

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

[Année de soutenance : 2023]

N° :

THESE POUR LE

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 29 JUIN 2023

Par Claire SAMYN

Née le 03 JANVIER 1999 à Roubaix – France

LES MANIFESTATIONS GÉNÉRALES ET OROFACIALES DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur T. COLARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur L. NAWROCKI

Madame le Docteur C. CATTEAU

Monsieur le Docteur T. QUENNESSON

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

[Année de soutenance : 2023]

N° :

THESE POUR LE

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 29 JUIN 2023

Par Claire SAMYN

Née le 03 JANVIER 1999 à Roubaix – France

LES MANIFESTATIONS GÉNÉRALES ET OROFACIALES DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur T. COLARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur L. NAWROCKI

Madame le Docteur C. CATTEAU

Monsieur le Docteur T. QUENNESSON

Président de l'Université	:	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université	:	M-D. SAVINA
Doyen UFR3S	:	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S	:	G. PIERSON
Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S	:	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services	:	M. DROPSIT
Responsable de la Scolarité	:	G. DUPONT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTÉ

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

K. AGOSSA	Parodontologie
P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
C. DELFOSSE	Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S Responsable du Département d' Orthopédie Dento-Faciale
E. DEVEAUX	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

T. BECAVIN	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
A. BLAIZOT	Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Responsable du Département de Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale.
X. COUDEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Section Réhabilitation Orale

Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur au Muséum National d'Histoire Naturelle en Anthropologie Biologique

Chargé de mission Recherche

C'est un honneur pour moi que vous présidiez ce jury de thèse, je vous en suis très reconnaissante.

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement ainsi que pour votre disponibilité.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de ma plus grande estime et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Chirurgie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille

Maîtrise en Biologie Humaine

Certificat d'Etudes Supérieures d'Odontologie Chirurgicale

Chef du Service d'Odontologie du CHU de LILLE

Coordonnateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Chirurgie Orale (Odontologie)

Responsable du Département de Chirurgie Orale

Je vous suis très reconnaissante de m'avoir fait l'honneur de siéger dans ce jury de thèse.

Je vous remercie pour votre gentillesse ainsi que pour votre implication dans l'ensemble de notre parcours clinique au centre Abel Caumartin.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de toute ma considération et de mon profond respect.

Madame le Docteur Céline CATTEAU,

Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université d'Auvergne

Master II Recherche « Santé et Populations » - Spécialité Évaluation en Santé &

Recherche Clinique - Université Claude Bernard (Lyon I)

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales (Lille2)

Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les soins dentaires (Clermont-Ferrand)

Formation certifiante « Concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient » (CERFEP Lille)

1 ère Assesseur « faculté d'Odontologie » - UFR3S Lille

Responsable du Département Prévention et Épidémiologie, Économie de la Santé et Odontologie Légale

Tous mes remerciements pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre aide, votre bienveillance, votre présence à mes côtés lors de la rédaction de ce travail.

Merci pour la qualité des enseignements dispensés et des conseils délivrés tout au long de notre parcours universitaire et clinique. Nos échanges ont toujours été très enrichissants, sachez que je m'en souviendrai dans mon exercice futur.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Thomas QUENNESSON

Chef de Clinique des Universités – Assistant Hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master 1 Biologie Santé – Parcours « Approche méthodologique en recherche clinique et épidémiologique »

Vous me faites l'honneur et le plaisir de siéger dans le jury de cette thèse et je vous en remercie.

Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité. Votre pédagogie et vos enseignements ont été plus qu'enrichissants cette année.

Soyez assuré de toute ma considération et de toute ma gratitude à votre égard.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	12
INTRODUCTION.....	13
1. La syphilis congénitale.....	14
1.1. Epidémiologie de la syphilis congénitale.....	14
1.2. Mode de transmission.....	18
1.2.1. Transmission in-utero.....	18
1.2.2. Transmission péri-natale.....	18
1.2.3. Risque de transmission.....	19
1.3. Diagnostic de la Syphilis congénitale.....	20
1.3.1. Signes échographiques évocateurs de la syphilis congénitale.....	20
1.3.2. Démarche diagnostique chez le nouveau-né.....	21
1.3.2.1. Signes cliniques à la naissance évocateurs de syphilis congénitale.....	21
1.3.2.2. Diagnostic bactériologique.....	21
1.3.3. Degré de certitude du diagnostic.....	23
1.4. Démarche préventive.....	26
1.5. Traitement chez l'enfant.....	27
2. Manifestations de la syphilis congénitale chez l'enfant.....	28
2.1. Manifestations générales.....	28
2.1.1. Syphilis congénitale précoce.....	28
2.1.2. Syphilis congénitale tardive.....	30
2.1.2.1. La triade de Hutchinson.....	30
2.1.2.2. Autres manifestations.....	30
2.2. Manifestations orofaciales.....	31
2.2.1. Manifestations faciales.....	31
2.2.2. Manifestations orales.....	32
2.2.2.1. Manifestations cutanéomuqueuses.....	32
2.2.2.2. Manifestations au niveau du palais.....	33
2.2.2.3. Manifestations dentaires.....	34
2.2.2.3.1. Atteinte incisive.....	35
2.2.2.3.2. Atteinte molaire.....	37
2.2.2.3.3. Atteinte canine.....	39
3. Rôle du chirurgien-dentiste.....	40
3.1. Prise en charge préventive de la syphilis congénitale.....	40
3.1.1. Lésions orales de la syphilis primaire.....	41
3.1.2. Lésions orales de la syphilis secondaire.....	42
3.1.3. Lésions orales de la syphilis tertiaire.....	43
3.2. Dépistage de la syphilis congénitale.....	44
3.3. Prise en charge thérapeutique de la syphilis congénitale.....	46
3.3.1. Réhabilitation esthétique et fonctionnelle.....	46
3.3.2. Gestion du risque carieux.....	47
4. Conclusion.....	49
5. Bibliographie.....	50
6. Table des illustrations.....	55

Introduction

La syphilis est une infection sexuellement transmissible (IST) dont l'agent pathogène est la bactérie *Treponema Pallidum*. Il s'agit d'une bactérie spirochète Gram négatif à réservoir exclusivement humain.

Elle se transmet majoritairement par voie sexuelle lors de rapports non protégés avec une personne infectée ou de la mère à l'enfant au cours de la grossesse. Plus rarement, elle peut se transmettre par contact avec du sang infecté lors du partage de matériel d'injection de drogues chez les toxicomanes. Elle se développe cliniquement en plusieurs stades symptomatiques séparés par des phases de latence. Le traitement de la syphilis repose sur une antibiothérapie à base de pénicilline (1–3).

L'incidence mondiale de la syphilis a drastiquement diminué suite à la découverte de la pénicilline. Cependant, depuis les années 2000, une recrudescence des cas de syphilis est observée. D'après les estimations faites par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le nombre de nouveaux cas de syphilis dans le monde parmi les hommes et les femmes, âgés de 15 à 49 ans, s'élevait à 6,3 millions en 2016 et à 7,1 millions en 2020. En 2020, le nombre de cas prévalents de syphilis était estimé à 22,3 millions, soit une prévalence de 0,6% (4–6).

En France, la syphilis n'est plus une maladie à déclaration obligatoire depuis 2000 ; le suivi épidémiologique de cette maladie est donc plus compliqué. Selon Santé Publique France, le nombre de cas de syphilis diagnostiqué dans les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) était d'environ 3300 en 2021 (7).

Selon le réseau sentinelle en 2021, 39 cas de syphilis avaient été recensés en France ; l'incidence annuelle des cas de syphilis vus en consultation de médecine générale en métropole a été estimée à 9 291 cas soit un taux d'incidence de 0,1 cas pour 1000 habitants (7).

La syphilis congénitale est la transmission de la syphilis de la mère à l'enfant au cours de la grossesse. Elle engendre de graves séquelles pour le nouveau-né qui en est atteint, et notamment des manifestations orofaciales.

En 2007, l'OMS s'était fixé l'objectif d'éradiquer la syphilis congénitale d'ici 2015. Bien que cette infection se soit raréfiée ces dernières années, de nouveaux cas sont observés dans plusieurs régions du monde. Par exemple, les Etats-Unis ont enregistré auprès des Centers for Disease Control (CDC) une augmentation des cas de syphilis congénitale de 154% en 2018 par rapport à 2014 (8). La syphilis congénitale constitue donc toujours un problème de santé publique majeur.

La finalité de ce travail est de documenter le rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge préventive et thérapeutique de la syphilis congénitale.

Dans un premier temps un rappel sur la syphilis congénitale est fait, ensuite les manifestations générales et orofaciales de la syphilis congénitale sont énoncées. Pour finir, le rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge de la syphilis congénitale est présenté.

1. La syphilis congénitale

1.1. Epidémiologie de la syphilis congénitale

Selon les estimations faites par l’OMS, pour l’année 2016, la prévalence mondiale de la syphilis maternelle était de 0,69%, soit 998 000 femmes enceintes porteuses d’une syphilis active. Le nombre estimé de cas de syphilis congénitale s’élevait à 661 000, et le nombre de cas de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes à 473. La majorité des cas (61%) concernait l’Afrique (région OMS), les chiffres les plus bas sont observés en Europe (région OMS) et avoisinent le seuil d’éradication (≤ 50 cas pour 100 000 naissances vivantes) (Figure 1) (9).

La syphilis est la deuxième cause de mortinatalité dans le monde et un important facteur de morbidité et de mortalité infantile. Selon l’OMS, en 2010 la syphilis congénitale causait encore 650 000 morts péri-natales contre 300 000 morts pour le VIH et il y avait plus d’enfants nés avec une syphilis congénitale que d’enfants nés avec une infection au VIH. En 2016, la syphilis congénitale aurait causé 204 000 décès. Parmi les cas de syphilis congénitale mondiaux rencontrés : 50% d’entre eux conduiraient à une fausse couche ou un décès périnatal, 25% à une naissance prématurée et 25% à une syphilis congénitale patente (9-11).

Pour les enfants nés vivants avec la syphilis et présentant des symptômes d’infection néonatale, le décès survient dans 20% des cas et représente 1,3% des décès d’enfants de moins de 5 ans (10,12).

