

Guide 2013 du Nouveau-Brunswick à l'intention des cliniciens pour diagnostiquer et traiter la syphilis

**Ce guide s'inspire des Lignes directrices canadiennes sur les
infections transmissibles sexuellement**



Guide 2013 du Nouveau-Brunswick à l'intention des cliniciens pour diagnostiquer et traiter la syphilis

Ce guide s'inspire des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement

ÉTIOLOGIE

La syphilis est causée par un spirochète (bactérie) appelé *Treponema pallidum*.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Entre 2009 et 2012, le Nouveau-Brunswick a connu une éclosion de syphilis infectieuse : 126 cas d'infection ont été déclarés au cours de cette période. La plupart des cas étaient localisés à Fredericton, Moncton et Saint John, mais des cas sporadiques ont aussi été signalés dans les régions rurales. Les cas se présentent principalement, mais pas exclusivement, chez les hommes ayant des relations avec d'autres hommes.

TRANSMISSION

La syphilis se transmet principalement lors de rapports sexuels vaginaux, anaux ou oraux. L'échange de seringues peut être une cause d'infection. La syphilis est contagieuse durant les stades primaire, secondaire et latent précoce. Un contact direct avec les lésions des stades primaire et secondaire comporte le plus important risque de transmission. Cependant, il peut arriver que les lésions ne soient pas facilement visibles. Ainsi, tous les patients atteints de syphilis infectieuse devraient être considérés comme potentiellement contagieux, qu'ils présentent ou non des lésions visibles. Les femmes enceintes atteintes de syphilis risquent de faire une fausse couche, de donner naissance à un enfant mort-né ou de transmettre une infection congénitale.

QUI DEVRAIT SUBIR UN TEST DE DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS?

1. Toute personne ayant des comportements à risque ou pouvant être exposée à la syphilis infectieuse :

- Personnes ayant eu des contacts sexuels avec un cas connu de syphilis;
- Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes;
- Personnes vivant dans la rue ou les sans-abri;
- Consommateurs de drogue par injection;
- Personnes ayant de multiples partenaires sexuels;
- Personnes ayant déjà eu une ITS;
- Personnes originaires d'un pays où la syphilis est répandue ou qui ont un partenaire sexuel provenant d'un de ces pays;
- Partenaires sexuels des personnes qui ont les caractéristiques ci-dessus.

2. Toute personne ayant des signes cliniques suspects d'infection à la syphilis :

- Les personnes qui ont actuellement des lésions ou des éruptions cutanées caractéristiques de la syphilis ou qui ont des antécédents (voir MANIFESTATIONS CLINIQUES).
-

PRÉVENTION ET CONTRÔLE

Une personne qui consulte un professionnel de la santé au sujet de la syphilis est l'occasion idéale pour ce dernier de conseiller son client sur les comportements à adopter en tout temps pour réduire le risque de transmission de la syphilis. Ces comportements incluent l'utilisation constante et adéquate de méthodes barrières comme le condom et la digue dentaire, diminuer le nombre de partenaires sexuels, dépistage de la syphilis des personnes à risque et dépistage systématique des femmes enceintes. Le counseling sur le sexe sécuritaire devrait inclure l'identification des contraintes à la prévention et des moyens pour les surmonter.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

Syphilis primaire (infectieuse)

- De 3 à 90 jours après le contact;
- Chancre ou lésions sur les organes génitaux, sur l'anus ou dans la bouche (point d'inoculation);
- Adénopathie régionale;
- Un grand nombre de personnes ne remarquent pas le chancre du stade primaire.

Syphilis primaire (chancre)



Dr Richard Garceau

Syphilis primaire (chancre)



US Centers for Disease Control (CDC)

Syphilis secondaire (infectieuse)

- De deux semaines à six mois après le contact;
- Éruptions cutanées (souvent sur les paumes des mains et la plante des pieds), fièvre, malaises, adénopathie, lésions des muqueuses, condylomes plats, alopecie en plaques ou diffuse, méningite, céphalées, uvéite, rétinite.

