

Objectifs du cours

Après avoir étudié ce cours ,vous devez être capables de :

- Retenir les éléments épidémiologiques de la syphilis et sa place parmi les IST
- Retenir les différents stades de la maladie
- Reconnaître la symptomatologie des différentes: de la méningoencéphalite , du tabès , de la paralysie d'Erb .
- Demander les examens paracliniques adaptés pour confirmer le diagnostic

LA NEURO-SYPHILIS

GENERALITES

La syphilis est une MST due à un germe appelé *Tréponema Palidum* appartenant aux Spirochètes . Elle est connue depuis l'antiquité et répandue dans tous les pays . L'introduction de la Pénicilline en 1948 a laissé espérer son éradication. Malheureusement après une phase de régression , elle connaît de nos jours une expansion surtout après l'avènement du SIDA.

C'est une maladie **sociale** liée à la pauvreté , à la libération des moeurs (utilisation des contraceptifs , précocité et multiplication des rapports sexuels , prostitution....).

Au Maroc , la maladie serait introduite lors de l'inquisition par les Juifs chassés d'Espagne.

Au moment du protectorat (1920) la syphilis sévissait à l'état endémique. Après 1948 , après l'introduction de la Pénicilline , une régression était constatée par les médecins français de l'époque.

A partir de 1960 on notait de nouveau une augmentation de la fréquence aux USA où l'incidence selon Hoschmond était de 12 / 100 000 hab. En France on notait 20 000 à 40 000 cas/an . La recrudescence actuelle fait intervenir plusieurs facteurs :

- La mauvaise utilisation des antibiotiques (doses et durée insuffisantes)
- La prostitution sous toutes ses formes.
- L'homosexualité
- La toxicomanie
- La facilité des moyens de communication (tourisme sexuel , émigration , hommes d'affaires) .
- La médiatisation et la banalisation de l'acte sexuel hors mariage.

LES DIFFERENTS STADES DE LA MALADIE

Selon la nouvelle classification , on distingue :

I - La syphilis récente : qui comprend :

1- L'accident primaire : c'est à dire le chancre syphilitique

2- La syphilis secondaire : elle survient 45 jours après l'incubation et comporte une atteinte cutanéomuqueuse sous forme de roséole ou de syphilides papulo-érosives. S'y associent des signes généraux : fièvre, méningite, hépatite, ostéite, iridocyclite.

3- La syphilis congénitale précoce , souvent mortelle.

II - La syphilis tardive :

- Congénitale tardive
- Acquise : Localisation cutanéomuqueuse , cardiovasculaire et neurologique.

LA NEUROSYPHILIS

Elle apparaît classiquement 5 à 15 ans après la phase primaire. En fait la réaction méningée est concomitante de la phase sépticémique qui caractérise la syphilis récente.

L'âge d'apparition : 4^{ème} ou 5^{ème} décennie, mais nous remarquons un rajeunissement de ce début. Elle touche plus que l'homme que la femme.

1- La méningite et la méningoencéphalite

Les lésions touchent les méninges seules ou diffusent au parenchyme cérébral. Le tableau clinique sera alors soit celui :

* d'une méningite de la convexité avec céphalées, asthénie, troubles du caractère et crises comitiales.

* La méningite de la base qui associe aux signes méningés une atteinte des nerfs crâniens en particulier les nerfs oculomoteurs et la VIII^{ème} associée souvent à une labyrinthite (surdité et vertiges).

On peut noter mais rarement une atteinte hypothalamique : avec diabète incipide, obésité, troubles du sommeil.

* La méningo-encéphalite appelée aussi "paralyse générale" (terme à abandonner). Elle se caractérise par une double symptomatologie neurologique et psychiatrique.

Le début se fait presque toujours par des troubles du comportement à type d'agitation, d'agressivité, de perturbation des conduites sociales, des troubles de la mémoire et de l'attention. Les idées délirantes typiquement mégalomaniaques ou dépressives sont caractéristiques mais inconstantes.

Les signes neurologiques :

La dysarthrie extrapyramidale est pratiquement **pathognomonique** : c'est une voix faible, tremblante avec des achoppements sur les syllabes. Elle est associée à un faciès amimique avec un tremblement labial. D'autres signes inconstants peuvent se voir : crises comitiales, hémiplégie, syndrome cérébelleux et anomalies pupillaires (signe d'Argyll Robertson).