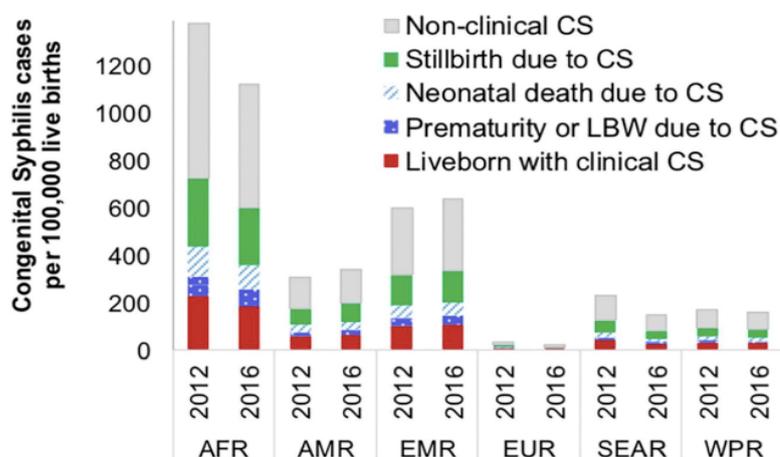


Figure 1 : Répartition des cas de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes par type, région OMS et année civile. AFR = Région OMS de l’Afrique, AMR = Région OMS des Amériques, EMR = Région OMS de la Méditerranée orientale, EUR = Région européenne de l’OMS, SEAR = Région OMS de l’Asie du Sud-Est, WPR = Région OMS du Pacifique occidental. Non-clinical CS = Syphilis congénitale asymptomatique, Stillbirth due to CS = mortinaissance causée par la syphilis congénitale. Neonatal death due to CS = décès néonatal causé par la syphilis congénitale, Prematurity or LBW due to CS = prématurité ou faible poids à la naissance causé par la syphilis congénitale, Liveborn with clinical CS = nouveau-né vivant avec signes cliniques de syphilis congénitale (9).

En Europe, selon les données de l'European Center for Disease prevention and Control (ECDC), une hausse du nombre de cas de syphilis congénitale est observée depuis 2017 (Figure 2) (13).



Figure 2 : Nombre de cas confirmés de syphilis congénitale par an dans les pays d'Europe pour la période 2010-2019 (14).

En 2019, 72 cas de syphilis congénitale ont été signalés dans 13 pays de l'Union européenne, dont 2 cas en France (Tableau 1) (14). Depuis 2010, c'est la première fois qu'une hausse du nombre de cas de syphilis congénitale est observée deux années consécutives, témoignant de la recrudescence des cas de syphilis congénitale en Europe.

Tableau 1 : Distribution des cas confirmés de syphilis congénitale et taux d'incidence pour 100 000 naissances vivantes par pays et par année, UE/EEE, 2015-2019 (14).

Country	2015		2016		2017		2018		2019	
	Number	Rate	Number	Rate	Number	Rate	Number	Rate	Number	Rate
Austria	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Belgium	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Bulgaria	10	15.2	13	20.0	14	21.9	25	40.2	37	60.1
Croatia	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Cyprus	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Czechia	4	3.6	1	0.9	1	0.9	0	0.0	3	2.7
Denmark	0	0.0	1	1.6	0	0.0	0	0.0	1	1.6
Estonia	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Finland	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
France	2	-	2	-	7	-	5	-	2	-
Germany	3	0.4	2	0.3	3	0.4	3	0.4	3	0.4
Greece	2	2.2	.	.	.	.	.	.	.	.
Hungary	0	0.0	2	2.1	3	3.2	5	5.3	3	3.2
Iceland	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ireland	0	0.0	0	0.0	1	1.6	0	0.0	1	1.7
Italy	5	1.0	.	.	.	.	7	1.6	4	1.0
Latvia	0	0.0	0	0.0	1	4.8	0	0.0	0	0.0
Liechtenstein	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Lithuania	3	9.5	0	0.0	1	3.5	0	0.0	0	0.0
Luxembourg	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Malta	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Netherlands	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Norway	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Poland	4	1.1	6	1.6	1	0.2	2	0.5	3	0.8
Portugal	5	5.8	2	2.3	4	4.6	4	4.6	12	13.9
Romania	5	2.5	4	1.9	6	2.8	4	2.0	0	0.0
Slovakia	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	3.5	1	1.8
Slovenia	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Spain	1	0.2	4	1.0	2	0.5	5	1.3	1	0.3
Sweden	0	0.0	2	1.7	0	0.0	2	1.7	1	0.9
United Kingdom	1	0.1	5	0.6	3	0.4	2	0.3	0	0.0
EU-EEA	45	1.1	44	1.2	47	1.2	66	1.6	72	1.9

En France, le suivi épidémiologique de la syphilis et de la syphilis congénitale repose sur un ensemble de dispositifs recensant les cas d'infections sexuellement transmissibles (IST). L'enquête LaboIST (Figure 3) (7) est une enquête réalisée de manière régulière afin d'estimer le nombre total de diagnostics de plusieurs IST et repose sur :

- les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ;
- le réseau RésIST qui est constitué d'un réseau de cliniciens volontaires ;
- les données du Système national des données de santé (SNDS) qui regroupe les données de remboursement des soins de l'Assurance maladie permettant la surveillance de l'activité de dépistage ;
- le réseau sentinelle qui est un réseau de recherche et de veille en soin de premier recours.

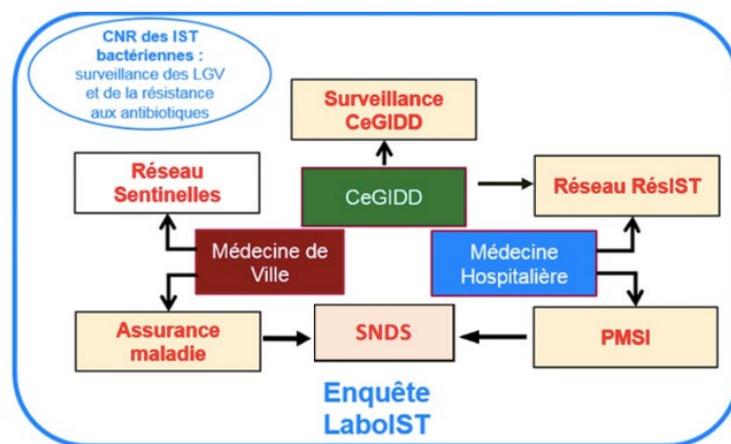


Figure 3 : Dispositif de recensement des cas d'IST en France (7)

En France, la syphilis congénitale se fait de plus en plus rare. Pour la période 2015 à 2019, 18 cas de syphilis congénitale sont néanmoins rapportés par l'ECDC (Tableau 1) (14).

En 2019, Santé publique France indiquait que des cas de syphilis congénitale étaient encore observés chez les femmes hétérosexuelles en âge de procréer, notamment dans la population migrante et précaire n'ayant pas accès aux soins conventionnels, ainsi qu'en Outre-mer (15,16). Pour la période de 2012 à 2018, 25 cas de syphilis congénitale (24 confirmés et 1 probable) ont été notifiés à Santé publique France et/ou par le Centre national de référence (CNR) des IST bactériennes (soit entre 1 et 7 cas par an) (16).

En Outre-mer, plusieurs travaux de thèse de médecine témoignent de la présence actuelle de la syphilis congénitale (17,18,19). À titre d'exemple, une étude rétrospective conduite au CHU Félix Guyon, Saint-Denis de la Réunion, entre 2008 et 2014 avait permis d'identifier 38 grossesses à risque et 33 cas de syphilis congénitale (19).

1.2. Mode de transmission

La transmission de la syphilis de la mère à l'enfant peut survenir *in-utero* ou en période périnatale.

1.2.1. Transmission in-utero

La transmission de la syphilis de la mère à l'enfant survient majoritairement *in-utero*. Il est aujourd'hui admis que le passage transplacentaire de la bactérie *Treponema Pallidum* peut avoir lieu dès 9 à 10 semaines de gestation (1,20).

1.2.2. Transmission péri-natale

La transmission de la syphilis de la mère à l'enfant peut également avoir lieu au cours de l'accouchement : on parle de transmission péri-natale. Cette dernière reste très exceptionnelle par rapport à la transmission *in-utero*. Dans ce cas, la transmission est la conséquence d'un contact direct entre le nouveau-né et des lésions syphilitiques génitales maternelles (20).

1.2.3. Risque de transmission

Le risque de transmission de la syphilis de la mère à l'enfant est fonction du stade de la syphilis maternelle. La figure 4 synthétise le schéma d'évolution d'une syphilis non traitée ainsi que les principales manifestations cliniques.

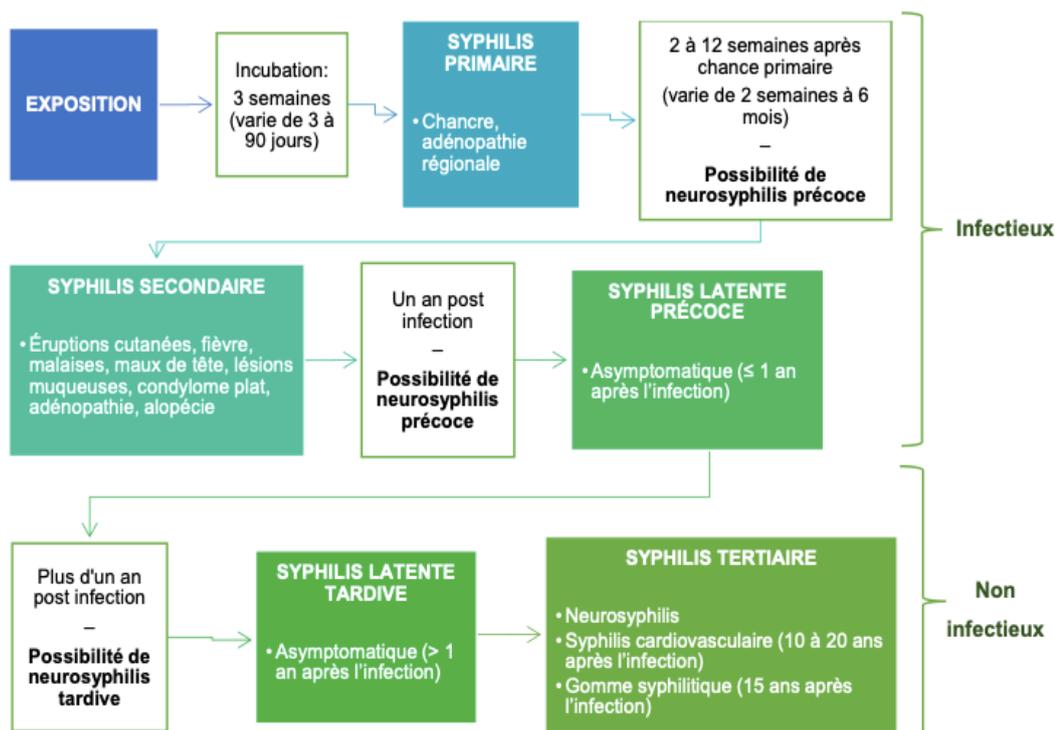


Figure 4 : Schéma récapitulatif des différents stades de la syphilis¹

Le risque le plus élevé de transmission de la mère à l'enfant est observé dans les cas d'infection récente (syphilis primaire, syphilis secondaire, syphilis latente précoce). Il est de 70 à 100 % dans les stades primaire et secondaire et de 40 % au cours de la phase latente précoce. Dans les cas d'infection plus ancienne (syphilis latente tardive), le risque chute à 8 % (10).

