

Diagnostic de syphilis et de VIH à partir d'ulcérations buccales

Fabrice Campana^{1,*}, Anne Flore Albertini², Ugo Ordioni¹

¹ Centre Massilien de la Face, Marseille, France

² Cabinet d'anatomocytologie Medipath, Mougins, France

* Correspondance : f.campana@centremassiliendelaface.com

(Reçu le 29 mars 2015, accepté le 29 mars 2015)

Mots clés :

ulcération / maladie de Crohn / syphilis / séropositivité VIH

Key words:

ulcer / Crohn's disease / syphilis / HIV seropositivity

Résumé – Introduction : La syphilis est une infection sexuellement transmissible liée au *Treponema pallidum*. La maladie avait régressé à partir de la moitié du XX^e siècle grâce au développement du traitement par la pénicilline. Depuis le début des années 2000, des cas sont de nouveau rapportés en France et dans le monde. **Observation :** Nous rapportons dans un contexte de maladie de Crohn un cas de syphilis primaire se manifestant par des ulcérations buccales. Le diagnostic a permis de découvrir une infection par le VIH associée.

Abstract – Diagnosis of syphilis and HIV from oral ulcers. Introduction: Syphilis is a sexually transmitted infection linked to *Treponema pallidum*. The disease had declined from the mid-20th century with the development of penicillin therapy. Since the early 2000s, cases have again been reported in France and around the world. **Observation:** We report in a Crohn's disease context a case of primary syphilis manifested by mouth ulcers. The diagnosis revealed infection associated with HIV.

Observation

Un homme de 60 ans, suivi pour une maladie de Crohn (MC) traitée et stabilisée par mésalazine, consultait pour des douleurs buccales apparues depuis un mois. L'examen endobuccal retrouvait deux lésions ulcérées de la face interne de la lèvre inférieure et de la région rétro-commissurale droite (Fig.1). Il n'existait pas d'adénopathie cervicale, ni de lésion cutanéomuqueuse. L'hypothèse d'ulcérations liées à la MC était avancée. Une biopsie était réalisée à la recherche d'un granulome épithélioïde et giganto-cellulaire pour confirmer cette hypothèse. Elle mettait en évidence une ulcération épithéliale recouverte d'un enduit fibrino-leucocytaire et un infiltrat lympho-plasmocytaire du chorion, et une coloration PAS négative (Fig.2). Il n'était pas retrouvé de granulome. L'application locale de propionate de clobétasol à 0,05 % 2 fois/j pendant une semaine, puis une injection sous lésionnelle de triamcinolone acétonide 40 mg restait sans effet sur les ulcérations et remettait en cause l'hypothèse diagnostic initiale. Un bilan biologique virologique et syphilitique était prescrit et retrouvait un TPHA, un VDRL et un VIH positifs. Une relecture des lames avec réalisation d'une immunohistochimie était réalisée et retrouvait un marquage de nombreux *Treponema Pallidum* (Fig.2). Le diagnostic de lésions buccales de syphilis primaire était posé. La contamination était probablement sexuelle car le patient reconnaissait des rapports à risque. Le patient était

pris en charge dans un service hospitalier d'immuno-hématologie clinique. Le bilan complémentaire retrouvait des leucocytes à 3440/mm³, des CD4 à 224/mm³ et une charge virale à 1986 copies/ml. Un traitement par une injection intramusculaire de benzathine pénicilline G (BPG) à 2,4 millions d'unités permettait la cicatrisation des lésions buccales. Une thérapie antivirale par Epivlera était débutée.

Discussion

L'hypothèse diagnostic, compte tenu de la MC, était des ulcérations buccales en rapport avec cette pathologie. La MC peut toucher le tube digestif dans son intégralité. La lésion histologique de la MC est un granulome épithélioïde et giganto-cellulaire sans nécrose caséuse, qui n'a pas été retrouvée dans notre biopsie. Sa présence étant inconstante au niveau des lésions buccales de MC [1], nous avons conduit un traitement symptomatologique des ulcérations en maintenant notre hypothèse diagnostic initiale. Le diagnostic de Syphilis a été posé suite à cet échec de traitement. La syphilis est une infection sexuellement transmissible (IST) liée au *Treponema Pallidum* [2,3]. L'incidence de la maladie avait fortement diminué suite à au développement du traitement par pénicilline [3]. La maladie est toutefois en recrudescence depuis une quinzaine d'années en France comme dans le reste du monde [3]. La transmission est principalement sexuelle, même si la transmission



Fig. 1. Ulcération de la face interne de la lèvre inférieure et de la région rétro-commissurale droite.
Fig. 1. Ulceration of the inner face of the lower lip and the back-right commissural region.

