

# SYPHILIS CONGENITALE

Dr Chakib Marrakchi

# PLAN

- Histoire naturelle
- Manifestations cliniques
- Diagnostic positif
- Prise en charge
- Particularités de la syphilis Congénitale (SC)
- Diagnostic de la SC
- CAT devant un risque de SC
- Cas cliniques interactifs

# INTRODUCTION

- Présentation clinique: Pas de modification
- Méthodes Dg: très peu de changements dans les sur les 60 ans

# HISTORIQUE

- Première description **1494 – 1495** en Europe
- Introduction du nouveau monde par C. Colomb
- Dissémination en Europe par les mercenaires
  - Mal de Naples
  - Mal français
- XVI<sup>ème</sup> et XVII<sup>ème</sup> : **Grande vérole** (great pox)
- Fin du XVIII<sup>ème</sup> : « **Syphilis** »

# HISTORIQUE

- Jusqu'au XX<sup>ème</sup> : domination de la pathologie
- Cortège moralisateur et culpabilisant
- Grand noms et moments:
  - Mise en évidence du *T. p*: Berlin en 1905
  - Ac anticardiolipides: 1907: Wassermann (tech de déviation du Cpm de Bordet)
  - 1943: efficacité et innocuité de la pénicilline
  - Pas de résistance de décrite à la pénicilline

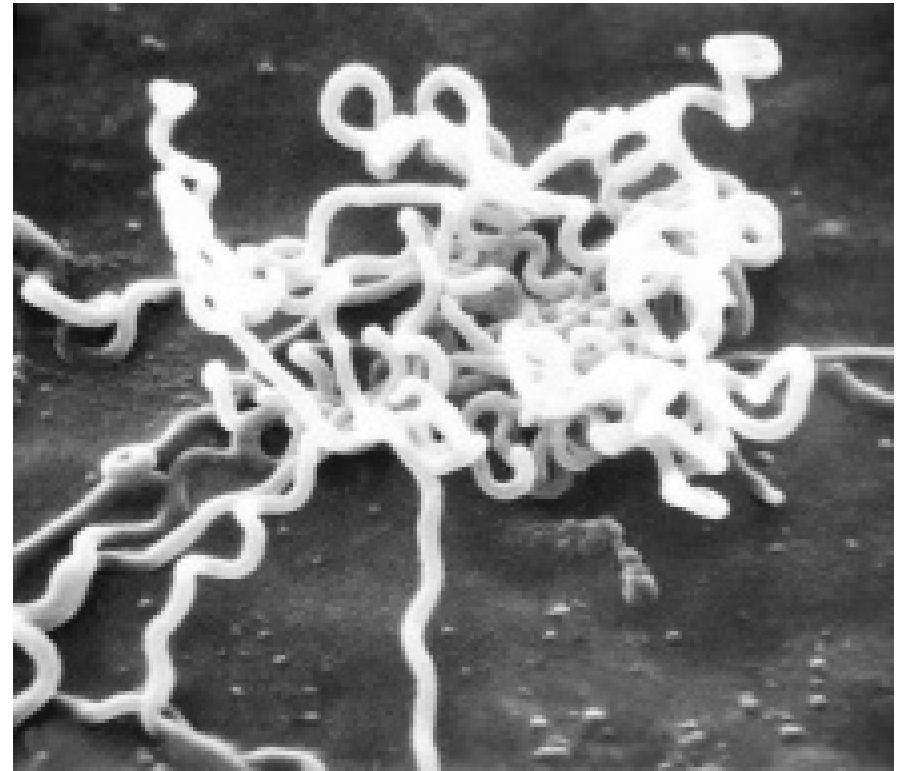
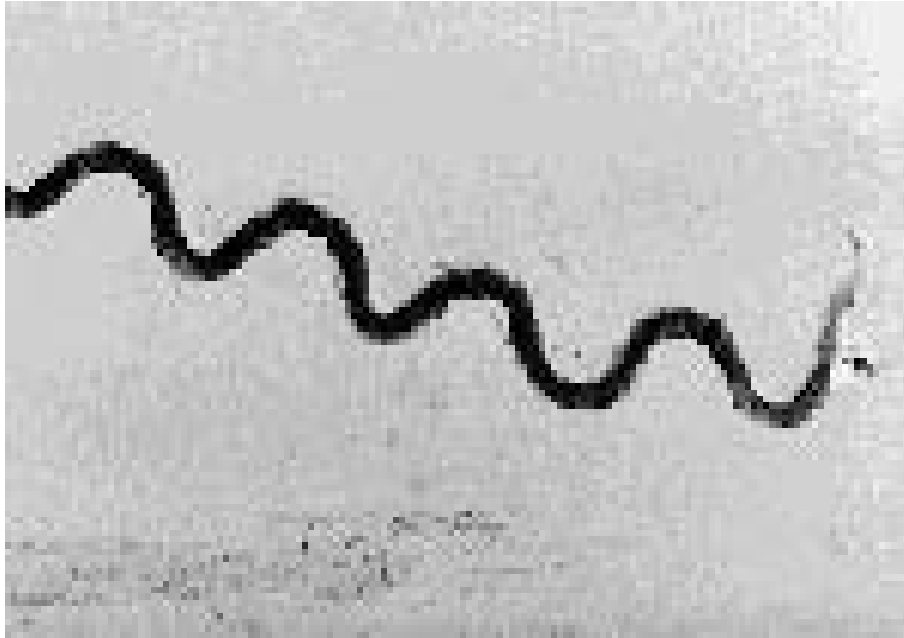
# BACTÉRIOLOGIE

- Peu connu sur:
  - Mécanisme de fonctionnement
  - Déterminants de virulence
- Mb externe : lipidique en majorité
  - Difficulté à développer des tests précis de Dg sérologique
  - Difficile de faire des vaccins