Syphilis secondaire (éruption papulosquameuse)



US Centers for Disease Control (CDC)

Syphilis secondaire (éruption cutanée)



Dr Gabriel Girouard

Syphilis latente précoce (infectieuse)

- La durée varie entre quelques mois et plusieurs années;
- Elle est infectieuse pendant l'année suivant le contact;
- Elle est asymptomatique.

Syphilis secondaire (alopécie)



US Centers for Disease Control (CDC)

Neurosyphilis

- Infectieuse dans les premiers stades;
- Moins de 2 à 20 ans après le contact;
- Peut être asymptomatique ou symptomatique et causer des céphalées, des vertiges, des modifications de la personnalité, de la démence, de l'ataxie ou la présence du signe d'Argyll Robertson.

Syphilis congénitale (infectieuse au stade précoce)

- La syphilis congénitale précoce (survient quand l'enfant a moins de deux ans) et la syphilis congénitale tardive (qui survient quand l'enfant a plus de deux ans);
- Peut être asymptomatique pour le 2/3 des patients;
- Symptômes incluent l'infection fulminante disséminée, des lésions mucocutanées, l'ostéochondrite, l'anémie, l'hépatosplénomégalie et la neurosyphilis;
- Les nourrissons infectés peuvent être séronégatifs si la mère a contracté l'infection vers la fin de la grossesse.

Co-infection au VIH

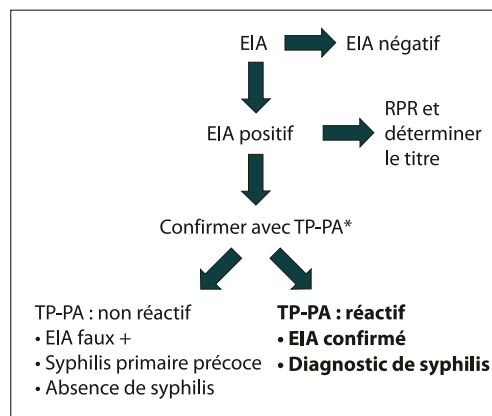
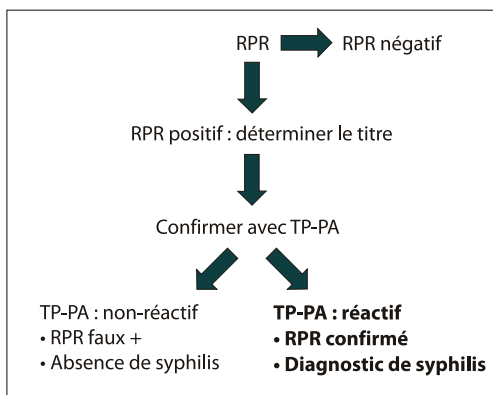
- Les signes et symptômes de la syphilis peuvent être différents si la personne est infectée par le virus d'immunodéficience humaine (VIH).

DIAGNOSTIC D'UNE INFECTION À LA SYPHILIS

Sérologie

- **Il faut toujours effectuer des tests sérologiques.** Songez à faire passer des tests aux patients qui présentent les signes, les symptômes et les facteurs de risques compatibles avec la syphilis. Consultez vos collègues ayant de l'expertise en la matière pour interpréter les résultats des tests sérologiques.
- La syphilis est diagnostiquée grâce à des analyses non tréponémiques et tréponémiques. Les analyses non tréponémiques comprennent le test rapide de la réagine plasmatique (RPR) et le test VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). Les analyses tréponémiques comprennent les épreuves immuno-enzymatiques (EIA) qui permettent de détecter les IgG et IgM et le test d'agglutination passive de *Treponema pallidum* (TP-PA).
- Le dépistage initial requiert habituellement une analyse non tréponémique ou une analyse tréponémique EIA (selon le laboratoire). Les résultats réactifs sont alors soumis à des tests de confirmation (voir l'algorithme ci-dessous).
- Les titres d'anticorps non tréponémiques sont généralement corrélés à l'activité de la maladie et servent à établir le stade de l'infection, à surveiller la réponse au traitement et à évaluer la réinfection.
- La sérologie peut produire des résultats faussement négatifs dans les premiers stades de la maladie, en particulier au stade primaire de la syphilis.
- En cas d'incertitude, répéter la sérologie après 2 à 4 semaines.
- Veuillez vous référer aux Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement pour l'interprétation des résultats de tests.

