

Letter to the editors



Méningovascularite syphilitique

Hassan Baallal, Hatim Belfquih, Ali Akhaddar

Corresponding author: Hassan Baallal, Department de Neurochirurgie, Hôpital Militaire Avicenne, Université Kaddi Ayyad, Marrakech, Maroc. baallalnch@gmail.com

Received: 16 Apr 2020 - **Accepted:** 27 Jun 2020 - **Published:** 10 Sep 2020

Keywords: Neurosyphilis, cérébral, ischémique

Copyright: Hassan Baallal et al. PAMJ Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Hassan Baallal et al. Méningovascularite syphilitique. PAMJ Clinical Medicine. 2020;4(15). 10.11604/pamj-cm.2020.4.15.22885

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com//content/article/4/15/full>

Méningovascularite syphilitique

Syphilitic meningovascularitis

Hassan Baallal^{1,&}, Hatim Belfquih¹, Ali Akhaddar¹

¹Department de Neurochirurgie, Hôpital Militaire Avicenne, Université Kaddi Ayyad, Marrakech, Maroc

&Auteur correspondant

Hassan Baallal, Department de Neurochirurgie, Hôpital Militaire Avicenne, Université Kaddi Ayyad, Marrakech, Maroc

Aux éditeurs du Pan African Medical Journal

La neurosyphilis est devenue rare grâce au dépistage et au traitement dans sa phase initiale [1]; dont les manifestations clinique sont polymorphes. Les modes de révélation s'écartent de plus en plus des schémas classiques connus, avec une prédominance des formes méningées et méningovasculaires sur les formes parenchymateuses tardives. Cependant, en raison de la recrudescence de la syphilis [1], il est indispensable d'évoquer la neurosyphilis devant un tableau d'accident vasculaire cérébral ischémique (AVCI) chez des sujets jeunes en rapport avec une méningovascularite syphilitique, comme nous le confirme l'observation suivante. Un homme, âgé

de 42 ans, célibataire, droitier sans antécédents pathologique notable, fut hospitalisé le 29 décembre 2002 pour une impotence fonctionnelle de l'hémicorps gauche d'installation brutale quinze jours auparavant, sans fièvre ni crise épileptique. Dans un contexte de conservation de l'état général à l'admission, le patient était conscient, bien orienté, apyrétique, normotendu et présentait une hémiparésie gauche avec participation faciale. Le reste de l'examen somatique, notamment cardiovasculaire, était sans anomalie.

La tomodensitométrie cérébrale montrait une lésion temporale sylvienne droite d'où un complément d'IRM cérébrale montrant une lésion temporale droite en hypo signal T1 et en hyper signal T2 flair ne prenant pas le gadolinium (Figure 1). Le bilan cardiovasculaire (ECG, échocardiographie transthoracique et écho-Doppler des vaisseaux du cou) était normal. La VS était de 35mm à la première heure et la numération formule sanguine et l'ionogramme sanguin étaient normaux. Les sérologies syphilitiques étaient positives dans le sang (VDRL + 1/12, TPHA + 1/4980). L'étude du LCR montra une méningite lymphocytaire (80 lymphocytes par millimètres cube, albuminorachie à 0,52 g/l) avec des sérologies syphilitiques positives (VDRL + 1/6, TPHA + 1/880). Les sérologies VIH-1 et VIH-2 étaient négatives dans le sang. Le patient fut traité par anticoagulant associé à une cure de pénicilline G à forte dose. L'évolution fut marquée par une amélioration du déficit moteur et de l'aphasie. La neurosyphilis est l'invasion du système nerveux central par *Tréponèma pallidum*, retrouvée dans 25 à 60 % des cas de syphilis, pouvant apparaître au cours des phases primaires ou secondaires (neurosyphilis précoce) ou bien tertiaires (neurosyphilis tardive) [2].