# *Treponema pallidum* variété S

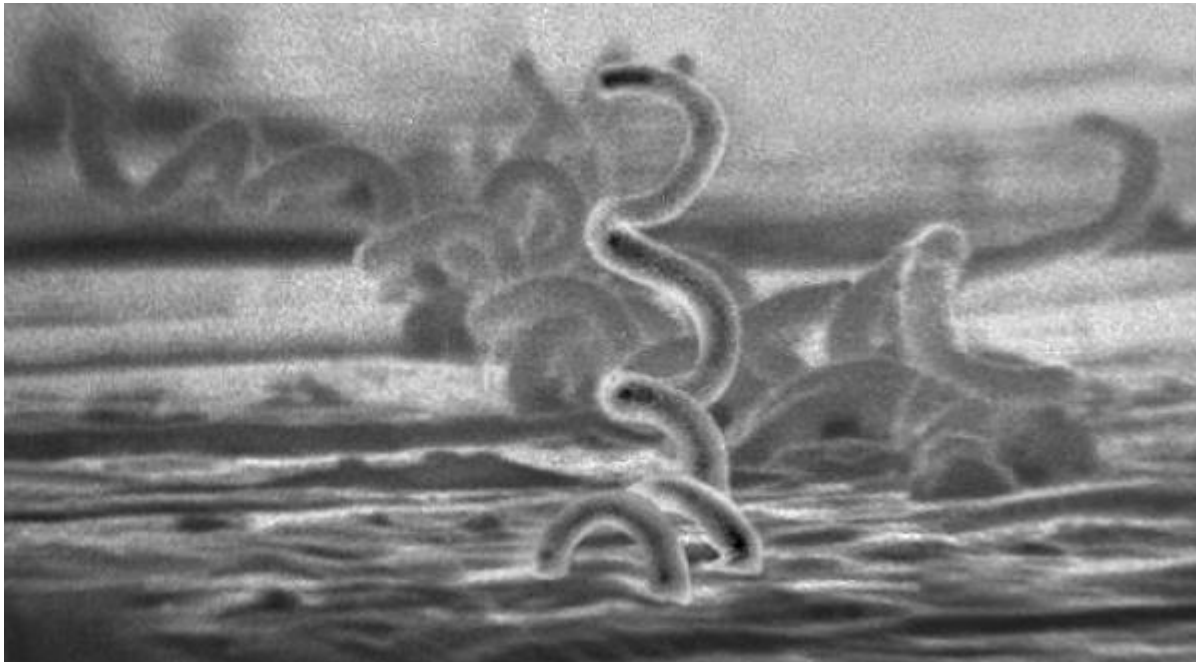
- L'homme est l'unique hôte naturelle
- Ordre: *Spirochaetales* (*Borrelia*, *Leptospira*)
- Cosmopolite, spiralée, mobile
- **Non cultivable in vitro:**
  - Métabolisme peu connu
  - **Pas d'antibiogramme**
  - Temps de division:
    - Syphilis précoce :33h
    - Syphilis tardive : Plusieurs jours
- Sensible:
  - À l'ensemble des B. Lactamines, cyclines
  - Moindre degré aux macrolides

# *Treponema pallidum* variété S





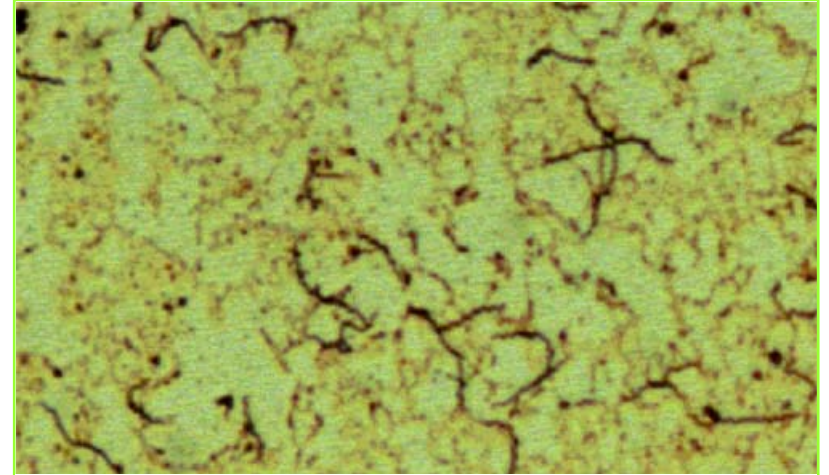
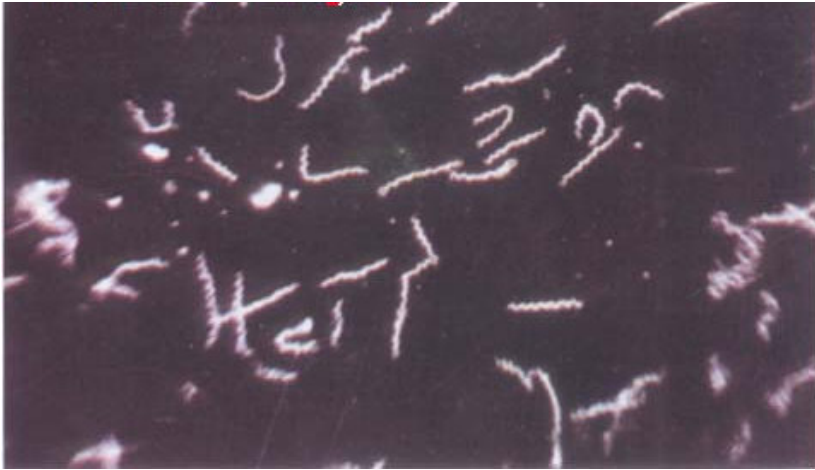
# *Treponema pallidum* variété S



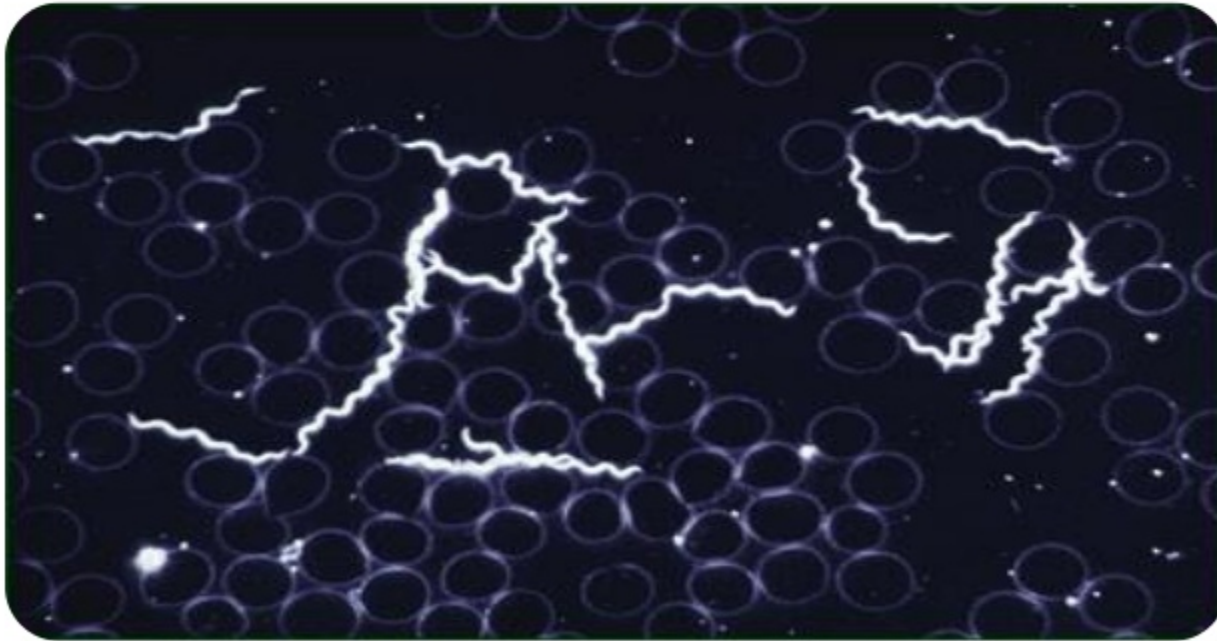
# *Treponema pallidum* variété S

- Allongé, 6 – 8 tours de spires
- Double mouvement: ondulation rigide et rotation axiale (déplacement majestueux)
- **Non coloré par le Gram**, mais fixe le Giemsa et la coloration de Vago (violet de méthyl)
- **MO à fond noir** et col° argentique: Genre T.
- Inoculation testicule lapin → 8J → orchite aiguë où pillule le *T.p*

