

# CLINIQUE

## Tréponématoses endémiques à Maputo, Mozambique.

E. Clyti (1, 2) & R. Bastos dos Santos (3)

(1) Service de dermatologie, Centre hospitalier de Cayenne, BP 6006, 97306 Cayenne cedex, France. E-mail : c.emmanuel@voilà.fr

(2) Institut guyanais de dermatologie tropicale, Cayenne, Guyanne, France.

(3) Service de dermatologie, Hôpital central de Maputo, Maputo, Mozambique.

Courte note n° 2996 "Clinique". Reçue le 25 août 2006. Acceptée le 28 novembre 2006.

**Summary :** Endemic treponematoses in Maputo, Mozambique.

Endemic treponematoses are present in inter-tropical countries in Africa, America, Indonesia and Papua New Guinea. Epidemiology and transmission of the disease are well known. After eradication in some countries after mass treatment in 1950-60, a resurgence of endemic treponematoses has been reported since 1980-90.

We present 2 cases of endemic syphilis from the dermatology unit of the Maputo hospital, the first to be described in Mozambique. The endemic syphilis was probably facilitated by the social conditions induced by the Mozambican civil war between 1975 and 1993.

endemic treponematose  
hôpital  
Maputo  
Mozambique  
Southern Africa

tréponématose endémique  
hôpital  
Maputo  
Mozambique  
Afrique du Sud

Photo 1.

Cas n°1 : lésions infiltrées de la grande lèvre droite.  
Case n°1: infiltrated lesions of the labia majora on the right.



Photo 2.

Cas n°1 : lésions dyschromiques squameuses lombo-fessières.  
Case n°1: lumbar-gluteal squamous dyschromic lesions.



### Introduction

La syphilis endémique est une des tréponématoses endémiques. Ces dernières sont en pleine reviviscence dans de nombreuses régions du monde. La syphilis endémique a été décrite dans certains pays d'Afrique inter-tropicale, du Moyen orient et d'Asie centrale. Nous présentons 2 observations originaires du Mozambique, pays où n'a pas été décrit jusqu'alors l'affection.

### Observations

#### Cas n°1

Un nourrisson de 24 mois de sexe féminin a été adressé pour une lésion infiltrée de la grande lèvre droite (photo 1) ainsi que des lésions dyschromiques légèrement squameuses de la région lombo-fessière (photo 2). La présentation clinique suggérait la possibilité d'une tréponématose endémique. RPR et TPHA étaient positifs, confirmant le diagnostic. L'enfant a été traité par une injection de 1,2 millions d'unités de benzathine pénicilline en intra-musculaire.

#### Cas n°2

Un garçon âgé de 12 ans a été adressé en consultation de dermatologie pour une lésion de la lèvre inférieure. On notait une plaque muqueuse hypertrophique, leucokératosique, associée à une perlèche évoquant une tréponématose endémique. Celle-ci a été confirmée par les sérologies tréponémiques positives : RPR et TPHA. L'enfant a reçu une injection de 2,4 millions d'unités de benzathine pénicilline en intra-musculaire.

### Discussion

La syphilis endémique est une des tréponématoses endémiques. Elle a d'autres dénominations suivant les pays

concernés : Bejel, Siti, Dichuchwa, Njovera ou Skerljevo. Elle est due à *Treponema pallidum endemicum*. Elle a été rapportée dans de nombreux pays d'Afrique inter-tropicale au climat sec ou sahélien (Burkina-Faso, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal), la péninsule arabique et l'Asie centrale (2-6). Peu d'observations proviennent des pays constitutifs de l'Afrique australe, aucune à notre connaissance du Mozambique. Son épidémiologie est bien connue : contexte de pauvreté, d'hygiène rudimentaire et de promiscuité. La contamination s'effectue en général dans l'enfance par contact direct ou indirect notamment à partir des lésions muqueuses ouvertes. Après les campagnes d'éradication effectuées dans les années 1950-60, il y eut une nette régression de la maladie et parfois une éradication, comme celle de la syphilis endémique en Bosnie (1). Néanmoins, il semble y avoir une résurgence des tréponématoses endémiques depuis 1980-90 (7). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce fait : absence de suivi, aucune nouvelle campagne de détection ou traitement à distance, dégradation des conditions sociales ou d'hygiène secondaire aux troubles économiques ou politiques. Nos observations sont les premières relatant l'existence de cas de tréponématose endémique en milieu urbain au Mozambique. Les facteurs climatiques et l'aspect clinique sont plus en faveur de cas de syphilis endémique que de pian. Il est possible que le faible nombre de dermatologistes explique l'absence de données antérieures concernant les tréponématoses endémiques dans ce pays. La guerre civile, qui a duré de 1975 à 1993, a entraîné

des conditions favorisantes pour la propagation de l'affection : migration vers les centres urbains avec pour corollaire concentration et promiscuité humaines, pauvreté et défaut d'hygiène. La présentation clinique des 2 patients est typique avec existence de lésions papulo-squameuses dans le cas n°1 et de plaques muqueuses labiales dans le cas n°2, symptomatiques de la phase précoce.

## Références bibliographiques

1. ARSLANAGIC N, BOKONJIC M & MACANOVIC K – Eradication of endemic syphilis in Bosnia. *Genitourin Med*, 1989, **65**, 4-7.
2. AUTIER P, DELCAMBE JF, SANGARE D, LAMINE D, KESSLER W et al. – Études sérologiques et cliniques sur la tréponématose endémique en République du Mali. *Ann Soc Belge Méd Trop*, 1989, **69**, 319-329.
3. CSONKA G & PACE J – Endemic non venereal treponematoses (bejel) in Saudi Arabia. *Rev Inf Dis*, 1985, **7**, 260-265.
4. GALOO E & SCHMOOR P – Identification d'un foyer de bejel dans l'Adrar mauritanien. *Méd Trop*, 1998, **58**, 311-312.
5. GAZIN P & MEYNARD D – Enquête clinique et sérologique sur le bejel au nord du Burkina Faso. *Bull Soc Pathol Exot*, 1988, **81**, 827-831.
6. JULVEZ J, MICHALUT A & KERDELHUE V – Étude sérologique des tréponématoses non vénériennes chez l'enfant à Niamey. *Méd Trop*, 1998, **58**, 38-40.
7. MEHEUS A & ANTAL GM – The endemic treponematoses: not yet eradicated. *World Health Stat Q*, 1992, **45**, 228-237.