materno-fœtale ou par toxicomanie intra-veineuse est rapportée [4]. La population homosexuelle masculine semble particulièrement touchée [2,3,4] et l'association avec le VIH [2,3] est fréquente, comme le montre notre cas. La syphilis, après une période d'incubation de 10 à 90 jours [2], évolue en trois phases. La phase primaire correspond au chancre syphilitique, siégeant le plus souvent au point d'inoculation [2,3]. C'est une lésion de type érosion ou ulcération, généralement unique, indolore et associée à des adénopathies [2,3]. Elle n'est pas spécifique de la maladie tant sur le plan clinique que sur le plan histologique et le diagnostic est souvent compliqué. Dans notre cas, il existait deux ulcérations et aucune adénopathie n'était retrouvée. L'évolution peut être favorable spontanément sans traitement mais elle peut aussi évoluer vers les autres stades de la maladie [3] : syphilis secondaire, tertiaire ou latente. Dans notre cas, les lésions ont persisté trois mois et n'ont disparu qu'une fois le diagnostic posé et le traitement adapté. Concernant le diagnostic, le prélèvement pour examen direct à microscope à fond noir, utile au niveau cutané, n'est pas possible au niveau buccal du fait de la présence de tréponèmes commensaux [3,5]. L'histologie standard est peu spécifique [4,5]. L'immunohistochimie avec des anticorps anti-tréponèmes permet de mettre en évidence les spirochètes et d'établir ou de confirmer le diagnostic [4], mais elle n'est réalisée que sur demande du clinicien. La sérologie occupe donc une place centrale [2,4,5]. Il est recommandé d'associer un test tréponémique et un test non tréponémique [2,4,5], l'association de deux tests augmentant la sensibilité et la spécificité du diagnostic [5]. Le traitement de première intention de la syphilis reste la BPG [2]. Dans les formes non neurologiques, une dose unique de BPG à 2,4 millions d'unités doit être administrée par voie intra musculaire. En cas d'allergie ou de refus du traitement par voie parentérale, il est recommandé d'utiliser

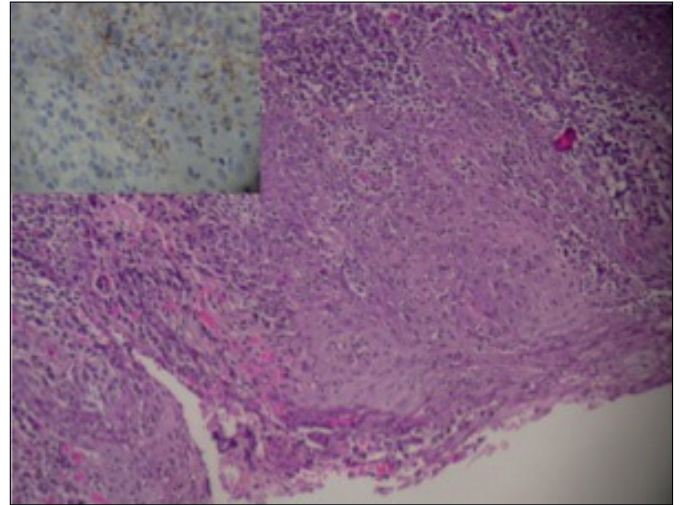


Fig. 2. Coupes histologiques de la lésion. Coloration HES×20 : ulcération épithéliale et infiltrat inflammatoire du chorion. Immunohistochimie × 400 : marquage par les anticorps antitreponèmes.
Fig. 2. Histological sections of the lesion. Coloration HES × 20: epithelial ulceration and inflammatory infiltrate of the connective tissue. Immunohistochemistry × 400: marking by anti-treponemal antibodies.

la doxycycline à la dose de 200 mg/j par voie orale pendant 14 jours ou l'azythromycine 2g en prise unique.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Sciubba JJ, Said-Al-Naief N. Orofacial granulomatosis: presentation, pathology and management of 13 cases. *J Oral Pathol Med.* 2003;32:576-85.
2. Janier M, Hegyi V, Dupin N, Unemo M, Tiplica GS, Potočnik M, et al. 2014 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28:1581-93.
3. Ficarra G, Carlos R. Syphilis: The Renaissance of an Old Disease with Oral Implications. *Head and Neck Pathol* 2009;3:195-206.
4. Siqueira CS, Saturno JL, de Sousa SCOM, da Silveira FRX. Diagnostic approaches in unsuspected oral lesions of syphilis. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2014;43:1436-40.
5. Farhi D, Dupin N. Diagnostic sérologique de la syphilis. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* 2008;135: 418-25.