

# DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE LA SYPHILIS

Il existe une recrudescence de la syphilis depuis quelques années dans les pays industrialisés. L'épidémie concerne essentiellement les homosexuels masculins.

## La transmission

est essentiellement sexuelle. Elle peut se contracter après tout rapport non protégé, y compris la fellation. Ce sont les lésions muqueuses (ou les lésions cutanées excoriées) qui sont contagieuses (chancre de la syphilis primaire et syphilides érosives de la syphilis secondaire).

La transmission materno-fœtale survient à partir du 4<sup>ième</sup> / 5<sup>ième</sup> mois de grossesse.

La transmission post-transfusionnelle ou post-greffe d'organe est possible, mais très rare.

Le diagnostic de syphilis primaire est souvent méconnu lorsque le chancre n'est pas visible (chancre vaginal, du col utérin, ano-rectal, pharyngé). Au stade secondaire, le diagnostic n'est pas toujours évoqué du fait du polymorphisme des lésions cliniques.

La découverte d'une sérologie syphilitique positive témoigne d'une activité sexuelle à haut risque. Les recherches de VIH, hépatite B, hépatite C, gonocoques et chlamydia trachomatis sont recommandées.

La syphilis n'est pas immunisante, des réinfections sont possibles.

## Diagnostic biologique

Le tréponème ne se cultive pas in vitro, le diagnostic ne peut se faire que par :

- Mise en évidence du tréponème sur microscope à fond noir, technique très rarement utilisée, observateur dépendante, sensibilité de 50% au niveau du chancre, aucune valeur au niveau buccal car faux positifs dus à des spirochètes saprophytes.

- Le sérodiagnostic est bien standardisé, peu coûteux et fiable. Il fait généralement appel à un test spécifique du tréponème (TPHA) et à un test non spécifique (VDRL).

- TPHA

(Troponema Pallidum Haemagglutination Test).

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

• Le TPHA se positive autour du 8<sup>ième</sup> – 10<sup>ième</sup> jour du chancre. En absence de traitement, il restera positif toute la vie. Il sera négatif de façon inconstante si un traitement bien conduit a été initié dans l'année qui suit le chancre. Il restera positif lorsque le traitement a été initié au-delà de la 1<sup>ère</sup> année.

• Le TPHA n'est pas un bon marqueur de l'évolutivité de la maladie ou de la réponse au traitement car il varie de façon importante d'un examen à l'autre pour le même patient.

VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)

• Le VDRL n'est pas une réaction spécifique des tréponématoses, il met en évidence la présence d'anticorps anticardiolipidiques.

• Un VDRL positif s'observe également au cours de diverses maladies dysimmunitaires, notamment le syndrome des antiphospholipides ou au cours de certaines maladies infectieuses (mycoplasma pneumoniae, borrélioses, etc.).

• Le VDRL se positive autour du 8<sup>ième</sup> – 10<sup>ième</sup> jour du chancre. Son taux grimpe progressivement pour atteindre un maximum en cas de syphilis secondaire.

• La surveillance biologique de l'efficacité du traitement se fait à partir du VDRL, on considère que le traitement est efficace si le taux de VDRL est divisé au moins par 4, 3 mois après le traitement. En l'absence de décroissance suffisante du taux de VDRL, le traitement doit être repris.

- FTA (Fluorescent Treponemal Antibody)

• Le FTA est comme le TPHA une réaction spécifique des tréponématoses. Comme les autres réactions sérologiques, il ne permet pas de différencier la syphilis des tréponématoses endémiques, non vénériennes, des régions tropicales (pian, bégel, pinta)

• Le FTA se positive vers le 5<sup>ième</sup> jour du chancre, il est donc le 1<sup>er</sup> test à se positiver, quelques jours avant le TPHA et le VDRL.

• La cinétique d'évolution du FTA est très proche de celle du TPHA.

- La recherche d'IGM anti FTA est utile chez le nouveau-né, les IGM ne passant pas la barrière placentaire.

## Une sérologie négative n'élimine pas un diagnostic de syphilis primaire,

les sérologies se positivent 8 à 10 jours après le début du chancre.

Des cas rarissimes de syphilis secondaires à sérologies négatives ont été décrits chez des patients VIH positifs (Dans ce cas, microscope à fond noir, biopsie cutanée et PCR sur la biopsie).

## Suivi du traitement

L'efficacité du traitement doit être contrôlée cliniquement et biologiquement à 3 et à 6 mois. Le suivi biologique se fait via le VDRL. Le titre de VDRL doit être divisé par 4 (2 dilutions) à trois mois et par 16 (4 dilutions) à six mois. Le titre de VDRL doit être négatif un an après le traitement d'une syphilis primaire, et deux ans après le traitement d'une syphilis secondaire.

## Une recontamination syphilitique

(la maladie n'est pas immunisante) peut être diagnostiquée sur la clinique et à partir du taux de VDRL (remontrée significative du taux).

### **Références :**

**Janier, Hegyi, Dupin, etc. European guidelines on the management of syphilis, 2014**

**HAS, mai 2015**

**Rédaction : Dr Edmond Renard**