# EN MICROSCOPIE



# *Treponema pallidum* variété S



# *Treponema pallidum* variété S

- Très proche des agents des tréponématoses non vénériennes:
  - La variété **M**: agent du bejel (syphilis endémique)
  - *T. pertenue*: Agent du pian
  - *T. carateum*: agent de la pinta ou caraté
- Afrique, Amérique latine et Asie
- Grande homologie d'ADN
- Distinction difficile: MO, inoculation, IF, Sérologie
- Proches des espèces de spirochètes commensales de la bouche → Examen direct ininterprétable

# EPIDEMIOLOGIE

- Pas de chiffre précis
- USA:
  - Moins de 50% des cas sont rapportés
  - 1950s: 6500 cas de Sire et Ire / an
  - 1960s:
    - 190000 – 30000 cas / an
    - Surtout les homosexuels
  - 1945 et 1982: Régression des cas de S neurologique de 90 à 10/100000
  - 1980s: légère diminution avec l'apparition du SIDA
  - 1985 – 1990:
    - Ré ascension
    - incidence de 20 / 100.000 h
    - Race noire, prostituées, toxicomanes,

# EPIDEMIOLOGIE

- 2000s: incidence faible: 2,1 cas /100.000 personnes
- **Des épidémies surviennent chez des MSM**
- Entre 2006 et 2007: augmentation des taux d'infection de 15,2% passant de 3,3 à 3,8 cas /100000 personnes
- 84% des cas rapportés en 2004 au CDC: des hommes
- **Des augmentations des taux d'infection** ont été aussi vues chez
  - des femmes
  - Différents groupes d'âge
  - Différentes ethnies

# EPIDEMIOLOGIE ACTUELLE

- OMS: Recrudescence depuis 2000:
  - 12 millions de nouveaux cas/ an
  - 90% dans les PED
- Ces dernières années : **augmentation** des cas de S Ire et Iler aux **USA** et des pays **européens**



# EPIDEMIOLOGIE ACTUELLE

- Europe:

- Contraste Est – Ouest:

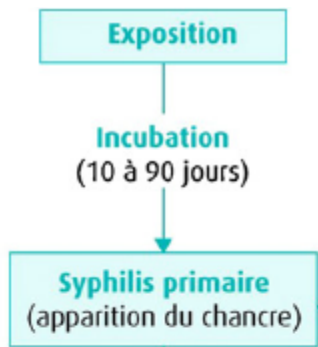
- Europe de l'Ouest: MSM et VIH (+)
    - Europe de l'Est et Ex – URSS:
      - Prostitution (10F/1H)
      - Drogues IV

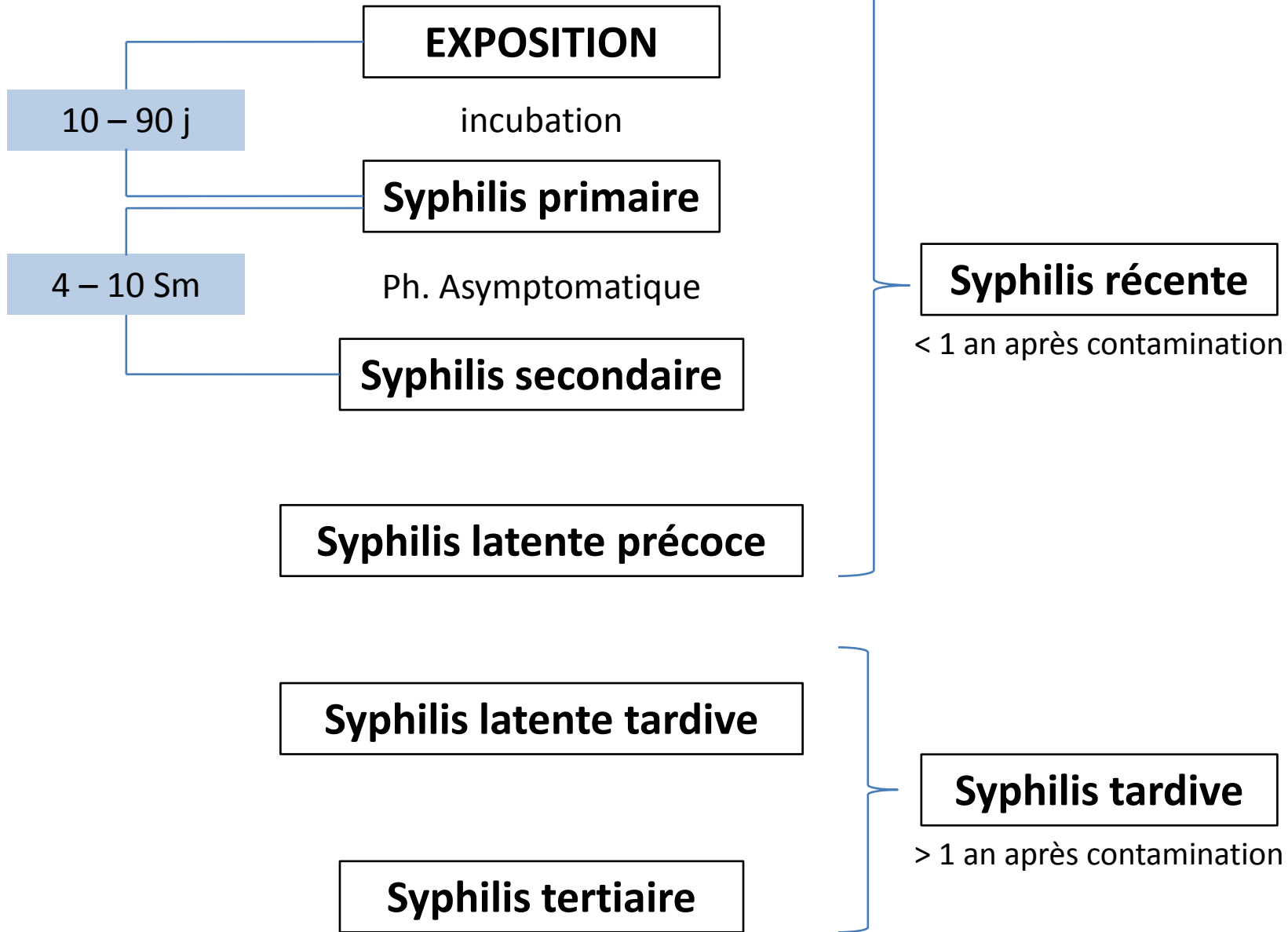
- USA:

- Côtes: MSM et VIH (+)
  - Sud:
    - Hétérosexuels en situation précaire
    - Consommation de drogue
    - 60% des femmes

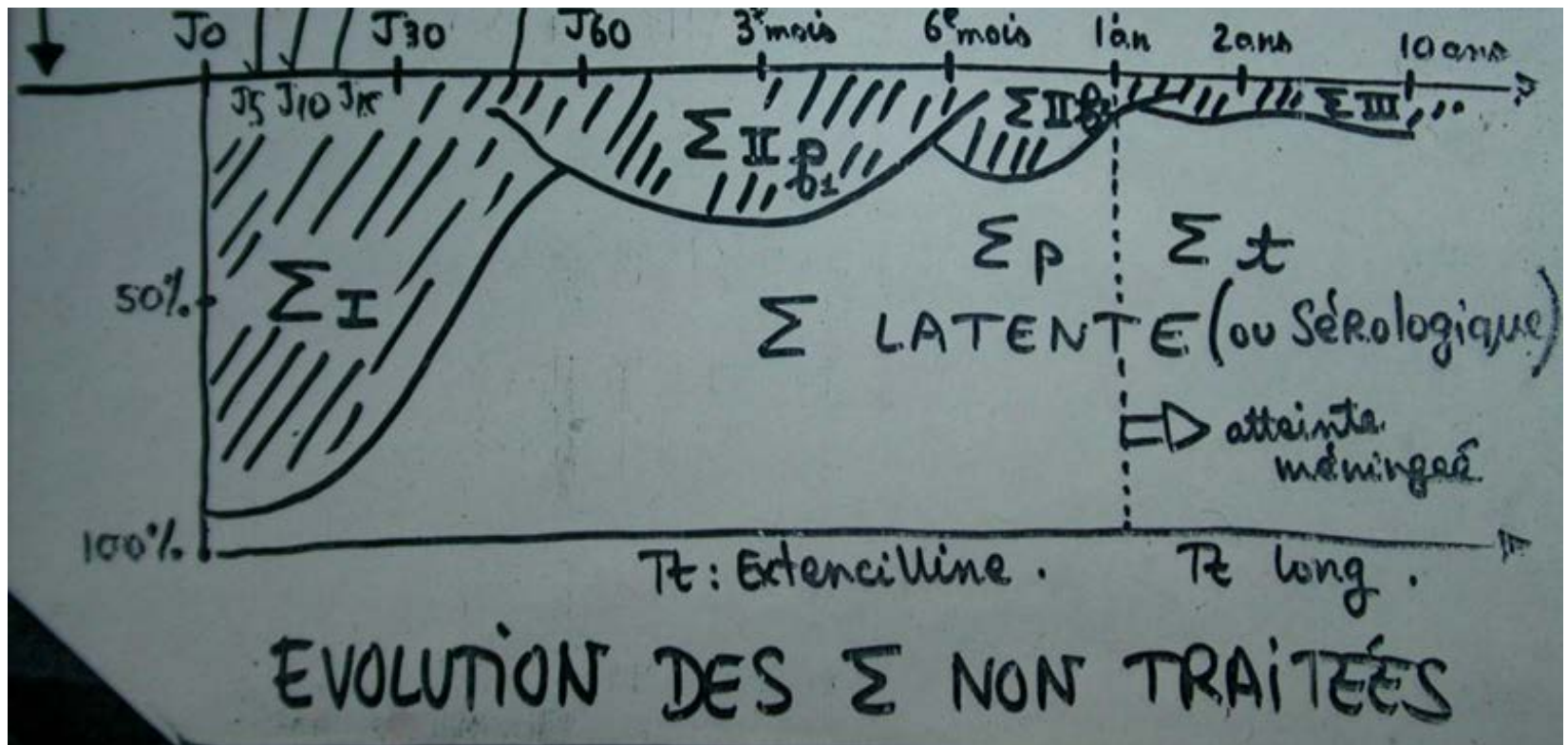
# IMMUNITÉ

- Contact sexuel avec un syphilitique: Ctm° dans 30%
- Immunité peu connue
- Surtout cellulaire
- Les Ag protéiques Membranaires:
  - Peu nombreux
  - Ancrés dans les lipides de la Mb interne
  - Peu accessibles aux Ac et difficiles à cloner
  - Sont à l'origine d'Ac
- Ne confère pas une immunité durable
- À risque:
  - Les sujets vierges d'infection
  - S'Ire traitée précocement





# HISTOIRE NATURELLE



# SYPHILIS PRIMAIRE

- Le chancre au point d'inoculation
- ADP satellite

# LE CHANCRE

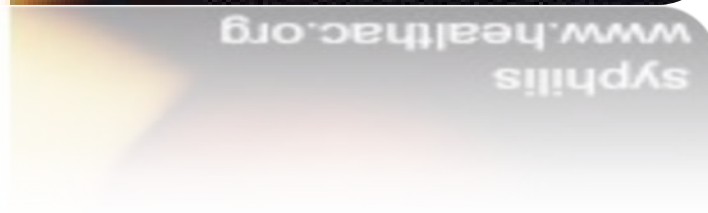
- 10 – 90 j après inoculation (3 Sm)
- Exulcération:
  - 5 – 10 mm
  - Unique
  - propre
  - Indolore
  - Indurée
- Cicatrisation:
  - sous traitement :10 – 14j
  - sans traitement :3 – 6 Sm (Pigmentation: 1/3)