¹ Schéma provenant du site de l'agence de la santé publique du Canada : <https://www.canada.ca/fr/services/sante/publications/maladies-et-affections/syphilis-rapport-epidemiologiques.html>

1.3. Diagnostic de la syphilis congénitale

La recherche d'une syphilis congénitale chez le nouveau-né n'est réalisée que si les tests sérologiques réalisés chez la mère au cours de la grossesse sont positifs pour la syphilis.

Le diagnostic de syphilis congénitale ne pourra être clairement établi qu'à la naissance du nouveau-né.

1.3.1. Signes échographiques évocateurs de la syphilis congénitale

Les échographies prénatales permettent d'évoquer une contamination du fœtus mais ne constituent pas un moyen diagnostique de la syphilis congénitale. En effet, l'échographie ne permet pas de détecter certains signes comme les lésions cutanées. De plus, malgré des échographies prénatales normales, certains nouveaux-nés présentent une syphilis congénitale.

Néanmoins, certains signes échographiques sont hautement prédictifs de syphilis congénitale, bien que non spécifiques :

- mort foetale *in-utero*
- retard de croissance intra-utérin
- stries osseuses
- anasarque foeto-placentaire ²
- placentomégalie
- hydramnios ³
- ascite ⁴
- hépato-splénomégalie
- hyperéchogénicité intestinale
- anémie foetale suggérée par une vitesse systolique maximale de l'artère cérébrale moyenne élevée
- hydrocéphalie
- calcification cérébrale (8,10,23).

² L'anasarque foeto-placentaire est une maladie foetale sévère, généralement définie par une accumulation excessive de liquide amniotique dans le compartiment extra-vasculaire foetal et les cavités (www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=FR&Expert=1041#:~:text=L%27anasarque%20foeto%2Dplacentaire%20est,vasculaire%20foetal%20et%20les%20cavités.)

³ Un hydramnios correspond à un excès de liquide amniotique ; il est associé à des complications maternelles et fœtales (21).

⁴ L'ascite est définie comme une accumulation pathologique d'un liquide non sanglant dans la cavité abdominale (22).

1.3.2. Démarche diagnostique chez le nouveau-né

Le diagnostic de la syphilis congénitale à la naissance repose sur (1,8,24) :

- la recherche de signes cliniques évocateurs chez le nouveau-né,
- le diagnostic bactériologique,
- le traitement maternel reçu.

1.3.2.1. Signes cliniques à la naissance évocateurs de syphilis congénitale

Les signes cliniques de la syphilis congénitale observés chez le nouveau-né seront évoqués dans la partie 2.

1.3.2.2. Diagnostic bactériologique

Le diagnostic bactériologique repose à la fois sur des tests directs et indirects.

Les tests directs de la syphilis congénitale reposent sur l'identification de *Treponema Pallidum* par des tests microbiologiques à partir de prélèvements des sites infectés chez l'individu. Cependant, la plupart des établissements de santé n'ont pas la capacité d'effectuer une détection directe. De plus, si le patient est asymptomatique ou ne présente aucune lésion, ces tests ne sont pas réalisables, faute de prélèvements (24).

Parmi les tests diagnostiques directs, on note :

- la microscopie à fond noir,
- le test d'anticorps fluorescent,
- la réaction en chaîne par polymérase (PCR).

La réaction en chaîne par polymérase est la technique la plus utilisée à l'heure actuelle. En effet, à l'exception de cette dernière, les méthodes sont insensibles et nécessitent des lésions fraîches à partir desquelles un écouvillon ou du matériel de biopsie peut être prélevé, ainsi que du personnel expérimenté (1,8).

Les tests diagnostiques indirects sont des tests sérologiques. On retrouve des tests dits non tréponémiques et des tests dits tréponémiques. Ces tests sont ceux réalisés chez la mère au cours de la grossesse pour vérifier qu'elle n'est pas porteuse de la syphilis.

Chez le nourrisson, les tests tréponémiques ne sont pas sensibles si l'enfant est asymptomatique. Le diagnostic repose donc sur la réalisation des tests non tréponémiques dont les résultats seront comparés à ceux de la mère pour poser le diagnostic de syphilis congénitale confirmé ou probable.

La découverte d'un titre non tréponémique quantitatif sérique d'un nourrisson qui est quatre fois plus élevé que le titre maternel est une indication de syphilis congénitale. Cependant, l'absence d'une telle découverte n'exclut pas le diagnostic car la plupart des nourrissons atteints de syphilis congénitale ont des titres égaux ou inférieurs au titre maternel. La démarche diagnostic sera donc complétée par les autres tests pour poser le diagnostic de syphilis congénitale (8,24).

1.3.3. Degré de certitude du diagnostic

Selon les éléments identifiés chez le nouveau-né, le diagnostic de syphilis congénitale pourra être établi avec plus ou moins de certitude. La figure 5 illustre le schéma décisionnel pour poser le diagnostic de syphilis congénitale selon les recommandations de l’OMS et du CDC (10).

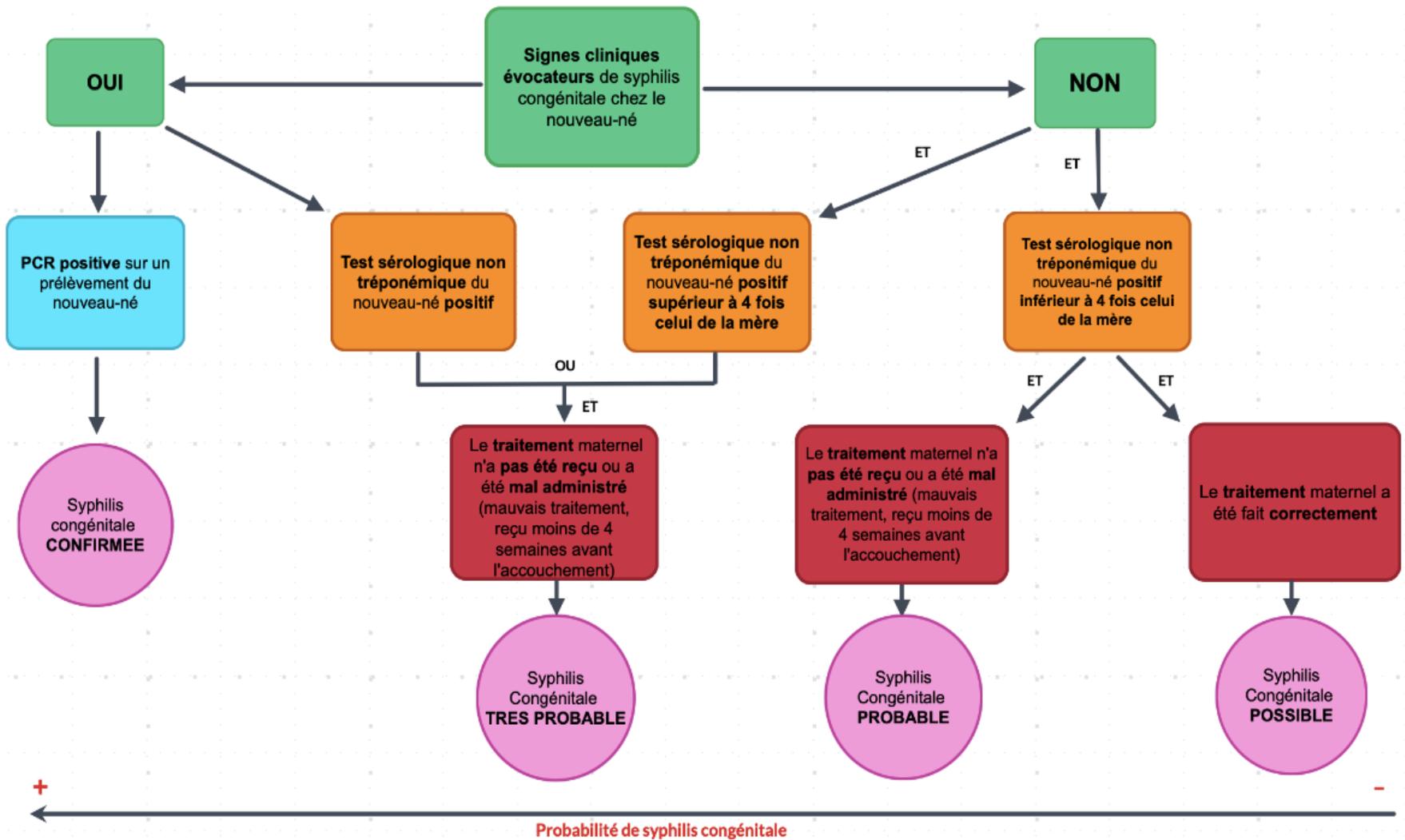


Figure 5 : Schéma décisionnel du diagnostic de Syphilis Congénitale (document personnel)

Dans les cas de syphilis congénitale confirmée, très probable et probable, l'enfant bénéficiera d'une évaluation rigoureuse complémentaire permettant d'affiner le diagnostic. Cette évaluation comprend :

- un examen clinique rigoureux du nouveau-né ;
- une étude de la numération globulaire complète ;
- des tests de la fonction hépatique ;
- une analyse du liquide céphalo-rachidien ;
- un examen des radiographies suggestives des os longs ;
- un examen des antécédents médicaux de la mère ;
- la qualité du suivi de la mère ;
- le traitement adéquat de la mère ;
- la durée de traitement de la mère (plus ou moins de 4 semaines avant l'accouchement).

Dans le cas d'une syphilis congénitale possible, l'évaluation complète ne sera pas réalisée (10).

1.4. Démarche préventive

Aujourd'hui, il n'existe pas de vaccin contre la syphilis (1).

La prévention de la syphilis congénitale repose sur la prévention de la syphilis maternelle, le dépistage et le traitement maternel précoces.

En France, le dépistage sérologique de la syphilis est obligatoire au cours du 1^{er} trimestre de grossesse peu importe le niveau de risque de la mère. Ce dernier pourra être réitéré en cas de risque élevé⁵ à 28 semaines et à l'accouchement (10,23,25).

En cas de sérologie négative, le risque de transmission au nouveau-né est nul. En cas de sérologie positive, le nouveau-né est susceptible de déclencher une syphilis congénitale ; un traitement maternel sera mis en place et une démarche diagnostique entreprise à la naissance (8).

