

Deux pour un : les infections qui voyagent ensemble

Cécile Tremblay, MD, FRCPC



Le cas de Benjamin

Benjamin, âgé de 21 ans, se présente à l'urgence pour de la fièvre sévissant depuis quelques jours, une dysphagie et un rash maculopapulaire qui couvre la paume de sa main.

Au questionnaire, il n'a aucun antécédent médical, n'a pas voyagé récemment et ne s'est pas fait piquer ni par des tiques, ni par des moustiques. Il nie tout contact infectieux récent. À l'examen physique, on note un érythème pharyngé, des adénopathies cervicales, de multiples lésions maculopapulaires sur le tronc, les membres supérieurs, la paume des mains et sur les cuisses. Il a une température à 38,2 °C. Le reste de l'examen est sans particularité.

À quoi sont dus les symptômes de Benjamin?

En collaboration avec



Quel est le diagnostic différentiel?

La fièvre, la pharyngite et les adénopathies suggèrent un syndrome de type mononucléosique. On doit écarter la possibilité d'une pharyngite à streptocoque du groupe A, d'une mononucléose provoquée par le virus d'Epstein-Barr (ou moins fréquemment à cytomegalovirus [CMV]) et ne pas oublier la possibilité d'une infection aiguë au VIH. Plus particulièrement, une éruption cutanée s'étendant à la paume des mains chez un jeune homme sans antécédent médicaux doit soulever la possibilité d'une syphilis secondaire. Présentement, dans les grands centres urbains, on observe une recrudescence de syphilis, particulièrement chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et associée à l'infection VIH. Lorsqu'associée à l'infection VIH, le délai d'apparition de la deuxième phase de la syphilis peut être raccourci et est souvent la forme de la présentation de la syphilis.

Comment poursuivre l'investigation?

Au questionnaire plus approfondi, le patient rapporte une relation sexuelle non protégée avec un partenaire inconnu, il y a deux semaines. Le bilan inclura en plus d'une culture de gorge, une formule sanguine complète, un monostest, une sérologie VIH (qui est maintenant couplée à l'antigène P24, ce qui diminue la fenêtre de faux négatif avant la séroconversion), ainsi qu'un ELISA pour la détection de la syphilis. On recherchera également d'autres infections transmises sexuellement, comme la gonorrhée et la chlamydia.



Dre Tremblay est microbiologiste/infectiologue au CHUM et directrice agrégée au Département de microbiologie et

immunologie de l'Université de Montréal.

Retour sur le cas de Benjamin

Le bilan a confirmé que Benjamin était en primo-infection à VIH et était positif pour la syphilis.

Le traitement avec la pénicilline benzathine a été institué rapidement. Le médecin traitant, après avoir offert support, conseils et empathie, a proposé à Benjamin de participer à l'étude de primo-infection VIH au Québec afin de faire avancer les connaissances et, éventuellement, améliorer les stratégies thérapeutiques pour le VIH/SIDA. Celui-ci a accepté et avec l'aide de l'équipe multidisciplinaire, il apprend à vivre avec cette infection.

Présentement, dans les grands centres urbains, on observe une recrudescence de syphilis, particulièrement chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), et associée à l'infection VIH.

Quel doit être le plan d'intervention?

- 1. Le counselling :** il est important de conseiller le patient sur les diagnostics différentiels qui sont considérés et de discuter des avancées concernant la prise en charge de l'infection à VIH dans l'éventualité où le test serait confirmé positif. La mise en confiance sera essentielle pour assurer le suivi et la prise en charge à long terme du patient. Il pourra être éventuellement dirigé vers un spécialiste du VIH. On doit aussi le conseiller sur le risque potentiel de transmission de la syphilis et du VIH et sur les pratiques sexuelles sécuritaires.
- 2. Le traitement de la syphilis :** il consiste en une injection de pénicilline benzathine 2,4 millions d'unités IM. Dans le cas de la co-infection avec le VIH, il faut évaluer la possibilité d'atteinte neurologique (symptomatologie, examen physique) et également le titre du test non tréponémique. Cela déterminera la nécessité de faire une ponction lombaire pour mesurer le VDRL sur le LCR. Dans le cas de neurosyphilis, le traitement consiste en l'utilisation de pénicilline G I.V. pendant 14 jours. Les sujets co-infectés avec le VIH sont plus susceptibles de présenter une réaction de Jarisch-Herxheimer après le traitement avec la pénicilline.
- 3. L'intervention préventive auprès des partenaires :** la syphilis est une maladie à déclaration et à traitement obligatoire. Les partenaires qui ont eu un contact jusqu'à six mois avant le début des symptômes doivent être avertis. On essaiera d'obtenir la collaboration du patient pour contacter les partenaires. Le représentant régional de la santé publique devra être avisé et participera à l'intervention auprès des partenaires.
- 4. Le suivi :** chez les sujets co-infectés avec le VIH, un suivi doit être fait à 1, 3, 6, 12 et 24 mois pour documenter une baisse du titre du test non tréponémique. Le titre doit descendre de plus de deux dilutions (le titre diminue de quatre fois, par exemple de 1:32 à 1:8) à six mois, sinon cela représente un échec au traitement et celui-ci devra être repris.

Le plus tôt est le mieux

La transmission du VIH se fait principalement durant la période de primo-infection alors que l'individu n'est pas au courant de son statut de séropositivité. La connaissance du statut permet de procéder à une consultation plus efficace sur les risques de transmission. Avec l'accès et l'efficacité des thérapies antirétrovirales, un dépistage précoce est important pour offrir aux sujets infectés les meilleures options thérapeutiques possibles. Un haut taux de suspicion est donc essentiel pour dépister les infections primaires au VIH ainsi que les autres infections transmissibles sexuellement (ITS) qui peuvent l'accompagner. 