

PERFORATION DU PALAIS MOU AU COURS DE LA SYPHILIS ENDEMIQUE (UN CAS).

Soft palate's perforation due to endemic syphilis, a case report.

Ille S^{1*}, Salissou L², Ibrahim G¹, Dan Sono AA¹, Ag Mohamed A³.

(1) Service ORL et chirurgie cervico faciale de l'hôpital national Niamey, Niger ; (2) Service de dermatologie vénérologie de l'hôpital national Niamey, Niger ; (3) Service ORL et chirurgie cervico faciale de l'hôpital Gabriel Touré, Bamako, Mali

(*) Auteur correspondant : Dr Ille Salha assistant Service ORL et chirurgie cervico faciale de l'hôpital national Niamey, Niger BP 238 ; tel +227 96097696 / 9182619 ; Email : ille_salha07@yahoo.fr

RESUME

Les auteurs rapportent un cas de perforation du palais mou au cours de la syphilis endémique. Le diagnostic de la syphilis endémique a été posé sur la base de l'absence de facteurs en faveur de la syphilis vénérienne, du résultat fortement positif du couplage VDRL/TPHA, des données de l'histologie des berges de la perforation et de la réponse satisfaisante avec la fermeture vélaire à 4 semaines de traitement par benzathine Benzyle Pénicilline. **Mots clé** : Syphilis endémique, Perforation du palais mou, TPHA VDRL, Benzathine benzyl penicilline.

SUMMARY :

Authors report a case of soft palate's perforation due to endemic syphilis. The diagnosis of endemic syphilis was based on the absence of factor in favor of venereal syphilis, highly positive torque VDRL / TPHA, histology of velar perforation's banks and the satisfactory response with the closure of the perforation velar after 4 weeks treatment with benzathin benzyl penicillin. **Key words** : Endemic syphilis, Perforation of the soft palate, TPHA, VDRL, Benzathine benzyl penicillin.

INTRODUCTION

La syphilis endémique est une des tréponématoses endémique non vénérienne avec le pian, et le pinta ou caraté [1,2]. Elle est due à *Treponema pallidum endemicum*. Le mode de contamination est inter humain, par contact direct ou indirect notamment à partir des lésions muqueuses ouvertes [3]. La résurgence de cette infection pourrait s'expliquer par l'arrêt de campagnes d'éradication de masse, l'absence de suivi de cas diagnostiqués, la dégradation des conditions sociales ou d'hygiène secondaire aux troubles économiques ou politiques [2, 4-6]. Dans la zone sahélienne les deux formes de syphilis existent. L'évolution longue entraîne des manifestations tardives le plus souvent de type viscéral [4]. *Treponema pallidum endemicum* est sensible aux bêta lactamines reste d'actualité. avons observé un cas de perforation du palais mou.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un homme de 36 ans monogame, nomade et sahélien, non fumeur. Il n'avait pas d'antécédents de fièvre nocturne, de transfusion, ou d'autres facteur en rapport avec les infections sexuellement transmissibles (IST). En janvier 2014, il a eu une sensation de plaie buccale douloureuse, qui devenait progressivement indolore, associée à de la fièvre inconstante. Il a eu un traitement médical de quelques jours à base d'amoxicilline, d'antalgique et de corticoïdes (dose non précisée) dans une case de santé et au près d'un tradipraticien. Les signes cliniques ont persisté

En juin 2014, il a été adressé à la consultation otorhinolaryngologique (ORL) de de l'Hôpital

National de Niamey pour une dysphagie haute, une voix nasonnée, et une issue d'aliment par le nez. A l'examen physique, le patient avait un bon état général et une acné du visage. L'oropharyngoscopie mettait en évidence une perforation vélaire d'un demi cm de diamètre, propre, régulière, indolore et ne saignant pas au contact (Fig 1). Le reste de l'examen clinique était normal.



Figure 1 : perforation vélaire à l'examen physique du patient, avec papules d'acné surtout à la joue droite

Le bilan paraclinique a montré : une numération formule sanguine normale, une CRP à 26 mg/L, une sérologie rétrovirale VIH 1 et 2 négative. L'IDR à la tuberculine était négative. Le TPHA (*Treponema pallidum hemagglutination assay*) et le VDRL (*Venereal disease research laboratory*) étaient positifs à trois croix chez le patient et négatifs chez la conjointe. Une biopsie des berges de la

perforation a été faite. L'examen anatomopathologique révélait : un infiltrat inflammatoire, sans signe de malignité. Une consultation vénéréologique (nom du médecin) a confirmé une perforation vélaire d'origine tréponémathèque non vénérienne. Ce patient a été traité par injection de 2,4 millions UI de benzathine benzyle pénicilline (nom commercial si besoin) en IM, une fois par semaine pendant 4 semaines, associée à un bain de bouche par l'hexétidine à 0,1 % pendant 10 jours. Un examen sérologique (TPHA, VDRL) a été fait tous les 3 mois pendant 1 an. L'évolution clinique Après 4 semaines de traitement la perforation du palais mou était fermée (Fig 2). En juin 2015, les sérologies (TPHA VDRL) étaient négatives. L'acné avait disparue.