La syphilis congénitale survient lorsque la syphilis maternelle n'est pas traitée, ou traitée trop tardivement (moins de 4 semaines avant l'accouchement) ou encore traitée de manière inadéquate (traitement incomplet, inadapté) (24).

Si une syphilis est détectée chez la femme enceinte, un traitement antibiotique doit être mis en place le plus rapidement possible. Au cours de la grossesse, le seul antibiotique efficace pour le traitement de la syphilis congénitale est la pénicilline, en particulier la Benzathine Benzylpenicilline⁶. Le traitement doit être administré le plus tôt possible et au minimum quatre semaines avant l'accouchement (1,10).

Plus le traitement sera administré précocement chez la femme enceinte syphilitique, plus le risque d'apparition de syphilis congénitale chez le nourrisson sera faible. Cependant même si le traitement est administré le plus tôt possible au cours de la grossesse, la survenue de la syphilis congénitale chez le nourrisson reste possible. Le nourrisson est donc considéré comme à risque et les tests bactériologiques seront réalisés à la naissance (25).

L'administration du traitement antibiotique chez la femme enceinte vise le traitement de la mère et de l'enfant à venir (25). En effet, des signes fœtaux de syphilis observés à l'échographie peuvent disparaître après administration du traitement (8,26). Par exemple, Rac et al en 2014 ont démontré que chez 62 fœtus présentant des résultats anormaux lors de l'échographie de prétraitement, les anomalies constatées ont disparu suite au traitement maternel, notamment les anomalies de l'artère cérébrale moyenne, l'ascite et l'hydramnios qui se résolvaient en premier, suivis de la placentomégalie et enfin de l'hépatomégalie (26).

⁵ Sont considérées comme à risque les femmes pour qui une exposition à la syphilis pourrait avoir eu lieu au cours de la grossesse (travailleuses du sexe, partenaires multiples, ayant eu des rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire après le premier dépistage, antécédent d'IST récente ou actuelle...) (10,25).

⁶ La Benzathine Benzylpenicilline est une forme de pénicilline (association de benzylpénicilline (pénicilline G classique) et de benzathine) à action prolongée. Elle constitue le traitement de référence de la syphilis, peu importe le stade de cette dernière. Elle est capable de traverser la barrière placentaire (www.vidal.fr/medicaments/substances/benzathine-benzylpenicilline-526.html).

1.5. Traitement chez l'enfant

Le traitement du nouveau-né atteint de syphilis congénitale consiste en l'administration d'un traitement antibiotique à base de pénicilline. Ce traitement dépendra du degré de certitude du diagnostic (Tableau 2) (8,10,20).

Tableau 2 : Traitement et suivi du nouveau-né en fonction du diagnostic posé

Diagnostic	Traitement	Suivi
Syphilis congénitale Confirmée	- Pénicilline G en IV 150 000 U/Kg/jour pendant 10jours (50 000 U/kg toutes les 12heures pendant 7 jours puis toutes les 8 heures pendant les 3 derniers jours) OU - Pénicilline Procaïne G en IM 50 000 U/Kg/jour en une prise pendant 10jours ⁷	Un test non tréponémique sera effectué à un, trois, six, douze et dix-huit mois. Ce dernier doit être négatif à six mois en l'absence d'infection et décroître d'un facteur 4 en six mois pour devenir négatif en un an en cas d'infection
Syphilis congénitale Très probable		
Syphilis congénitale Probable		
Syphilis congénitale Possible	Benzathine Benzylpenicilline en IM 50 000 U/Kg en une dose unique	Une surveillance sérologique sera également mise en place pour ces nouveaux-nés

IV : intra-veineuse

IM : intra-musculaire

⁷ La pénicilline G est la forme la plus classique de pénicilline et le traitement de référence des maladies infectieuses. La pénicilline G procaïne, appelée également procaïne benzylpénicilline est une association de benzylpénicilline (pénicilline G classique), de benzathine et d'un anesthésique local la procaïne visant à réduire la douleur de l'injection en intra-musculaire. Elle constitue également un traitement de référence contre la syphilis (<https://medicalguidelines.msf.org/fr/viewport/EssDr/francais/benzylpenicilline-procaine-penicilline-g-procaine-injectable-78413885.html>).

2. Manifestations de la syphilis congénitale chez l'enfant

2.1. Manifestations générales

La syphilis congénitale peut s'exprimer précocement ou tardivement.

2.1.1. Syphilis congénitale précoce

La syphilis congénitale précoce regroupe les symptômes apparaissant lors des premières années de vie de l'enfant, avant ses deux ans environ. Les manifestations les plus fréquemment retrouvées sont décrites ci-dessous (2,10,12,20,24).

Une atteinte osseuse est très fréquemment observée chez le nouveau-né atteint, avec plus précisément trois signes osseux (Figure 6) :

- une ostéochondrite⁸ avec une tuméfaction articulaire. Elle touche majoritairement les os longs (tibia, humérus, fémur) et les côtes. Les lésions sont le plus souvent symétriques. Parfois, suite à la douleur de l'ostéochondrite, le nourrisson peut présenter une impotence fonctionnelle appelée pseudoparalysie de Parrot ;
- une périostite⁹ souvent asymptomatique ;
- une ostéomyélite¹⁰ touchant majoritairement les tibias.



Figure 6 : Radiographies osseuses d'un nourrisson atteint de syphilis congénitale précoce avec périostite fémorale et ostéochondrite fémorale, tibiale et ulnaire (20).

⁸ L'ostéochondrite, aussi appelée ostéochondrose, désigne des atteintes variées au niveau des cartilages et des os (<https://www.elsan.care/fr/centre-chirurgical-montagard/nos-actualites/osteochondrite-quels-sont-les-symptomes-et-comment-la>).

⁹ Inflammation aiguë ou chronique du périoste et de l'os adjacent (<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/p%C3%A9riostite/59593>).

¹⁰ L'ostéomyélite correspond à l'inflammation et à la destruction des tissus osseux dues à des bactéries, des mycobactéries ou des champignons (<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-musculosquelettiques-et-du-tissu-conjonctif/infections-des-articulations-et-des-os/ostéomyélite>).

La deuxième manifestation la plus fréquemment retrouvée est une atteinte viscérale. Les viscères les plus touchés sont la rate, on parle de splénomégalie, et le foie, on parle d'hépatomégalie. On peut retrouver également plus ou moins fréquemment des atteintes au niveau des reins, des poumons ou du pancréas.

Une atteinte cutané-muqueuse peut également être observée sous différentes formes dont :

- des lésions ovales et maculo-papuleuses évoluant vers une desquamation au niveau des paumes et des plantes des pieds (Figure 7 et 8) ;
- des lésions muqueuses érosives se regroupant majoritairement autour des orifices (Figure 7 et 8) ;
- des pétéchies ;
- des lésions contagieuses planes ou nodulaires au niveau du tronc et bulleuses palmo-plantaires.



Figure 7 : Lésions bulleuses desquamantes chez un nouveau-né atteint de syphilis congénitale (20)



Figures 8 : Parties génitales d'un nouveau-né atteinte de syphilis congénitale avec des lésions érosives et papulosquameuse (27).

De surcroît, il est possible que le nouveau-né naisse prématurément avec un poids insuffisant. Il peut également présenter une altération de l'état général avec des adénopathies et/ou une atteinte hématologique (anémie, thrombocytopénie ou autres cytopénies).

L'ensemble de ces manifestations, si un traitement adapté de la syphilis congénitale est mis en place, peuvent pour certaines disparaître et éviter la survenue des manifestations de la syphilis congénitale tardive (24).

2.2. Manifestations orofaciales

La syphilis congénitale se manifeste également au niveau de la sphère orofaciale. Ces manifestations sont très peu connues des chirurgiens-dentistes (2).

2.2.1. Manifestations faciales

Au niveau de la face, une des atteintes caractéristiques de la syphilis congénitale précoce est une atteinte osseuse notamment au niveau des os du crâne et des os maxillaires, sous la forme d'une ostéochondrite et/ou d'une ostéomyélite.

L'ostéomyélite touchant ces os se caractérise radiologiquement par des lacunes osseuses, et cliniquement par des déformations :

- déformations frontales avec des bosses,
- déformations faciales avec des maxillaires courts.

Certains nouveaux-nés présentent également une rhinite caractérisée par un écoulement nasal aqueux hautement contagieux qui peut devenir épais, purulent et taché de sang.

Dans le cas de la syphilis congénitale tardive, des stigmates faciaux sont également observés, notamment :

- un front qualifié d'olympien avec une protubérance frontale ;
- un nez en selle ou en lorgnette (Figure 9). Le nez en selle est une séquelle tardive de la destruction cartilagineuse et osseuse liée à la rhinite non traitée de la syphilis congénitale précoce ;
- une mandibule protubérante (2,10,20,24).



Figure 9 : Jeune garçon atteint de syphilis congénitale avec un nez en « lorgnette »¹⁴

¹⁴ Cliché Professeur Mohamed Denguezli. Faculté de médecine Ibn El Jazzar. Tunisie issu de la thèse suivante : <https://hal.science/tel-03233063/document>

2.2.2. Manifestations orales

2.2.2.1. Manifestations cutanéomuqueuses

Les manifestations cutanéomuqueuses de la syphilis congénitale précoce ne s'expriment pas uniquement au niveau des parties génitales, elles sont également observées au niveau buccal, et prennent la forme de fissures péribuccales, de lésions papuleuses ou encore de lésions érosives au niveau de la bouche, du pharynx et du larynx.

Dans le cas de la syphilis congénitale tardive, des manifestations muqueuses sont également observées : glossites, lésions cicatricielles péribuccales ainsi que des rhagades au niveau des lèvres (Figure 10,11) (2,10).



Figure 10 : Rhagades péribuccales chez un enfant atteint de syphilis congénitale (31)



Figure 11 : Lésions érosives, saignantes et crouteuses péribuccales ainsi qu'un palais haut et vouté chez une fillette atteinte de syphilis congénitale tardive (27)

2.2.2.2. Manifestations au niveau du palais

Des perforations palatines (Figure 12, 13) peuvent être observées chez les enfants atteints de syphilis congénitale tardive, ce qui est néanmoins rare. Le diagnostic différentiel de la perforation palatine due à la syphilis congénitale doit être fait, en tenant compte de l'âge, avec les néoplasmes agressifs, la granulomatose de Wegener, le lupus érythémateux et l'abus de cocaïne inhalée (32).



Figure 12 : Perforation palatine chez une jeune fille présentant également une dysmorphie des incisives évoquant les dents de Hutchinson (28).