Parmi les formes précoces, on distingue classiquement deux entités cliniques ; la forme asymptomatique et la forme symptomatique; concernant la forme asymptomatique est la plus fréquemment rencontrée (95 % des cas) est, définie par des anomalies isolées du liquide céphalorachidien (LCR). La forme symptomatique,

beaucoup plus rare (5 % des cas), associée aux anomalies du LCR des tableaux de méningites aiguës et chroniques, d'atteintes des nerfs crâniens ou d'atteintes vasculaires cérébrales [3,4]. Au Maroc, l'incidence de la neurosyphilis est encore élevée. Parmi les présentations cliniques, la méningo-encéphalite chronique vient au premier plan, suivie par la méningovascularite, le tabes et l'atrophie optique [5]. La recherche de syphilis dans le LCS a varié au fil des années et les recommandations du centre national de référence sont aujourd'hui claires et préconisent la réalisation d'une ponction lombaire avec un dosage du VDRL en cas de suspicion d'atteinte du système nerveux central [6]. Sur le plan neuropathologique, on distingue deux types d'atteinte artérielle au cours de la neurosyphilis: l'endartérite et la panartérite. La panartérite segmentaire est considérée comme la lésion anatomique majeure de la syphilis cérébrale tardive décrite par Heubner et est responsable de déficit moteur controlatéral l'hémiplégie syphilitique. Il s'agit d'une artérite segmentaire, non obligatoirement oblitérante, intéressant les artères intracérébrales à proximité du polygone de Willis.

Sur le plan clinique et comme ce fut le cas chez notre patient, le tableau est celui d'un accident vasculaire cérébral ischémique aspécifique. Toutefois, certains prodromes peuvent précéder de plusieurs jours l'infarctus cérébral. Il peut s'agir de trouble du comportement syndrome d'hypertension intracrânienne réalisant un tableau de méningo-encéphalite subaiguë donnant une connotation particulière à l'accident vasculaire cérébral ischémique ; tous les territoires vasculaires peuvent être intéressés. Les aspects radiologiques de la neurosyphilis ont été rarement rapportés avant l'utilisation de l'IRM en dehors de l'atrophie cortico-sous-corticale au scanner X. Ils ne sont pas spécifiques, même si la plupart des auteurs rapportent la présence d'hyper-signaux T2 temporaux comme dans notre cas, d'atrophies corticales ou sous-corticales des lobes frontaux temporaux et pariétaux ainsi qu'une dilatation quadrivertriculaire. Plusieurs auteurs notent la régression des lésions à l'IRM en cas d'amélioration

des symptômes [7]. La ponction lombaire est habituellement d'une aide précieuse pour le diagnostic de la neurosyphilis. Elle montre une méningite lymphocytaire, avec hyperprotéinorachie, comme ce fut le cas chez notre patient, le diagnostic repose sur la positivité des sérologies syphilitiques [8,9]. Sur le plan thérapeutique, tous les auteurs s'accordent sur l'efficacité de la pénicilline G à forte dose. Toutefois, des désaccords persistent concernant les modalités thérapeutiques, à savoir la posologie, la durée du traitement et le nombre de cures.

Conclusion

La neurosyphilis doit être évoquée au moindre doute, et recherchée par sérologie sanguine, devant toute méningite aseptique de l'adulte. Ce cas clinique rappelle l'intérêt de la sérologie syphilitique dans le bilan étiologique d'un accident vasculaire cérébral ischémique chez le sujet jeune, a fortiori lorsqu'il existe des arguments en faveur du caractère secondaire de cette atteinte.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figure

Figure 1: IRM cérébrale montrant une lésion temporale droite en hypo signal T1 et en hyper signal T2 flair ne prenant pas le gadolinium