# LE CHANCRE





# LE CHANCRE



# LE CHANCRE



# LE CHANCRE



# LE CHANCRE



# LE CHANCRE



# LE CHANCRE



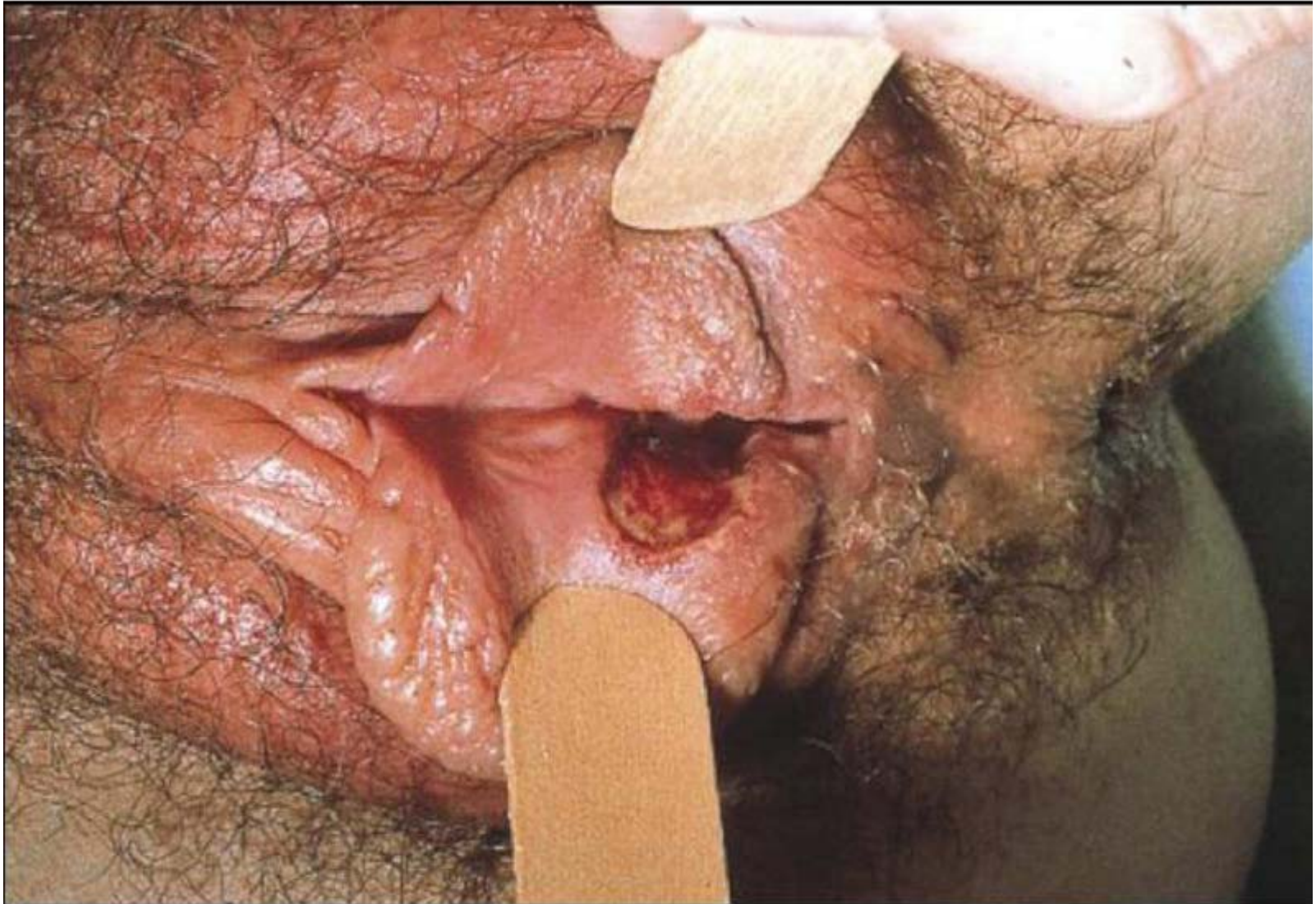
一期梅毒 (示硬下疳)

何春濠 提供



21-28 硬下疳(阴唇部)

# LE CHANCRE



# LE CHANCRE



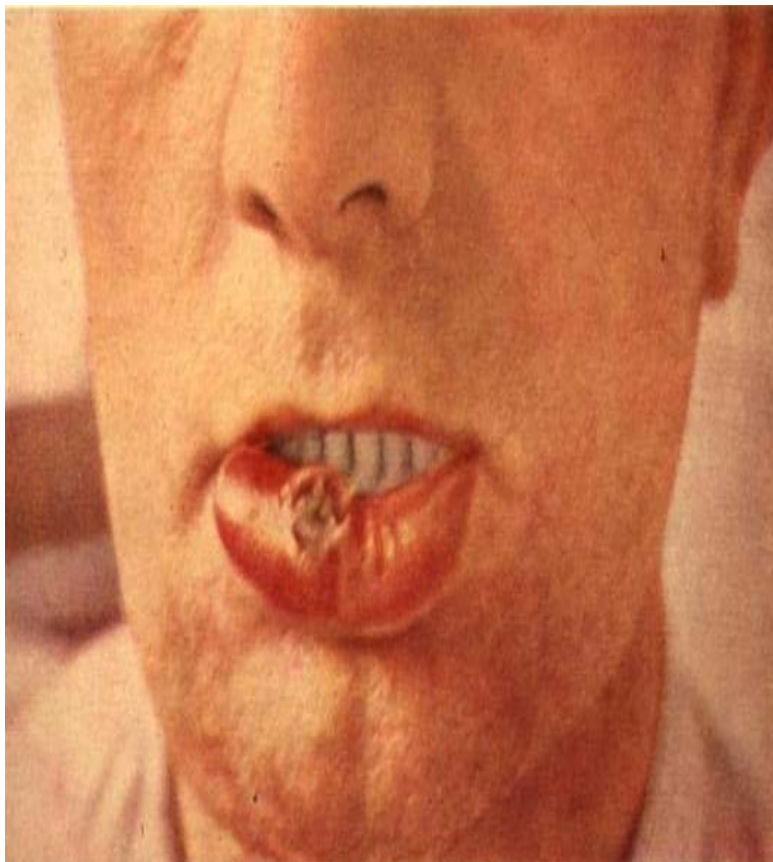


# LE CHANCRE



*Collection of Nicholas Fiumara, MD*

# LE CHANCRE



# LE CHANCRE



# LE CHANCRE

- Ces particularités ne sont pas caractéristiques
- Multiples
- Nain, géant
- Dououreux, inflammatoire (surinfection)
- mixtes

# ADP stellite

- 4 – 7 j après le chancre
  - Souvent non douloureux
  - Unilatéral
  - Xples petits gg centrés par un plus volumineux
  - Pas de périadénite
- 
- Sous traitement:      disparaît après le chancre
  - Sans traitement :      persiste des mois

# ADP stellite



# SYPHILIS SECONDAIRE

- C'est la phase de dissémination septicémique
- 2 mois après le contage
- Peut coexister avec le chancre
- Manifestations:
  - Éruption C et M polymorphe: grande simulatrice
  - Signes locaux
  - Signes généraux

# PREMIERE FLORAISON ROSEOLE

- Marque le début de la S IIre
  - **Macules roses pâles** de 5 – 15 mm
  - Tronc et racines des membres
  - Non confluentes ni prurigineuses
  - Régression spontanée
  - Passe souvent inaperçue
  