La photographie ci-dessous (Figure 13) est issue d'un cas clinique publié par Narendra Kumar Bagri et Vineeta Gupta (2013) (32). Il s'agit d'une fillette de 8 ans présentant une perforation palatine associée à une régurgitation nasale et une hyper nasalité de la parole. Les tests diagnostiques ont permis de confirmer une syphilis congénitale tardive laquelle a été traitée avec de la pénicilline procaïne. Une réparation chirurgicale de la perforation a été faite.

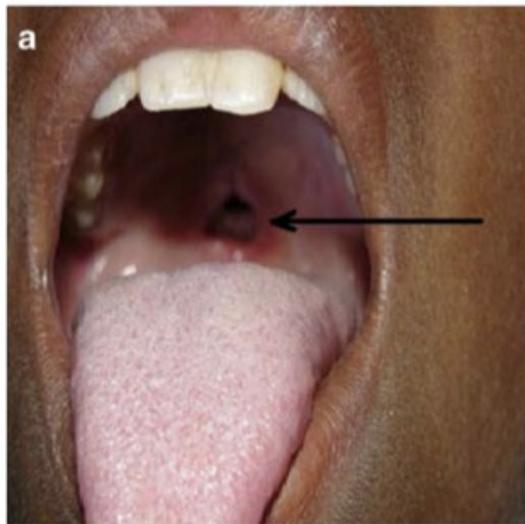


Figure 13 : Perforation palatine consécutive à une syphilis congénitale tardive chez une fille de 8 ans (32)

2.2.2.3. Manifestations dentaires

Les manifestations dentaires touchent plus particulièrement les dents permanentes, et sont mises en évidence au moment de l'éruption.

Les manifestations de la syphilis congénitale sur les dents temporaires sont très rares et très peu documentées. Elles se présentent sous la forme de rainures circulaires autour de la racine et en dessous de la couronne ou encore sous la forme d'incisive caduque entaillée selon Fournier (33,34). Certaines études démontrent un lien possible entre la syphilis congénitale et la perte précoce des dents temporaires comme l'étude de cas publiée par Andréa Gonçalves Antonio et al. (35).

La syphilis congénitale est connue pour perturber l'amélogénèse en endommageant ou en détruisant les améloblastes. En effet, *Treponema Pallidum* atteint le germe de la dent permanente et provoque une réaction inflammatoire autour du bourgeon dentaire en formation. Cette inflammation induit une destruction partielle ou complète des améloblastes à l'origine de perturbations hypoplasiques de l'email et d'une distorsion morphologique. L'inflammation autour du germe dentaire causée par la syphilis congénitale a lieu lors de la naissance de l'enfant puis diminue au cours du temps. Cela explique que les anomalies morphologiques surviennent en particulier sur les premières molaires et incisives permanentes dont la minéralisation de la couronne débute à la naissance (36,37).

La mise en place d'un traitement antibiotique adapté chez la femme enceinte ou chez l'enfant au cours des trois premières années de vie, peut prévenir l'apparition des manifestations dentaires (24).

Le principal défaut hypoplasique retrouvé est la dent de Hutchinson, pathognomonique de la syphilis congénitale. D'autres manifestations dentaires plus ou moins spécifiques de la syphilis congénitale peuvent également être observées sur les molaires ainsi que sur les canines (36,37).

2.2.2.3.1. Atteinte Incisive

L'atteinte incisive la plus connue est la dent de Hutchinson. Cette dent a été décrite au XIX^{ème} siècle par Jonathan Hutchinson dont les premiers travaux d'études datent de 1863. Elle concerne l'incisive centrale maxillaire. Les incisives centrales mandibulaires peuvent également présenter une malformation analogue mais la symptomatologie sera plus atténuée.

La dent de Hutchinson est une manifestation pathognomonique de la syphilis congénitale, elle ne survient donc dans aucune autre maladie (2,20,24,33,36,38,39).

La dent de Hutchinson (Figure 14,15) est une incisive en forme de tonneau, courte et étroite entraînant fréquemment des diastèmes avec les dents adjacentes de par sa petite taille. Le bord libre de cette dent présente les caractéristiques suivantes :

- il est plus étroit que son collet,
- ses angles sont arrondis,
- il présente une échancrure semi-lunaire ou une encoche,
- si il ne présente pas d'encoche, l'incisive a une forme de tournevis.



Figure 14 : Dents de Hutchinson chez un patient atteint de syphilis congénitale (2)



Figure 15 : Incisives centrales maxillaires de Hutchinson (40)

2.2.2.3.2. Atteinte Molaire

Les molaires de Moon (Figure 16,17) également appelées « molaires en bourgeon » ont été décrites au XIX^{ème} siècle par Henri Moon, chirurgien-dentiste, dont les premiers travaux datent de 1877. Ces dernières sont également observées chez des patients atteints de syphilis congénitale tardive, et présentent une couronne dentaire avec les caractéristiques suivantes :

- lisse,
- de petite taille,
- plus large au niveau du collet que de la face occlusale,
- en forme de bourse
- avec des cuspidés convergentes formant un dôme (33,37–39).



Figure 16 : Molaire de Moon (38)

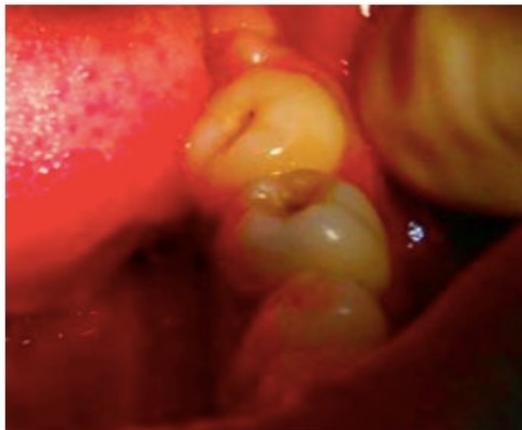


Figure 17 : Molaire de Moon (39)

La molaire de Fournier est décrite pour la première fois au XIXème siècle par Alfred Fournier dont les premiers travaux d'études datent de 1884. Il s'agit d'une molaire permanente (très souvent la première molaire inférieure) dont les cuspides ont subi une atrophie et se sont subdivisées en plusieurs petits tubercules/cuspides coniques. Chaque petite cuspide est entourée d'un sillon profond. Les figures 18 et 19 sont des illustrations de la molaire de Fournier, appelée également molaire de Murier. La molaire de Fournier est hautement évocatrice de syphilis congénitale mais n'est pas spécifique de cette dernière (20,33,36–38).



Figure 18 : Molaire de Fournier/Murier (36)



Figure 19 : Molaire de Fournier/Murier (38)

2.2.2.3.3. Atteinte Canine

Les défauts retrouvés sur les canines sont beaucoup plus rares que ceux rencontrés sur les incisives et les molaires. Quand elles sont touchées, la couronne des canines présente :

- une encoche occlusale,
- une taille plus petite et une forme plus simple,
- une absence de crête mésiale caractéristique,
- une hypoplasie linéaire de l'email autour de leur pointe (38).

3. Rôle du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste a un rôle à jouer dans la prévention, le dépistage et la prise en charge de la syphilis congénitale (41).

3.1. Prise en charge préventive de la syphilis congénitale

Le chirurgien-dentiste peut participer à la prévention de la syphilis congénitale par une observation minutieuse des muqueuses chez la femme enceinte. En effet, des manifestations buccales de la syphilis sont décrites lors des différents stades de la maladie, en particulier dans les stades primaire et secondaire.

En cas de suspicion d'une syphilis chez la femme enceinte, cette dernière doit être adressée à un confrère spécialiste des IST, au médecin traitant et/ou à un service de dermatologie buccale le plus rapidement pour établir le diagnostic, et mettre en place le cas échéant un traitement antibiotique dans les meilleurs délais et ainsi limiter le risque de transmission à l'enfant (42,43).

Le diagnostic de syphilis par l'unique observation de lésions muqueuses ne peut être établi par le chirurgien-dentiste. Il nécessite une confirmation par des tests bactériologiques directs et/ou indirects en cas de doute (Figure 20).

Cependant, si des lésions suspectes chez la femme enceinte sont rencontrées par le chirurgien-dentiste, ce dernier doit en s'appuyant sur une anamnèse précise (antécédents sexuels, patiente à risque ou non, suivi correct de la grossesse ou non...) établir un diagnostic différentiel (2,42,44,45).

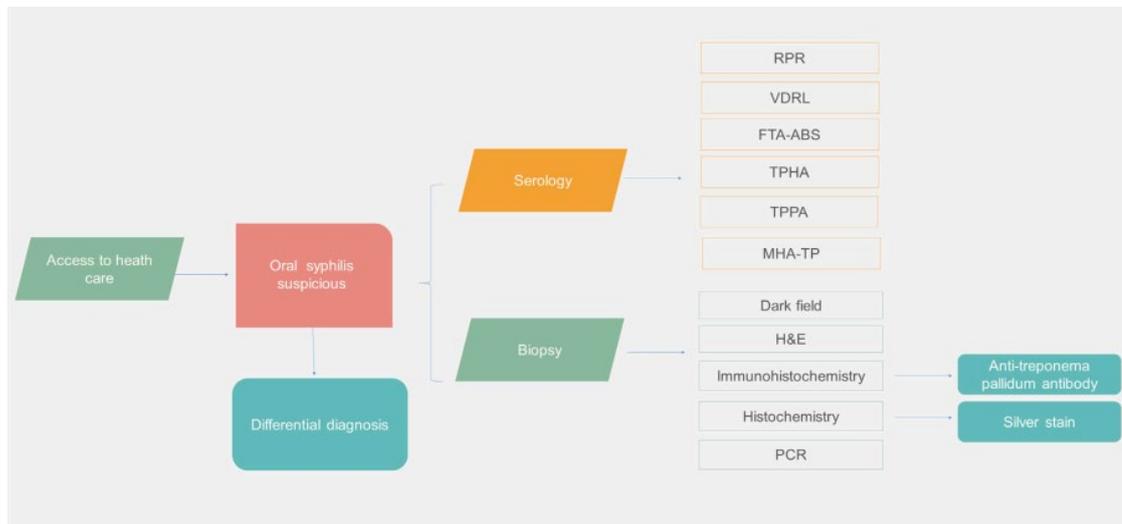


Figure 20 : Schéma de la démarche diagnostique à adopter en cas de lésions suspectes (44). FTA-ABS : test d'absorption d'anticorps tréponémiques fluorescents, H&E : hématoxyline et éosine, MHA-TP : test de micro-hémagglutination pour *Treponema Pallidum*, PCR : réaction en chaîne par polymérase, RPR : réactif plasmatique rapide, TPHA : test d'hémagglutination de *Treponema pallidum*, TPPA : test d'agglutination des particules de *Treponema pallidum*, VDRL : recherche sur les maladies vénériennes.