Références

1. Lavigne JP, Rouanet I, Gleize E, Mauboussin JM, Michaux-Charachon S, Labauge P *et al.* Recrudescence de la syphilis: a propos d'une étude prospective au CHU de Nîmes. *Rev Med Interne.* 2004;25(10): 715-9. [Google Scholar](#)
2. Scheck D, Hook E. Neurosyphilis. *Infect Dis Clin North Am.* 1994 Dec;8(4): 769-95. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
3. Golden M, Marra C, Holmes K. Update on syphilis: resurgence of an old problem. *JAMA.* 2003 Sep 17;290(11): 1510-4. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
4. Tholance Y, Laroche S, Bertrand A, Caudie Cl. CSF: diagnosis of neurosyphilis in a patient hospitalized for an acute brain stroke. *Ann Biol Clin.* 2008;66(5): 561-5. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
5. Yahyaoui M, Serragui S, Regragui W, Errguig L, Mouti O, Benomar A *et al.* Aspects épidémiologiques et cliniques de la neurosyphilis au Maroc. *La revue de sante de la Mediterranee orientale.* 2005 May;11(3): 470-7. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
6. Syphilis CNR. CNR-Centre national de référence de la syphilis. CNR. 2016.
7. Brisset M, Chadenat ML, Cordoliani Y, Kamga-Tallom R, D'Anglejean J, Pico F. Aspects IRM de la neurosyphilis. *Rev Neurol.* 2011 Apr;167(4): 337-42. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
8. Heinzlef O, Rouillet E. Myélopathies aiguës. *EMC-Neurologie.* 2005;2(4): 526-43. [Google Scholar](#)
9. Anier M, Pertuiset BF, Poisson M, Bleibel JM. Early manifestations of neuromeningeal syphilis; Review of the literature of 3 severe forms. *Ann Dermatol Venereol.* 1985;112(2): 133-40. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

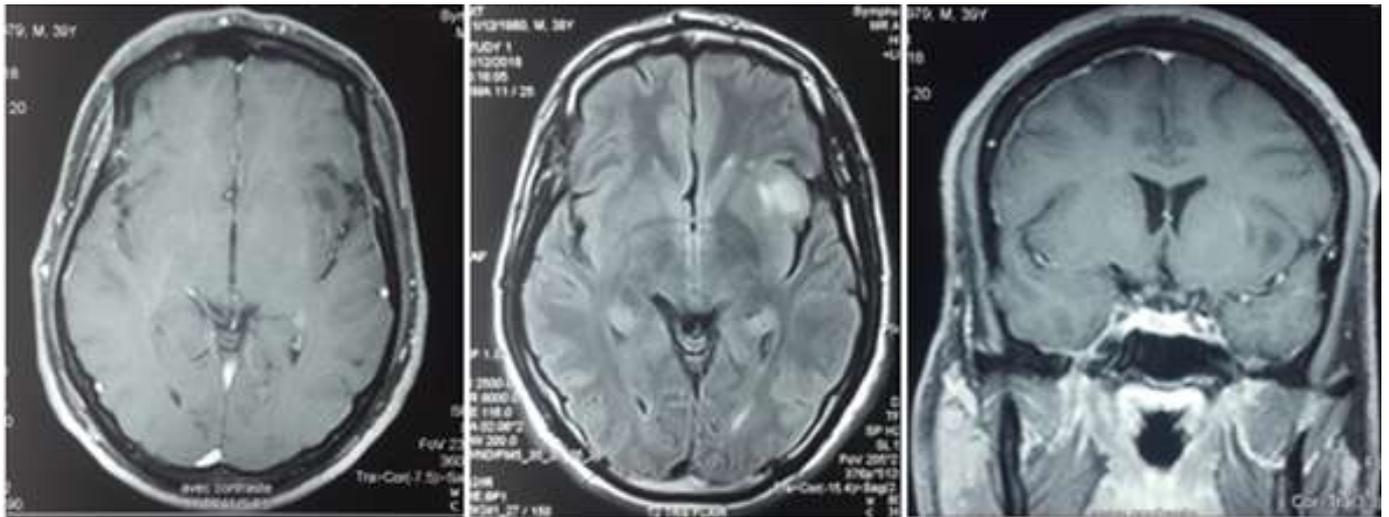


Figure 1: IRM cérébrale montrant une lésion temporelle droite en hypo signal T1 et en hyper signal T2 flair ne prenant pas le gadolinium