Figure 2 : fermeture de la perforation vélaire après 4 semaines de traitement avec benzathine benzyle pénicilline, et disparition de l'acné

DISCUSSION

Il s'agissait d'un stade tertiaire de la syphilis, qui représente 10 % des syphilis non traitées quelque soit la tréponématose [7]. Le diagnostic différentiel se pose avec une perforation d'origine tuberculeuse ou. Les tests sérologiques sont utiles : *Treponema pallidum* n'est pas cultivable au laboratoire ; et il existe dans la syphilis de longues périodes asymptomatiques (syphilis latente) au cours desquelles seuls les tests sérologiques permettent de faire le diagnostic [8]. Le sérodiagnostic repose sur l'association d'un test tréponémique non spécifique (VDRL) et d'un test tréponémique spécifique (TPHA) [9]. La conjonction des tests sérologiques syphilitiques (VDRL et TPHA) est suffisante dans la plupart des cas pour affirmer ou infirmer le diagnostic d'une syphilis [9]. Chez notre patient, la positivité des tests sérologiques notamment le VDRL et le TPHA, associée à la bonne réponse sous traitement à la benzatyl benzyle pénicilline confirmaient le diagnostic de la syphilis.

En Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale, la zonalité bioclimatique, particulièrement nette,

conditionne aussi bien la diversité des milieux naturels et la densité des populations que la distribution géographique de nombreuses maladies endémiques. Les facteurs climatiques du Niger de type sahélien et l'aspect clinique de la lésion, en absence des données de la syphilis vénérienne étaient en faveur de la syphilis endémique et non du Pian ou du Pinta. La pratique systématique de la sérologie syphilitique serait un moyen précoce du diagnostic dont la prise en charge immédiate permettrait d'éviter la survenue de cette forme tertiaire.

Il ne faut pas ignorer les formes endémiques d'autant plus que ce cas a été décrit dans la zone sahélienne.

CONCLUSION

La syphilis maladie historique, est toujours d'actualité, surtout dans sa forme vénérienne. Ce cas nous interpelle à ne pas ignorer les formes endémiques d'autant plus que ce cas est décrit dans la zone sahélienne. La pratique systématique de la sérologie syphilitique serait un moyen diagnostique dont la prise en charge immédiate permettrait d'éviter la survenue de cette forme tertiaire.

REFERENCES

- 1) **Aubry P.** Les tréponématoses endémiques : pian, bejel. Médecine Tropicale ; actualités 2013 : 5p. Masson
http://medecinetropicale.free.fr/cours/treponematosse_endemique.pdf
- 2) **Clity E, Bastos dos Santos R.** Tréponématoses endémiques à Maputo, Mozambique. Bull Soc Pathol Exot 2007;100(2):107-8. OK
- 3) **Autier P, Delcambe JF, Sangaré D.** Etudes sérologiques et cliniques sur les tréponématoses endémiques en République du Mali. Ann Soc Belge Med Trop 1989 ; 69 :319-29.
- 4- **Julvez I, Michault A, Kerdelhue V.** Etude sérologique des tréponématoses non vénériennes chez l'enfant à Niamey, Niger. Med Trop 1998;58(1):38-40.
<http://www.poplaine.org/node/522798>
- 5) **OMS.** Réunion du groupe spécial intervenant pour l'éradication des maladies. REH 2013;85:75-78.
- 6) **Arslanagic N, Bokonjic M, Macanovic K.** Eradication of endemic syphilis in Bosnia. Genitourin Med 1989;65:4-7.
- 7) **Nicolas D, Elisabeth C.** Syphilis : nouveaux aspects épidémiologiques. Revue du Praticien 2004;54:371-375.
- 8) **Anne-Lise BG, Marc-Victor A.** Syphilis : les sérologies d'interprétations délicates. Revue du praticien 2004 ; 54 :387-391.
- 9) **Michel Janier.** Syphilis: aspects cliniques, diagnostics et thérapeutiques. La Revue du Praticien 2004;54:376-382.
- 10) **Picq JJ, Delmont J, Nosny Y.** Zones bioclimatiques tropicales et pathologie. Med Afre Noire 1992 ; 39(3) :157-161