3.1.1. Lésions orales de la syphilis primaire

La syphilis primaire se manifeste par une ulcération appelée « chancre syphilitique ». Il s'agit dans la plupart des cas d'une lésion unique. Elle matérialise la localisation de la pénétration de la bactérie dans l'organisme. Ce chancre est dans la plupart des cas localisé dans la région génitale mais dans 4 à 12 % des cas, une localisation buccale est observée. Ce dernier se présente sous la forme d'une ulcération située le plus fréquemment au niveau des lèvres et plus rarement sur les amygdales, la langue, les gencives ou exceptionnellement sur la face interne des joues et du palais.

Le chancre buccal dont la taille peut atteindre 1 ou 2 centimètres présente généralement les caractéristiques suivantes :

- indolore,
- rond et régulier,
- lisse,
- à fond rouge,
- bordure ferme en relief,
- hautement contagieux,
- induration superficielle à la palpation.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec d'autres lésions des muqueuses telles que l'aphte, les lésions herpétiques, les perlèches, la brûlure, les lésions d'origine traumatique, les lésions cancéreuses...



Figure 21 : Chancre syphilitique localisé à la lèvre inférieure (46)

Des adénopathies satellites du chancre peuvent être présentes : elles sont indolores, non inflammatoires et de grande taille. Elles peuvent être observées dans les régions mandibulaires, sous-mentales et submandibulaires. Elles apparaissent en général 6 à 7 jours après l'apparition du chancre.

Sans traitement, le chancre disparaît sous 5 à 6 semaines en laissant une cicatrice ronde, blanche ou pigmentée. Les adénopathies, quant à elles, mettent plus de temps à disparaître (2,3,42,44-47).

3.1.2. Lésions orales de la syphilis secondaire

Les manifestations buccales et péri-buccales de la syphilis secondaire sont retrouvées chez 30 % des patients atteints ; c'est à ce stade que le chirurgien-dentiste est le plus susceptible d'observer une manifestation de la maladie. Il s'agit d'ulcérations polymorphes, multiples, symptomatiques et très contagieuses, majoritairement observées au niveau du palais dur et du palais mou mais d'autres localisations sont possibles.

Le diagnostic différentiel doit être réalisé avec les autres lésions des muqueuses : aphte, candidose, lichen plan, herpès...

La lésion buccale de la syphilis secondaire la plus fréquente porte le nom de « plaque muqueuse » (Figure 22,23). Elle est peu profonde, ovale ou serpentineuse, irrégulière, érosive et peut-être ulcérée ou recouverte d'une membrane nécrotique.



Figure 22 : Plaque muqueuse située au niveau de l'arc palato-glosse droit (48)



Figure 23 : Plaques muqueuses situées au niveau de la commissure labiale (48)

D'autres ulcérations caractéristiques sont décrites : lésions papuleuses, lésions maculaires, érythémateuses ou encore érosives sur les parties muqueuses.



Figure 24 : Lésion maculaire de la syphilis secondaire au niveau du palais (48)

Une micropolyadénopathie accompagnant les lésions de la syphilis secondaire peut être rencontrée dans la région mandibulaire (2,3,42,44–47,49).

3.1.3. Lésions orales de la syphilis tertiaire

Les lésions buccales de la syphilis tertiaire sont très rares. D'une part, depuis l'arrivée de la pénicilline, très peu de patients sont atteints de syphilis tertiaire. D'autre part, parmi les manifestations de la syphilis tertiaire, l'atteinte buccale est très rare et ne se manifeste que chez 10% des patients environ (absence de traitement ou traitement inadéquat).

La principale manifestation buccale de la syphilis tertiaire est appelée « gomme syphilitique » se présentant sous la forme de multiples nodules. Elle est non contagieuse, le plus souvent indolore et peut affecter toutes les muqueuses (préférentiellement au niveau des lèvres, de la langue et du palais) et l'os. Elle entraîne une destruction du tissu osseux (perforation palatine, fistules oronasales) et des muqueuses (2,3,42,44,47).

3.2. Dépistage de la syphilis congénitale

Le dépistage de la syphilis congénitale par le chirurgien-dentiste repose sur la détection des signes oraux et faciaux chez l'enfant évoqués dans la partie 2.2.

Ce rôle peut être illustré par le cas clinique publié par Larissa Pessoa et Virgilia Galvao et résumé ci-dessous.

Il s'agit du cas d'une jeune fille âgée de 7 ans atteinte de syphilis congénitale tardive non diagnostiquée, qui consulte une clinique dentaire au Brésil pour un préjudice esthétique lié à ses incisives. Les données de l'anamnèse et des examens cliniques sont présentées ci-dessous :

- Motif de consultation : préjudice esthétique des incisives ;
- Examen clinique général : Une surdité depuis ses 6 ans est remontée par ses parents et une kératite interstitielle avec complications est mise en évidence en milieu hospitalier (une cicatrice cornéenne et une c civit  unilatérale sont également observées) ;
- Examen clinique bucco-dentaire : La dent de Hutchinson est retrouvée avec les incisives de Hutchinson (Figure 26 a et b). La perte prématurée de ses dents temporaires comme vu sur le panoramique (Figure 27) peut être un signe évocateur de syphilis congénitale d'après les auteurs. De plus, La présence de restaurations sur les molaires (Figure 27) ne permet pas de retrouver des défauts molaires évocateurs de syphilis congénitale mais cela pourrait expliquer la présence des reconstitutions ;

La patiente a par la suite été testée positive à la syphilis. La prise en charge a constitué en la gestion des reconstitutions antérieures par les chirurgiens-dentistes et l'orientation en milieu hospitalier pour la prise en charge de la maladie par un traitement antibiotique.

Le traitement antibiotique de cet enfant n'inversera pas les lésions tissulaires, mais il peut conduire à une amélioration ou stabilisation de la situation. Le retard de diagnostic dans ce cas a conduit au développement de plusieurs stigmates irréversibles de la syphilis congénitale tardive, qui auraient pu être évités par un diagnostic précoce à la naissance et une intervention opportune (29).



Figure 25 : Vue exo-buccale mettant en évidence une kératite interstitielle et un strabisme (29)

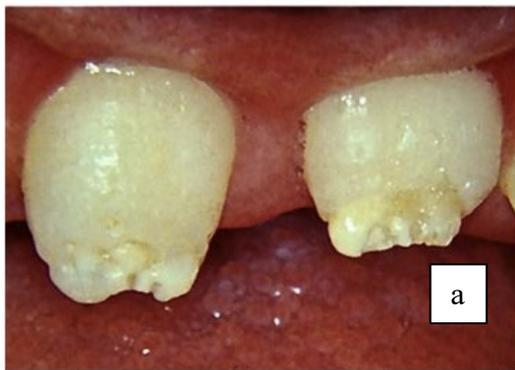


Figure 26 a et b : Incisives maxillaires de Hutchinson et incisives mandibulaires avec dysmorphie caractéristique de la dent de Hutchinson (29)

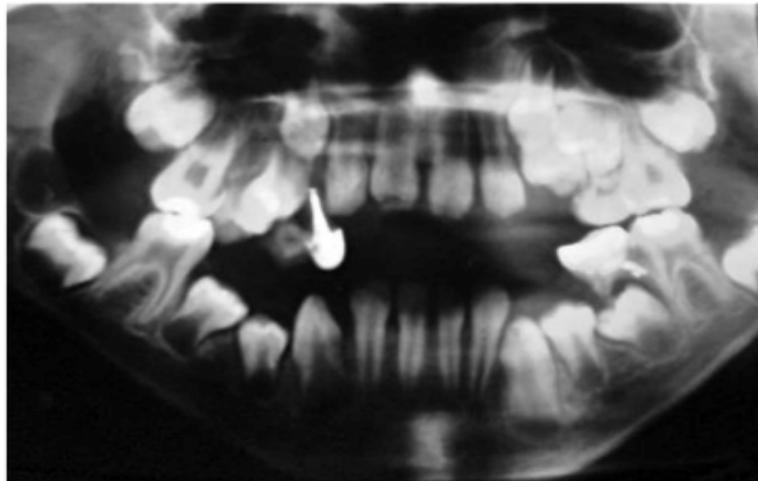


Figure 27 : Radiographie panoramique (29)

3.3. Prise en charge thérapeutique de la syphilis congénitale

Le rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge de la syphilis congénitale concerne la gestion des défauts hypoplasiques liés à la maladie (50).

Très peu de références bibliographiques documentent la prise en charge de ces défauts hypoplasiques spécifiques à la syphilis congénitale par le chirurgien-dentiste. Par extension, la suite de la thèse exposera la prise en charge des hypoplasies de l'émail des dents permanentes et les techniques de restaurations existantes.

3.3.1. Réhabilitation esthétique et fonctionnelle

Pour remédier au préjudice esthétique causé par les défauts hypoplasiques et rétablir les fonctions occlusales, plusieurs solutions thérapeutiques existent dont le choix doit se faire dans le respect du gradient thérapeutique (51) :

- Restauration par stratification composite : il s'agit d'une restauration directe bien moins délabrante pour l'organe dentaire que les restaurations prothétiques indirectes. Elle peut être modifiée, refaite au fur et à mesure de la croissance de l'enfant. Elle est facile et rapide à mettre en place, économique. Elle garantit de bonnes propriétés mécaniques. Afin d'assurer la longévité de ce type de restauration, elle implique une réalisation sous digue ce qui peut se révéler parfois difficile chez l'enfant. De plus il s'agit d'une technique praticien-dépendante (52) ;
- Facette en céramique : la restauration des défauts esthétiques antérieurs peut être réalisée à l'aide de facettes. Il s'agit de restaurations en céramique collées au niveau de la face vestibulaire. Elle implique une préparation pelliculaire des dents les recevant. Afin d'assurer la longévité de ce type de restauration, le collage doit être réalisé selon un protocole précis et sous digue (53) ;
- Inlay/onlay/overlay/veneerlay : pour les dents postérieures, des restaurations prothétiques indirectes collées peuvent être envisagées lorsque la restauration directe par stratification composite atteint ses limites (nombre de cuspidés à reconstituer, volume du défaut, contexte occlusal...). Ces restaurations peuvent être envisagées sur dents vivantes comme sur dents dépulpées. Elles peuvent être soit en composite soit en céramique en fonction de l'indication. Elles répondent à des principes de préparation des tissus dentaires précis et les plus conservateurs possibles. Afin d'assurer la longévité de ce type de restauration, le collage doit être réalisé selon un protocole précis et sous digue (54) ;
- Couronne périphérique : cette solution doit être envisagée en dernier recours et uniquement dans les cas de défauts sévères. Elle implique une préparation périphérique de la dent support (53).