Les protocoles de tests disponibles pour le dépistage de la syphilis varient d'une région à l'autre. Il est conseillé de vérifier auprès du laboratoire pour connaître les protocoles en matière de tests et de collecte des échantillons.



* Certains laboratoires au Nouveau-Brunswick ne font pas la confirmation d'un test EIA réactif par le test TP-PA.

Liquide céphalorachidien (LCR)

- Il est conseillé d'effectuer un examen du LCR pour les patients chez qui on soupçonne une infection à la syphilis – ou qui sont infectés à la syphilis – qui présentent des signes et des symptômes neurologiques ou ophtalmiques, pour les patients qui souffrent de syphilis congénitale et pour les patients déjà traités, mais dont la réponse sérologique n'est pas adéquate. Il est recommandé, dans ces cas, d'orienter le patient vers un spécialiste des maladies infectieuses.

GESTION

On encourage les cliniciens à discuter du traitement de leur patient avec un spécialiste des maladies infectieuses.

- En plus des tests de dépistage de la syphilis ou d'autres ITS, il faudrait envisager, un traitement présomptif pour les partenaires sexuels des 90 derniers jours, si le clinicien a des craintes concernant le suivi ou s'il y a éclosion.
- Les contacts sexuels ou périnataux pendant les périodes infectieuses (3 mois - syphilis primaire, 6 mois - syphilis secondaire et 12 mois - syphilis latente précoce) doivent être retracés, soumis au dépistage et traités, si nécessaire.

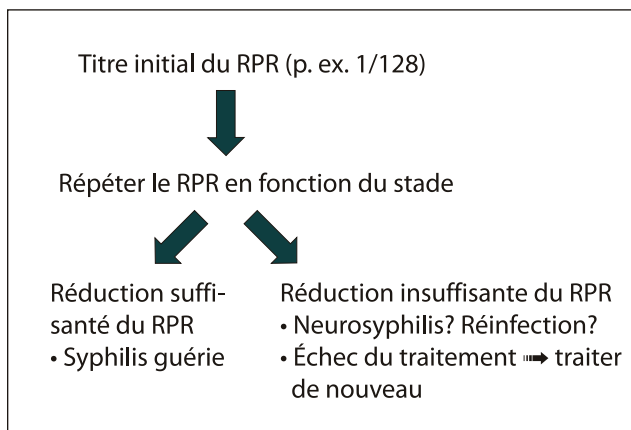
TRAITEMENT

Le traitement privilégié pour les adultes (sauf les femmes enceintes) atteints de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce est l'injection intramusculaire de pénicilline G benzathine (Bicillin LA) à action prolongée en dose unique I.M. de 2,4 millions d'unités.

- Traitement de rechange pour les patients allergiques à la pénicilline :
 - Doxycycline 100 mg p.o., b.i.d. pendant 14 jours
 - Ceftriaxone 1 g, i.v. ou i.m., chaque jour pendant 10 jours (à utiliser uniquement dans des circonstances exceptionnelles)
- Les traitements pour la neurosyphilis, les infections de ≥ 1 an et la syphilis congénitale se trouvent dans les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement.
- Le clinicien doit chercher à obtenir et à documenter le plus de renseignements portant sur les antécédents de traitement de la syphilis et tous les résultats sérologiques antérieurs afin d'éviter un traitement non nécessaire.
- Le traitement présomptif est constitué de pénicilline G benzathine en dose unique de 2,4 millions d'unités, i.m.
- Tous les patients devraient être informés de la possibilité d'une réaction de Jarisch-Herxheimer au traitement.

MISE EN GARDE : une utilisation inappropriée de la benzylpénicilline (pénicilline G) à action brève a été signalée au Nouveau-Brunswick.