- Dure 7 – 10 j









# 2<sup>ème</sup> FLORAISON

## SYPHILIDES

- Surviennent entre 2<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> mois
- Durent de 1 à 6 mois
- Polymorphisme clinique
  - Papules rouge cuivrées parfois recouvertes de squames
  - Non douloureuses ni prurigineuses
  - Non confluentes
  - Symétriques sur le tronc, les membres et le visage
  - Palmoplantaires: non papuleuses mais infiltrées
  - Plis: aspect érosif
  - Périnéales et génitales: papuloérosives, multiples, macérées, aspect végétant
  - Visage: regroupées, acné, dermatite séborrhéique







Cliché, N. Dupin, Ternier



Cliché, N. Dupin, Ternier



Syphilides Palmaires infiltrées





Lesions palmo-plantaires parfois psoriasiformes



















Cliché, N. Dupin, Tarnier



Cliché, N. Dupin, Tarnier

Syphilides érosives très contagieuses



Lésions plus frustes maculeuses ou uniques









**Florida STD/HIV**  
**PREVENTION TRAINING CENTER**



(c) University Erlangen,  
Department of Dermatology  
Phone: (+49) 9131-85-2727

# CONDYLOMA LATA





# CONDYLOMA LATA



# SIPHILIDES DU VISAGE



# PLAQUES MUQUEUSES

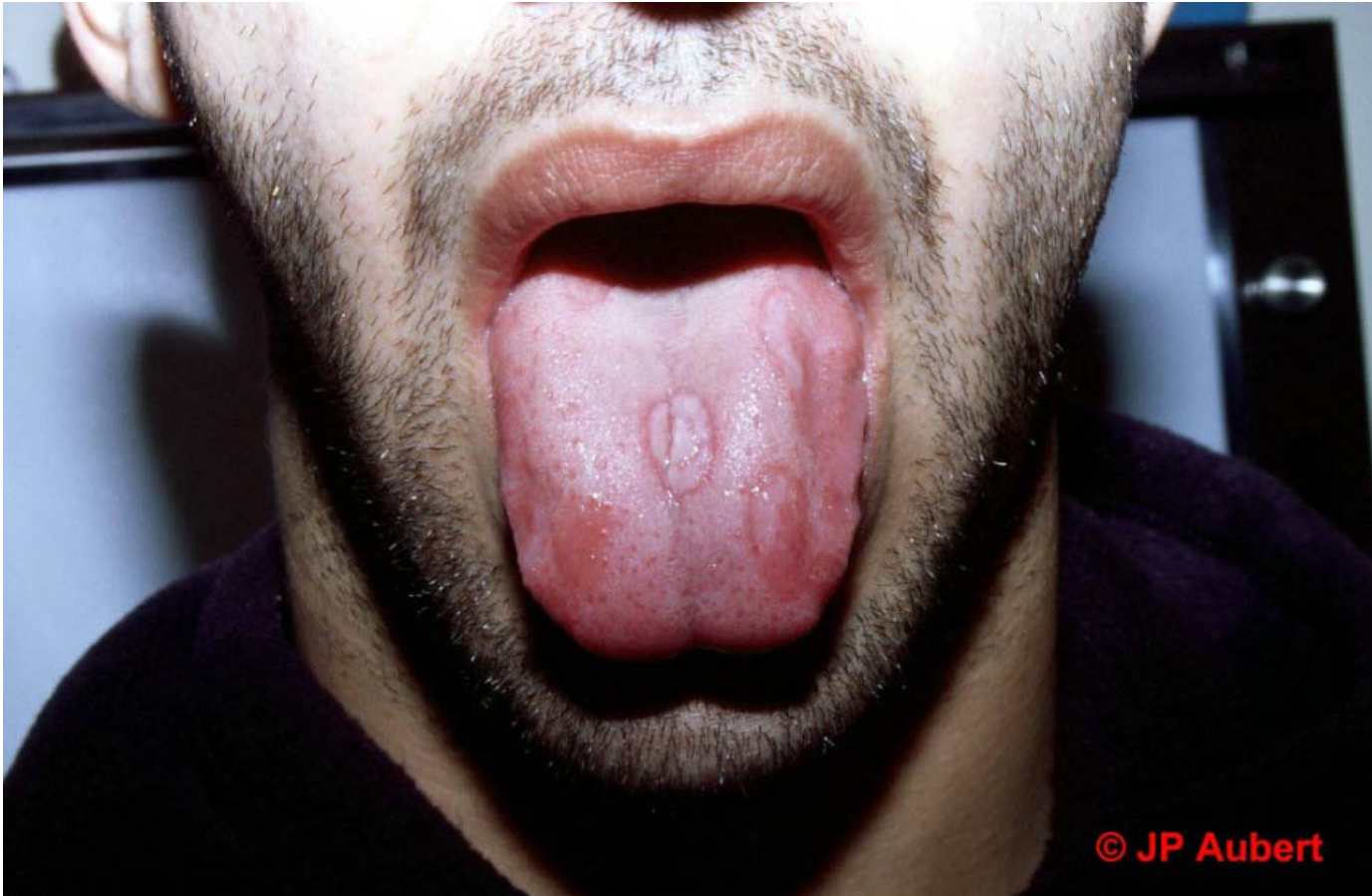
- Plaques maculopapuleuses
- Arrondies, indolores, bien limitées
- Peuvent s'ulcérées ou devenir végétantes
- Bouche, commissure labiale, organes génitaux
- Très contagieuses
- Durent des mois