3.3.2. Gestion du risque carieux

La restauration des défauts ne peut être dissociée d'une prise en charge préventive et/ou prophylactique pour en assurer la longévité. De plus, les défauts hypoplasiques se traduisant par un email plus fin et/ou moins qualitatif participent à l'augmentation du risque carieux individuel.

Différentes mesures préventives et prophylactiques peuvent être mises en place pour gérer le risque carieux (55–57) :

- Apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire :

Le brossage des dents doit être effectué dès l'apparition de la première dent par les parents jusqu'à l'âge de deux ans puis par l'enfant accompagné de ses parents jusqu'à l'âge de 8 ans. Dès 3 ans, le brossage doit être effectué deux fois par jour. La brosse à dents doit être adaptée : manche ergonomique pour une bonne préhension, petite tête et brins souples. La teneur en fluorures du dentifrice est fonction de l'âge et du risque carieux (Figure 28).

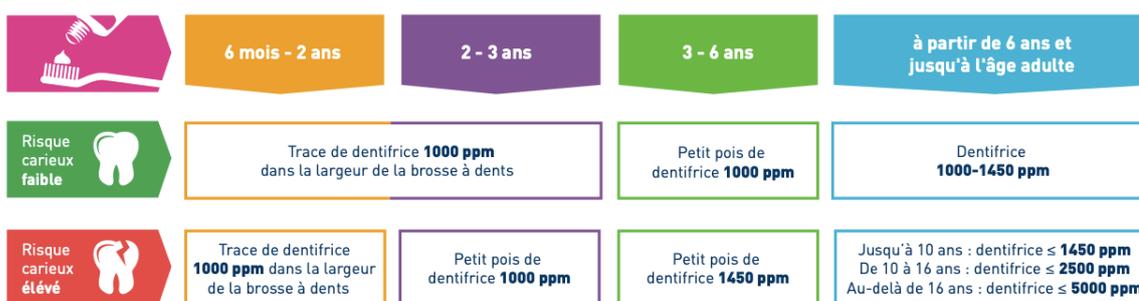


Figure 28 : Schéma récapitulatif du dosage du fluor et de la quantité de dentifrice en fonction de l'âge et du risque carieux de l'enfant¹⁵

¹⁵ Schéma de l'UFSBD : <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2020/04/FICHE-Fluor-mise-%C3%A0-jour-mars-2020.pdf>

- Application de topiques carioprotecteurs :

En cas de risque carieux élevé ou de lésions carieuses initiales, le recours à des topiques carioprotecteurs peut être recommandé. Ces topiques peuvent être fluorés ou non.

Le fluor topique renforce l'émail et favorise la reminéralisation des zones hypominéralisées des dents.

Les topiques fluorés existent sous différentes formes : vernis, gel, solution de rinçage. Ils sont appliqués de manière topique, le recours à une fluoration systémique n'est plus recommandé sauf cas particuliers.

Les topiques non fluorés sont recommandés en complément des topiques fluorés. Parmi les topiques non fluorés carioprotecteurs, on peut citer le complexe CPP-ACP¹⁶ (58).

- Comblement de sillons dentaires :

Le comblement des sillons des dents permanentes saines (en particulier les premières et deuxième molaires) d'un enfant/adolescent après nettoyage prophylactique est un acte non invasif recommandé en cas de risque carieux élevé (notamment en cas de sillons anfractueux et/ou nombreux) (59).

¹⁶ CPP-ACP : Phosphopeptide de caséine-phosphate de calcium amorphe, ce complexe libère des ions calcium et phosphate au sein de la plaque et de la salive (58).

4. Conclusion

La transmission de la syphilis de la mère à l'enfant se raréfie aujourd'hui dans le monde grâce aux avancées des techniques de diagnostic, à la mise en œuvre de programmes de dépistage systématique, à l'éducation des professionnels de la santé et du grand public, ainsi qu'à la sensibilisation aux comportements à risque.

Cependant, elle constitue tout de même encore un problème de santé publique mondial et une recrudescence de cas est observée dans de nombreux pays.

La syphilis congénitale peut être lourde de conséquences pour le nouveau-né et l'enfant en devenir. En l'absence de traitement adéquat, les manifestations, précoces et tardives, intéressent diverses parties du corps humain dont la sphère orofaciale. La triade de Hutchinson est un schéma particulièrement représentatif de présentation de la syphilis congénitale.

La prise en charge de la syphilis congénitale est pluridisciplinaire, et le chirurgien-dentiste a son rôle à jouer. La gestion des défauts dentaires hypoplasiques participe à la réhabilitation fonctionnelle des arcades dentaires. Elle permet aussi de réduire le préjudice esthétique causé par les manifestations dentaires (dents de Hutchinson) dont l'impact psychologique ne doit pas être négligé.

5. Bibliographie

1. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. Nat Rev Dis Primer. 2017 ; 3(1) : 1-21.
2. Kuffer R, Samson J. Syphilis Buccale. Dans : Encyclo Méd Chir, Chirurgie orale et maxillo-faciale, [Article volume 27 issue 3], 2014.
3. Moreau N, Taihi I, Ejeil A.-L, Radoi L. Manifestations oro-faciales des infections bactériennes, virales et fongiques. Dans : Encyclo Méd Chir, Médecine Buccale [Article 28-241-C-10], 2020.
4. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis : global prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ. 2019 ; 97(8) : 548-562.
5. World Health Organization. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Accountability for the global health sector strategies 2016-2021: actions for impact [Internet]. 2021 [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341412/9789240027077-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. World Health Organization. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Accountability for the global health sector strategies 2016-2021: actions for impact [en ligne]. WHO ; 2021. 108p. Disponible : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342808/9789240030985-eng.pdf>.
7. Santé publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes [en ligne]. Bulletin de Santé Publique France Edition Nationale ; 2022. 19p. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2022#:~:text=En%202021%2C%205%2C7%20millions,retrouver%20le%20niveau%20de%202019>.
8. Rac MWF, Stafford IA, Eppes CS. Congenital syphilis : A contemporary update on an ancient disease. Prenatal Diagnosis. 2020 ; 40(13) : 1703-1714.
9. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesoorika NS, Mahiane SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. Plos one. 2019 ; 14(2) : 1-17.
10. Benhaddou-Mihoubi N, Grange P, Dupin N. Syphilis congénitale. Revue Francophone des Laboratoires. 2019 ; 2019(509) : 60-66.
11. Jamier M, Caumes E. Syphilis. Dans : Encycl Méd Chir, Maladies infectieuses [Article 8-039-A-10], 2011.

12. Deall H, Faust SN, Pelosi E, Fairhurst J, Elliott K, Patel S. Congenital syphilis presenting with liver lesions. *International Journal of STD & AIDS*. 2019 ;30(1) : 82-85.
13. Thean L, Moore A, Nourse C. New trends in congenital syphilis : epidemiology, testing in pregnancy, and management. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2022 ; 35(5) : 452.
14. European Centre for Disease Prevention and Control. Congenital Syphilis Annual Epidemiological Report for 2019 [en ligne]. ECDC ; 2019. 5p. Disponible sur : <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-Congenital-syphilis-2019.pdf>
15. La Ruche G, Goulet V, Bouyssou A, Sednaoui P, De Barbeyrac B, Dupin N, et al. Épidémiologie actuelle des infections sexuellement transmissibles bactériennes en France. *Presse Médicale*. 2013 ; 42(4, Part 1) : 432-439.
16. Santé publique France. Surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes, données 2018. *Bulletin Santé publique France Edition Nationale* ; 2019. 17p. Disponible : [https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/syphilis/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-ist-novembre-2019#:~:text=Infections%20%C3%A0%20Chlamydia%20trachomatis&text=En%202018%2C%20le%20nombre%20de,et%202018%20\(%2B15%25\)](https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/syphilis/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-ist-novembre-2019#:~:text=Infections%20%C3%A0%20Chlamydia%20trachomatis&text=En%202018%2C%20le%20nombre%20de,et%202018%20(%2B15%25)).
17. Lochet S. Syphilis et grossesse : à propos de 85 cas en Guyane française [Thèse d'exercice]. Montpellier, France : Université de Montpellier I Faculté de médecine ; 2006.
18. Rault A. Syphilis et grossesse : étude réalisée au CHU de Pointe à Pitre entre 2000 et 2005 [Thèse d'exercice]. Rennes, France : Université de Rennes 1 ; 2007.
19. Le Chevalier De Preville M. Evaluation de la prise en charge maternelle et infantile en cas de risque de syphilis congénitale à la Réunion. Etude rétrospective de 2008 à 2014 au CHU Félix Guyon, Saint-Denis de la Réunion [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux ; 2016.
20. Cooper JM, Sánchez PJ. Congenital syphilis. *Semin Perinatol*. 2018 ; 42(3) : 176-184.
21. Bonneau S, Raimond E, Gabriel R. Hydramnios et oligoamnios (dans les grossesses singletons). Dans *Encyclo Méd Chir, Obstétrique* [Article 5-021-A-10], 2022.
22. Hou W, Sanyal AJ. Ascites : Diagnosis and Management. *Med Clin North Am*. 2009 ; 93(4) : 801-817.
23. Tsimis ME, Sheffield JS. Update on syphilis and pregnancy. *Birth Defects Res*. 2017 ; 109(5) : 347-352.
24. Galvis AE, Arrieta A. Congenital Syphilis : A U.S. Perspective. *Child Basel Switz*. 2020 ; 7(11) : 203.
25. Parent R, Dionne M. Le dépistage de la syphilis chez la femme enceinte. *Institut national de santé publique Québec*. 2006 :1-12.