Le suivi sérologique est effectué 3, 6 et 12 mois après le traitement pour la syphilis précoce et 12 et 24 mois après le traitement pour la syphilis latente tardive ou tertiaire pour s'assurer d'une réponse sérologique soit adéquate.



| Stade | Réponse sérologique adéquate |
|-----------------|--|
| Primaire | Baisse de 4 dilutions au bout de 6 mois Baisse de 8 dilutions au bout de 12 mois Baisse de 16 dilutions au bout de 24 mois |
| Secondaire | Baisse de 8 dilutions au bout de 6 mois Baisse de 16 dilutions au bout de 12 mois |
| Latente précoce | Baisse de 4 dilutions au bout de 12 mois |

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES

Pour les femmes enceintes et les nouveau-nés

- Le dépistage universel est primordial pour toutes les femmes enceintes et fait partie des normes de soins.
- Le dépistage initial devrait (idéalement) se faire pendant le premier trimestre de la grossesse. Le dépistage doit être refait entre la 28^e et la 32^e semaine de grossesse et à l'accouchement chez les femmes à risque élevé de contracter la syphilis.
- Toute femme accouchant d'un nourrisson hydropique ou d'un enfant mort-né à ≥ 20 semaines de gestation devrait subir un test de dépistage de la syphilis.
- Les nourrissons présentant des signes et des symptômes de syphilis congénitale précoce devraient subir un test de dépistage de la syphilis même si la mère est séronégative.

Pour les personnes souffrant d'une co-infection au VIH

- Les personnes souffrant d'une co-infection au VIH devront recevoir des soins pour les deux infections prodigués par un spécialiste compétent.
- Les patients atteints du VIH qui présentent des signes et des symptômes neurologiques, un RPR $\geq 1:32$ dilutions, des taux de lymphocytes CD4 $< 350/\mu\text{L}$ ou une syphilis traitée accompagnée d'une baisse sous-optimale des titres VDRL/RPR devraient subir un examen du LCR. Certains spécialistes recommandent un examen du LCR pour toute personne infectée par le VIH.

Attention particulière aux autres ITS

- Tous les patients dont les tests sérologiques de la syphilis sont réactifs devraient subir le dépistage du VIH. Les personnes co-infectées par le VIH auront peut-être besoin d'un traitement plus long et d'être suivi plus longtemps et étroitement.
- Le dépistage des autres ITS, dont la chlamydia et la gonorrhée, devrait être fait.
- Selon le risque épidémiologique, des tests de dépistage du virus de l'herpès, du chancre mou ou de la lymphogranulomatose vénérienne devraient être effectués sur les ulcères génitaux.
- L'immunisation contre l'hépatite B est recommandée à moins que le patient soit déjà immunisé. Il peut être conseillé d'immuniser le patient contre l'hépatite A. Discutez du vaccin contre le VPH avec les femmes.

DÉCLARATION DES CAS

Au Nouveau-Brunswick, les cas de syphilis (infectieuse ou non) doivent être déclarés.

Veillez informer votre bureau régional de santé publique de tout cas confirmé ou suspect de syphilis. Ils pourront vous aider à déterminer la période de transmission et à retrouver les partenaires.

| Région | Contact |
|----------------------|--|
| Moncton (Zone 1) | Téléphone : 506-856-3220 Télécopieur : 506-856-3544 |
| Saint John (Zone 2) | Téléphone : 506-658-5188 Télécopieur : 506-653-7894 |
| Fredericton (Zone 3) | Téléphone : 506-444-5905 Télécopieur : 506-444-4877 |
| Edmundston (Zone 4) | Téléphone : 506-735-2065 Télécopieur : 506-735-3142 |
| Campbellton (Zone 5) | Téléphone : 506-789-2266 Télécopieur : 506-789-2349 |
| Bathurst (Zone 6) | Téléphone : 506-547-2062 Télécopieur : 506-547-7459 |
| Miramichi (Zone 7) | Téléphone : 506-778-6104 Télécopieur : 506-778-6756 |

RÉFÉRENCES ET RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* – Mise-à-jour en janvier 2010 (en ligne), Ottawa, l'Agence, dernière mise à jour le 1^{er} février 2013.

Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-10-fra.php>

Bureau du médecin-hygiéniste en chef du Nouveau-Brunswick. Infections transmises sexuellement (en ligne), s.d. Internet : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/bmhc/maladies_transmissibles/content/maladies_et_infectionstransmisessexuellement.html

Bureau du médecin-hygiéniste en chef
520, rue King, C.P. 5100
Fredericton (N.-B.) E3B 5G8
Tél. : 506-444-3044/téléc. : 506-453-8042