# PLAQUES MUQUEUSES



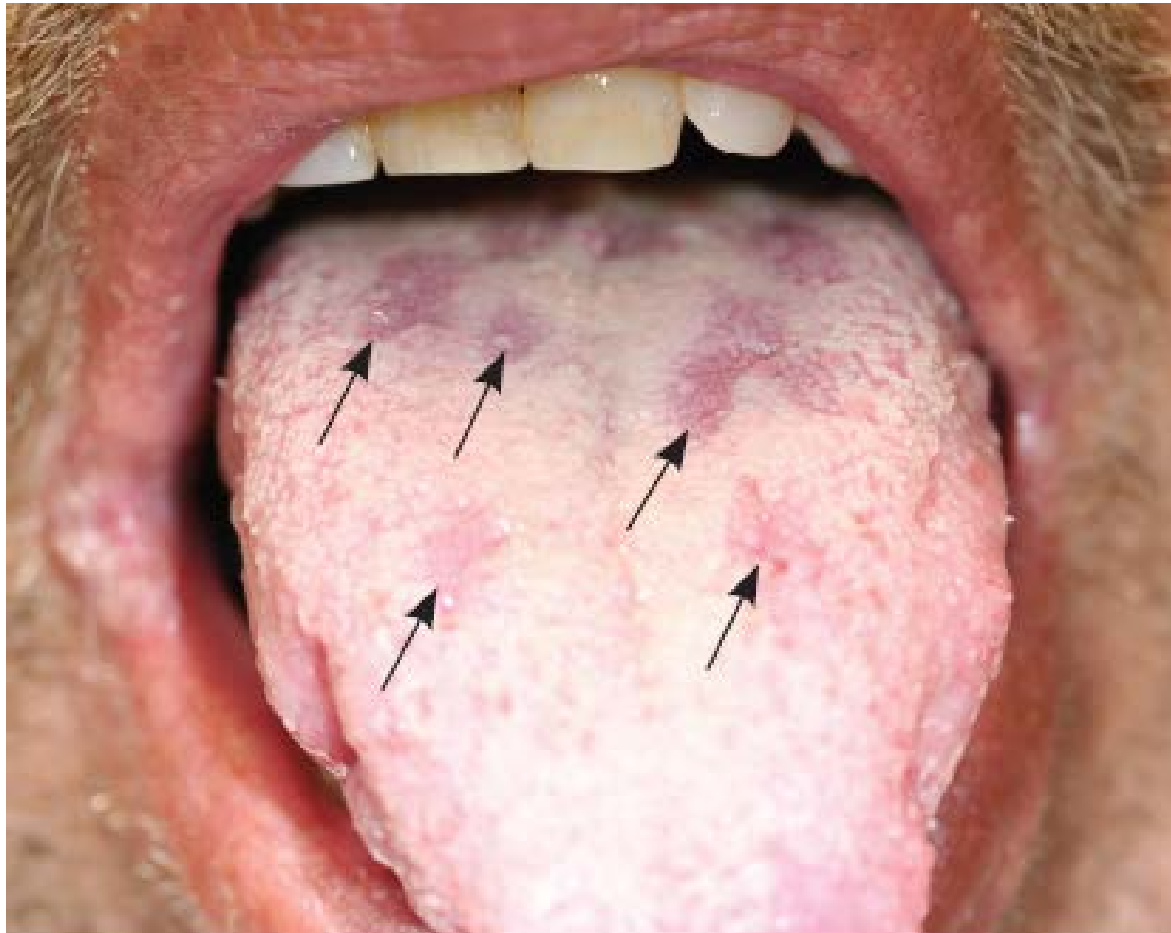
(c) University Erlangen,  
Department of Dermatology  
Phone: (+49) 9131-85-2727