26. David M, Hcini N, Mandelbrot L, Sibiude J, Picone O. Fetal and neonatal abnormalities due to congenital syphilis: A literature review. *Prenat Diagn.* 2022 ; 42(5) : 643-655.
27. Gupta R, Vora RV. Congenital syphilis, still a reality. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2013 ; 34(1) : 50.
28. Singhal P, Patel P, Marfatia YS. A case of congenital syphilis with Hutchinson's triad. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2011 ; 32(1) : 34-36.
29. Pessoa L, Galvão V. Clinical aspects of congenital syphilis with Hutchinson's triad. *BMJ Case Rep.* 2011 :1-3.
30. Ropper AH. Neurosyphilis. *N Engl J Med.* 2019 ; 381(14) :1358-13663.
31. Ficarra G, Carlos R. Syphilis : the renaissance of an old disease with oral implications. *Head Neck Pathol.* 2009 ; 3(3) : 195-206.
32. Bagri NK, Gupta V. Palatal Perforation Due to Late Congenital Syphilis. *Indian J Pediatr.* 2014 ; 81(2) : 216-217.
33. Ioannou S, Sassani S, Henneberg M, Henneberg RJ. Diagnosing congenital syphilis using Hutchinson's method : Differentiating between syphilitic, mercurial, and syphilitic-mercurial dental defects. *Am J Phys Anthropol.* 2016 ; 159(4) : 617-629.
34. Yamunadevi A, Pratibha R, Rajmohan M, Mahendrapurumal S, Ganapathy N, Srivandhana R. First Molars in Permanent Dentition and their Malformations in Various Pathologies : A Review. *J Pharm Bioallied Sci.* 2021 ; 13(Suppl 1) : 23-30.
35. Gonçalves Antonio A, Kelly A, Cople Maia L. Premature loss of primary teeth associated with congenital syphilis : a case report. *J Clin Pediatr Dent.* 2005 ; 29(3) : 273-276.
36. Ioannou S, Henneberg RJ, Henneberg M. Presence of dental signs of congenital syphilis in pre-modern specimens. *Arch Oral Biol.* 2018 ; 85 : 192-200.
37. Lauc T, Fornai C, Premužić Z, Vodanović M, Weber GW, Mašić B, et al. Dental stigmata and enamel thickness in a probable case of congenital syphilis from XVI century Croatia. *Arch Oral Biol.* 2015 ; 60(10) :1554-1564.
38. Nissanka-Jayasuriya EH, Odell EW, Phillips C. Dental Stigmata of Congenital Syphilis : A Historic Review With Present Day Relevance. *Head Neck Pathol.* 2016 ; 10(3) : 327-331.
39. Shamim T, Renjini PS. Dental Traits of Congenital Syphilis Revisited in Dental Outpatient Department (OPD). *Head Neck Pathol.* 2017 ; 11(4) : 517-518.
40. Chowdhary N, Rani BK, Mukunda KS, Kiran NK. Early detection of congenital syphilis. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2014 ;32(4) : 333-337.

41. Messias AD, Maria LC, De Barros LAP, Velloso TRG, Camisasca DR. ROLE OF THE DENTIST IN CONGENITAL SYPHILIS EARLY DIAGNOSIS. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2022 ; 134(3) : 242.
42. Garbin CAS, Pacheco Filho AC, Garbin AJI, Pacheco KT dos S. The dentist's role in syphilis prevention and control. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2019 ; 52(e20180252) :1-2.
43. Lhuillier A. Répercussions orales de la syphilis [thèse d'exercice]. Nancy, France : Faculté d'odontologie de Lorraine ; 2021.
44. De Arruda JAA, Do Valle IB, Mesquita RA, Silva TA. Oral syphilis. *J Am Acad Dermatol.* 2021 ; 84(2) : 101-102.
45. Seibt CE, Munerato MC. Secondary syphilis in the oral cavity and the role of the dental surgeon in STD prevention, diagnosis and treatment : a case series study. *Braz J Infect Dis.* 2016 ; 20(4) : 393-398.
46. Smith MH, Vargo RJ, Bilodeau EA, Anderson KM, Trzcinska A, Canterbury CR, et al. Oral Manifestations of Syphilis : a Review of the Clinical and Histopathologic Characteristics of a Reemerging Entity with Report of 19 New Cases. *Head Neck Pathol.* 2021 ; 15(3) : 787-795.
47. Leão JC, Gueiros LA, Porter SR. Oral manifestations of Syphilis. *Clinics.* 2006 ; 61(2) : 161-166.
48. Dan H, Zeng X. Syphilis. Dans : Chen Q, Zeng X. *Case Based Oral Mucosal Diseases.* Singapour : Springer ; 2018. p.141-51.
49. Minicucci EM, Vieira RA, Oliveira DT, Marques SA. Oral manifestations of secondary syphilis in the elderly - a timely reminder for dentists. *Aust Dent J.* 2013 ; 58(3) : 368-370.
50. Bains MK, Hosseini-Ardehali M. Palatal perforations : past and present. Two case reports and a literature review. *Br Dent J.* 2005 ; 199(5) : 267-269.
51. Tirlet G, Attal JP. Le gradient thérapeutique un concept médical pour les traitements esthétiques. *L'information dentaire.* 2009 ; 41(42) : 2561-2568.
52. Ceinos R, Bernard C, Camaleonte G. Restaurations antérieures directes en résine composite : mise en œuvre. Dans : *Encyclo Méd Chir, Médecine Buccale [Article 28-612-A-10]*, 2019.
53. Clément M, Noharet R, Viennot S. Réalisation clinique d'une prothèse fixée unitaire : optimisation du résultat esthétique. Dans : *Encyclo Méd Chir, Médecine Buccale [Article 28-686-C-10]*, 2014.
54. Cousson P-Y, Decerle N, Veyrune J-L, Bessadet M. Restauration partielle collée en technique indirecte de la dent postérieure pulpée. Dans : *Encyclo Méd Chir, Médecine Buccale [Article 28-616-G-10]*, 2022.
55. Marquillier T, Trentesaux T, Delfosse C. Caries précoces du jeune enfant. Dans : *Encyclo Méd Chir, Médecine Buccale [Article 28-157-A-10]*, 2019.

56. Muller-Bolla M, Aiem E, Doméjean S. Prévention primaire : agents fluorés et non fluorés. Dans : Encyclo Méd Chir, Médecine Buccale [Article 28-131-A-10], 2020.
57. Muller-Bolla M, Aiem E, Doméjean S. Traitements non invasifs des lésions carieuses. Dans : Encyclo Méd Chir, Médecine Buccale [Article 28-610-A-10], 2020.
58. Daubricourt BMI. Intérêt du CPP-ACP dans la reminéralisation des lésions d'usures érosives : une revue systématique [thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux ; 2019.
59. HAS. Recommandations pour la pratique clinique : Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxièmes molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans [en ligne]. 2005 [cité le 25 Mai 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Puits_Sillons_recos.pdf.

6. Table des illustrations

Figure 1 : Répartition des cas de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes par type, région OMS et année civile.	14
Figure 2 : Nombre de cas confirmés de syphilis congénitale par an dans les pays d'Europe pour la période 2010-2019.....	15
Figure 3 : Dispositif de recensement des cas d'IST en France	16
Figure 4 : Schéma récapitulatif des différents stades de la syphilis	19
Figure 5 : Schéma décisionnel du diagnostic de syphilis congénitale.....	24
Figure 6 : Radiographies osseuses d'un nourrisson atteint de syphilis congénitale précoce avec périostite fémorale et ostéochondrite fémorale, tibiale et ulnaire.....	28
Figure 7 : Lésions bulleuses desquamantes chez un nouveau-né atteint de syphilis congénitale.....	29
Figures 8 : Parties génitales d'un nouveau-né atteint de syphilis congénitale avec des lésions érosives et papulosquameuse	29
Figure 9 : Jeune garçon atteint de syphilis congénitale avec un nez en « lorgnette ».....	31
Figure 10 : Rhagades péribuccales chez un enfant atteint de syphilis congénitale.....	32
Figure 11 : Lésions érosives, saignantes et crouteuses péri-buccales ainsi qu'un palais haut et vouté chez une fillette atteinte de syphilis congénitale.....	32
Figure 12 : Perforation palatine chez une jeune fille présentant également une dysmorphie des incisives évoquant les dents de Hutchinson.....	33
Figure 13 : Perforation palatine consécutive à une syphilis congénitale tardive chez une fille de 8 ans.....	33
Figure 14 : Dents de Hutchinson chez un patient atteint de syphilis congénitale.....	36
Figure 15 : Incisives centrales maxillaire de Hutchinson.....	36
Figure 16 : Molaire de Moon.....	37
Figure 17 : Molaire de Moon.....	37
Figure 18 : Molaire de Fournier/Murier.....	38
Figure 19 : Molaires de Fournier/Murier.....	38

Figure 20 : Schéma de la démarche diagnostique à adopter en cas de lésions suspectes.....	40
Figure 21 : Chancre syphilitique de la lèvre inférieure.....	41
Figure 22 : Plaque muqueuse située au niveau de l'arc palato-glosse droit.....	42
Figure 23 : Plaques muqueuses situées au niveau de la muqueuse labiale.....	42
Figure 24 : Lésions maculaires de la syphilis secondaire au niveau du palais.....	43
Figure 25 : Vue exo-buccale mettant en évidence une kératite interstitielle et un strabisme.....	45
Figure 26 a et b : Incisives maxillaires de Hutchinson et incisives mandibulaires avec dysmorphie caractéristique de la dent de Hutchinson.....	45
Figure 27 : Radiographie Panoramique.....	45
Figure 28 : Schéma récapitulatif du dosage du fluor et de la quantité de dentifrice en fonction de l'âge et du risque carieux de l'enfant.....	47
Tableau 1 : Distribution des cas confirmés de syphilis congénitale et taux d'incidence pour 100 000 naissances vivantes par pays et par année, UE/EEE, 2015-2019.....	16
Tableau 2 : Traitement et suivi du nouveau-né en fonction du diagnostic posé.....	27

Les manifestations générales et orofaciales de la syphilis congénitale / **Claire SAMYN**. - p. (56) : ill. (30) ; réf. (59).

Domaines : Odontologie Pédiatrique / Pathologie générale

Mots clés Libres : Syphilis congénitale, infection sexuellement transmissible, hypoplasie amélaire, incisive de Hutchinson.

Résumé de la thèse en français

La syphilis congénitale correspond à la transmission de la syphilis, infection sexuellement transmissible, de la mère à l'enfant au cours de la grossesse. Bien qu'elle puisse être prévenue par un dépistage précoce ainsi qu'un traitement adéquat à base de pénicilline, la syphilis congénitale constitue toujours un problème de santé publique majeur auquel il convient de s'intéresser.

En l'absence de traitement adapté de la syphilis maternelle, le nouveau-né est susceptible d'être porteur de la maladie. Celle-ci aura des répercussions pouvant affecter l'ensemble du corps humain y compris la sphère orofaciale où la Triade de Hutchinson est un schéma de présentation caractéristique.

La prise en charge de la syphilis congénitale est pluridisciplinaire, et le chirurgien-dentiste a son rôle à jouer. La gestion des défauts dentaires hypoplasiques participe à la réhabilitation fonctionnelle des arcades dentaires. Elle permet aussi de réduire le préjudice esthétique causé par les manifestations dentaires (dents de Hutchinson) dont l'impact psychologique ne doit pas être négligé.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Asseseurs : Monsieur le Docteur Laurent Nawrocki

Madame le Docteur Céline Catteau

Monsieur le Docteur Thomas Quennesson

Adresse de l'auteur :