A un stade avancé c'est le tableau d'une démence corticale associée à des signes neurologiques qui est réalisé. Ce tableau de démence avec signes neurologiques doit faire évoquer systématiquement le diagnostic de neurosyphilis avant tout autre diagnostic surtout si le sujet est jeune.

L'examen neuropsychologique est important à faire pour préciser et évaluer les fonctions supérieures (mémoire, praxies, gnosies).

* La méningovascularite :

C'est le tableau d'un AVC le plus souvent carotidien : Hémiplégie d'installation brutale associée à une méningite lymphocytaire. La positivité des réactions syphilitiques dans le LCR confirmera le diagnostic. Sur le plan anatomopathologique il s'agit d'une panartérite segmentaire prédominant sur les artères de moyen et de gros calibre. Les atteintes veineuses sont exceptionnelles.

2- La syphilis médullaire :

Elle peut réaliser trois formes cliniques :

a- La myélite aiguë transverse : elle est due à une atteinte artérielle réalisant une myélomalacie. Elle se manifeste par une paraplégie brutale avec incontinence sphinctérienne et anesthésie superficielle. La paraplégie est au début flasque puis elle évolue vers la spasticité.

b- La mélite d'Erb : Elle est due à une atteinte des cordons latéraux de la moelle. Elle se manifeste par une paraparésie progressive sans troubles sensitifs.

c- Le tabès : C'est un syndrome radiculo-cordonnaux postérieur qui se manifeste par : de gros troubles de la sensibilité profonde responsable d'une ataxie de la marche, une aréflexie ostéo-tendineuse et des douleurs cordonnaux fulgurantes. S'y associe parfois : des arthropathies nerveuses (gros déformations articulaires sans douleurs) , des crises viscérales et un signe d'Argyll Robertson . L'association d'une amaurose réalise le tableau de tabès amaurotique.

3- Les formes rares :

- La pseudo-SLA Syphilitique : signes d'atteinte de la corne antérieure mais asymétrique
- La striatite syphilitique : C'est le tableau d'un syndrome parkinsonien
- La cérébellite syphilitique
- La gomme cérébrale syphilitique : c'est un abcès cérébral froid révélé par des signes irritatifs (Hémiplégie, crises épileptiques , ...).Le diagnostic est fait par le scanner qui montre un processus expansif , la biopsie cérébrale et les sérologies spécifiques.

EXAMENS PARACLINIQUES

A-BIOLOGIE :

* Sérologie de la syphilis : doit être systématique dans le sang : VDRL , TPHA .

* LCR : étude cytochimique et électrophorèse ; sérologie : VDRL , TPHA, FTA

B-SCANNER

Il montre soit une hypodensité de topographie vasculaire en cas de vascularite , soit une atrophie cortico-sous corticale en cas de méningo-encéphalite. Dans ce cas cette atrophie prédomine sur les régions antérieures du cerveau et en particulier sur la région inter-hémisphérique antérieure. En cas de gomme on trouvera un processus occupant de l'espace.

L'IRM cérébrale n'est que rarement indiquée. L'IRM peut être utile en cas de myélopathie (myélite aiguë ou myélite d'Erb) afin d'éliminer une compression médullaire.

Des Radio simples sont indiquées en cas d'atteinte osseuse (arthropathie tabétiques).

TRAITEMENT ET EVOLUTION

La Pénicilline reste le meilleur antibiotique de la neurosyphilis. On utilise de très fortes doses : 10 Millions 2 fois par jours en perfusion de 4 heures pendant 10 jours . Ce traitement est à refaire tous les 3 mois jusqu'à totaliser 4 cures.

On peut y associer selon les cas : Les corticoïdes , les neuroléptiques , les antalgiques à action centrale , les anti-épileptiques.....

RESUME :

La Neurosyphilis est une maladie grave encore fréquente dans notre pays . Il faut y penser systématiquement devant toute atteinte neurologique qui ne fait pas sa preuve en particulier devant un tableau de méningoencéphalite subaigüe ou chronique , devant une démence du sujet jeune , devant une myélopathie aigüe ou subaigüe et devant un syndrome radiculocordonnal postérieur .

Dans ces cas penser à confirmer le diagnostic par une sérologie spécifique (TPHA et VDRL) .

Le traitement par la Pénicilline donne de très bons résultats .