique (elle n'a pas été pratiquée ici).

2- Le diagnostic est confirmé par la mise en évidence de tréponèmes au niveau des lésions cutanéomuqueuses et par la sérologie : réaction d'immunofluorescence décelant des anticorps IgM anti-tréponémiques produits directement par le nourrisson (FTA IgM), les IgM maternels ne passant pas la barrière placentaire.

En fait, le diagnostic a été d'emblée confirmé ici par l'examen de la mère qui présente des maculopapules palmo-plantaires et des macules érosives de la langue. La sérologie tréponémique (TPHA, VDRL) était positive. Il s'agit donc chez la mère d'une syphilis secondaire non diagnostiquée pendant la grossesse et d'une syphilis congénitale précoce chez le nourrisson.

La syphilis congénitale ou néonatale est en recrudescence dans le monde depuis une vingtaine d'années aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés (exemple : la Louisiane aux États-Unis). Elle est transmise par voie transplacentaire.

3- Il s'agit ici d'une syphilis congénitale précoce. La révélation de la syphilis congénitale peut être tardive, après l'âge de 2 ans entre 5 et 30 ans le plus souvent. C'est l'équivalent congénital de la syphilis tertiaire. Le diagnostic de syphilis congénitale tardive s'établit sur des critères cliniques : lésions oculaires (kératite, iridocyclite, chorioretinite), manifestations neurologiques (méningite, le plus souvent biologique), lésions auditives (vertiges, surdité).

Quarante pour cent des formes sont symptomatiques et 60 % asymptomatiques dépistée par un sérodiagnostic des tréponématoses (TPHA, VDRL).

Les stigmates sont les séquelles des lésions observées au cours de la syphilis congénitale : les plus caractéristiques sont les rhagades (cicatrices linéaires des commissures labiales et du nez) et les anomalies dentaires. La rhinite destructrice se complique de rhagades (nez en « lorgnette »), la périostite de la bosse frontale de Parrot, de déformation du tibia en « lame de sabre », les anomalies dentaires (déformation des deux incisives supérieures de 2^{ème} dentition) sont observées dans la triade d'Hutchinson qui associe anomalie dentaire, kératite et surdité.

4. Le traitement de la syphilis congénitale consiste en une antibiothérapie par pénicilline G ou benzylpénicilline, sous couvert de corticoïdes à la dose de 0,5 mg/kg/j de prednisolone, pour prévenir une réaction d'Herxheimer.

Pour le CDC d'Atlanta, le traitement repose sur la benzylpénicilline cristallisée aqueuse prescrite à la dose de 100.000 à 150.000 UI/kg/j, répartie en 2 à 3 perfusions quotidiennes de 50.000 UI, pendant 10 à 14 jours ou en procaïne-pénicilline G (pénicilline semi-retard) 50.000 UI/kg en IM pendant 10 à 14 jours.

L'OMS fait dépendre le traitement des résultats de la PL : si le LCR est anormal, même traitement que celui du CDC, si le LCR est normal, benzathine-pénicilline G (pénicilline long retard) 50.000 UI/kg en injection IM unique.

Malgré la pénicillothérapie instituée dès le lendemain de l'admission, à la dose de 50.000 UI/kg/j de pénicilline G (PL non faite, dose prévue pour un LCR anormal) et une réanimation, l'enfant est décédé 5 jours plus tard. L'évolution est en effet défavorable dans 10 % des cas,

5- La syphilis congénitale précoce se voit si la mère syphilitique n'a pas été traitée avant le 5^{ème} mois de grossesse. Avant le 6^{ème} mois, le tréponème ne passe pas à travers le placenta. D'où, la nécessité de la surveillance des femmes enceintes et le traitement avant le 5^{ème}

mois de grossesse, qui bien conduit, protège totalement l'enfant, et la surveillance sérologique ultérieure des futures mères.

Selon le CDC, une femme enceinte avec une syphilis non traitée a 80 % de risque de transmettre le tréponème à son enfant.

Une injection unique ou une injection hebdomadaire de pénicilline à action prolongée pendant 3 semaines, selon la durée d'évolution de la maladie, réduit le risque de transmission materno-fœtale pratiquement à zéro.

6- Les causes de la recrudescence de la syphilis néonatale dans le monde reposent essentiellement sur un dépistage non optimal. Il est recommandé de faire uniquement un dépistage lors de la première visite prénatale. Le CDC conseille en cas de haute prévalence dans la communauté où vit la future mère et en fonction de l'histoire sexuelle des patientes, de faire un nouveau test au troisième trimestre et à la naissance. En effet, le test peut être négatif au premier trimestre, mais la future mère a le temps de s'infecter par la suite.

La syphilis congénitale est considérée comme une maladie ancienne, peu enseignée auprès des équipes soignantes.

En France, les recommandations de l'HAS préconisent de réaliser lors du premier examen prénatal, soit lors du premier trimestre de la grossesse, un dépistage de la syphilis qui doit être renforcé chez les femmes à risque par la réalisation d'un deuxième test au troisième trimestre, avant la 28^{ème} semaine de grossesse.

Note : l'OMS s'était fixé pour cible d'éliminer la syphilis congénitale en 2007, ce qui n'est toujours pas réalisé, y compris dans les pays du nord. L'OMS a réactualisé en 2012 sa stratégie d'action contre la syphilis congénitale en couplant la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à celle de la syphilis, grâce à la mise au point d'un test de dépistage rapide de la syphilis et de l'infection à VIH.

Références :

- Aubry P., Touze J.E. Syphilis congénitale précoce. Cas cliniques en Médecine Tropicale. La Duraulie édit., mars 1990, pp. 173.
- Janier M., Caumes E. Syphilis. Encycl. Méd. Chir., Maladies infectieuses, 8-039-A-10, 2003, 17 p.
- OMS. Syphilis congénitale : un silence lourd de conséquences pour le nouveau-né. Bulletin de l'OMS, 2013, 91, 158-158A.
- Rubin R. Why are Mothers still Passing syphilis to Their Babies? JAMA, 2019 ;321 :729-731.

Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gaüzère. Texte revu le 21/01/2020 .