# PLAQUES MUQUEUSES

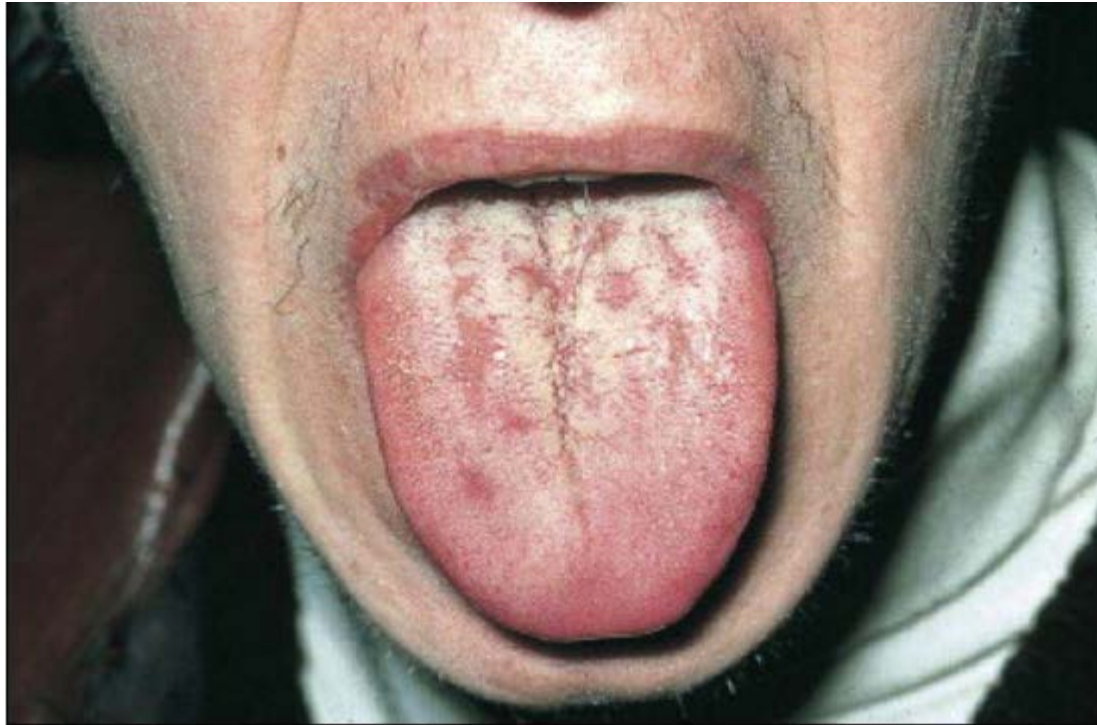


© JP Aubert

# PLAQUES MUQUEUSES



# PLAQUES MUQUEUSES



# PLAQUES MUQUEUSES





# FAUSSE PERLECHE



# ALOPECIE



# ALOPECIE

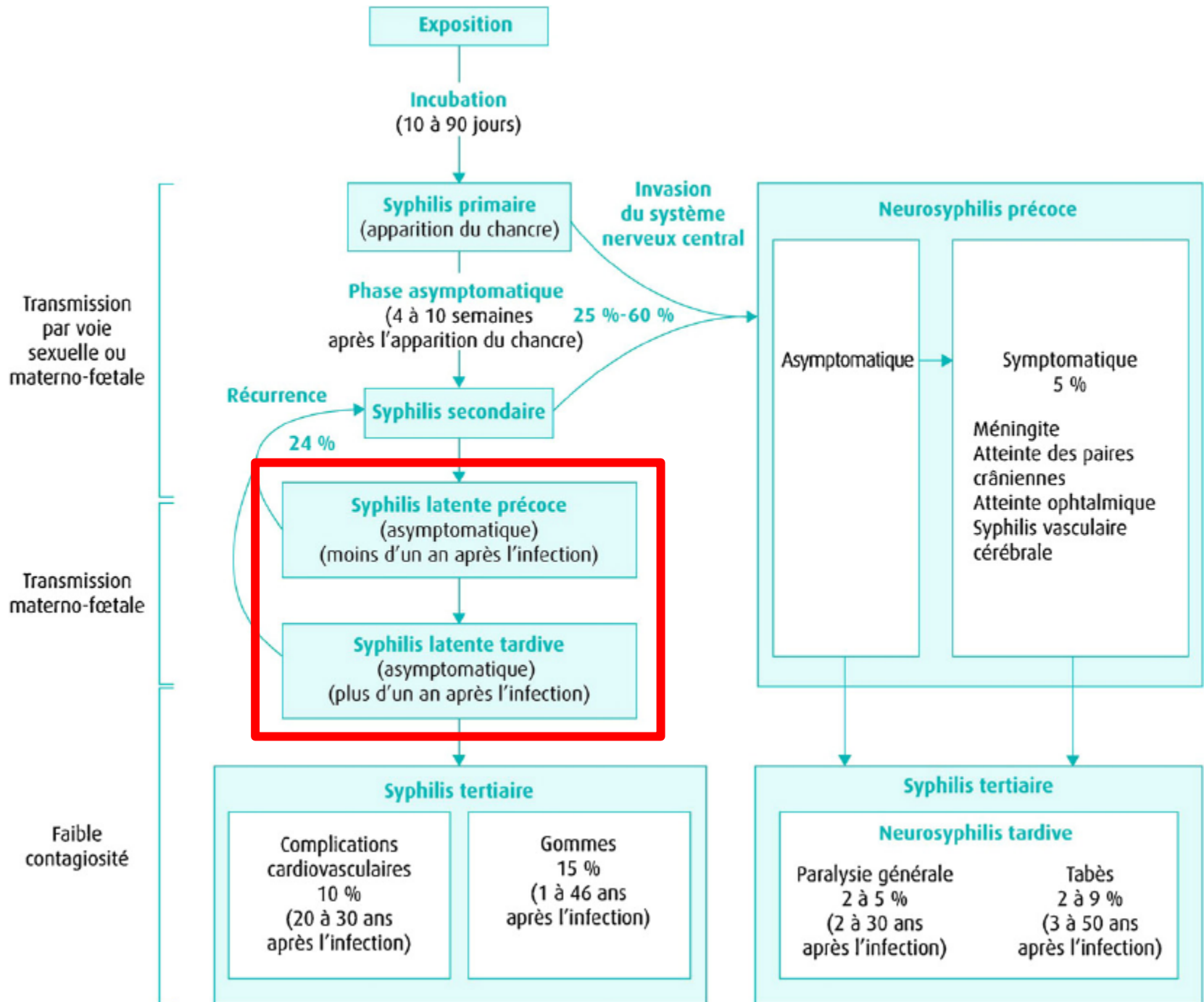


# SIGNES GENERAUX

- Poly ADP
- Fièvre
- Céphalée
- Polyarthralgies
- Douleurs osseuses
- AEG
- Sd méningé

# AUTRES MANIFESTATIONS

- Ostéo – articulaires
- GN
- Orchiépididymite
- Atteinte du SNC:
  - Fréquente dès ce stade
  - Quasi asymptotomique
  - Ne remet en question les schémas thérapeutiques  
Sauf chez les VIH (+)



Exposition

Incubation  
(10 à 90 jours)

Syphilis primaire  
(apparition du chancre)

Phase asymptomatique  
(4 à 10 semaines après l'apparition du chancre) 25 %-60 %

Syphilis secondaire

Récurrence  
24 %

Syphilis latente précoce  
(asymptomatique)  
(moins d'un an après l'infection)

Syphilis latente tardive  
(asymptomatique)  
(plus d'un an après l'infection)

Syphilis tertiaire

Complications cardiovasculaires 10 % (20 à 30 ans après l'infection)	Gommes 15 % (1 à 46 ans après l'infection)
--	--

Invasion du système nerveux central

Neurosyphilis précoce

Asymptomatique	Symptomatique 5 %
	Méningite Atteinte des paires crâniennes Atteinte ophtalmique Syphilis vasculaire cérébrale

Syphilis tertiaire

Neurosyphilis tardive	
Paralysie générale 2 à 5 % (2 à 30 ans après l'infection)	Tabès 2 à 9 % (3 à 50 ans après l'infection)

Transmission par voie sexuelle ou materno-fœtale

Transmission materno-fœtale

Faible contagiosité

# SYPHILIS LATENTE

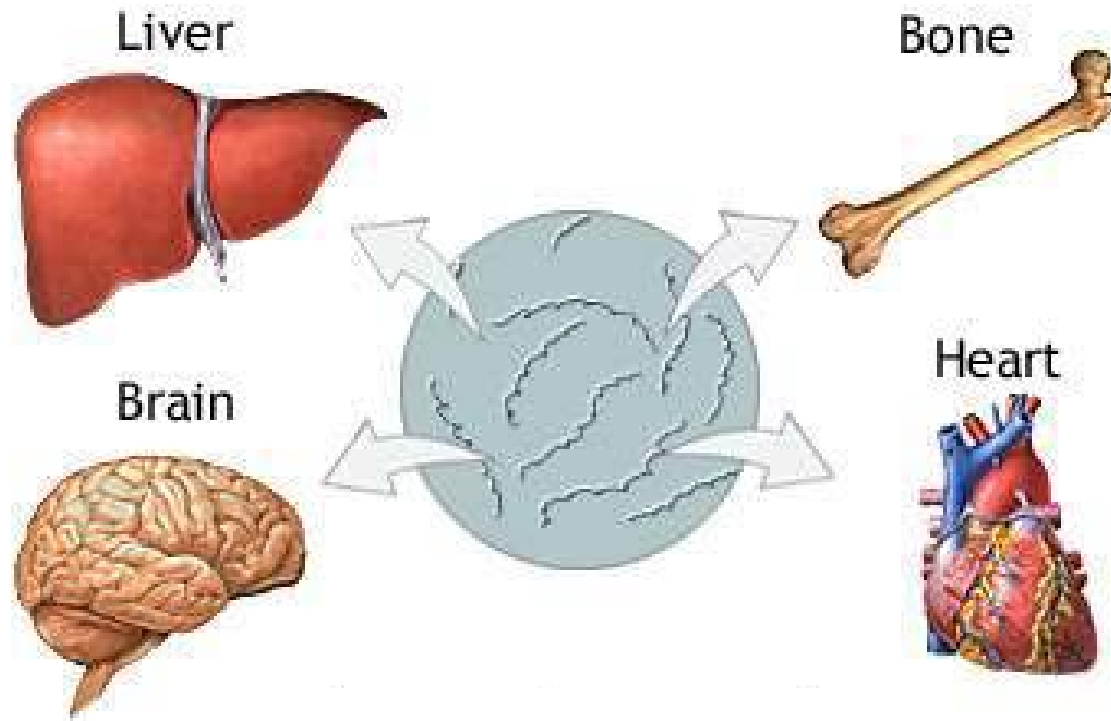
- Une phase latente asymptomatique
- Fait suite à la phase secondaire
- 23% des cas de Syphilis précoce:
  - Des récurrences cutanées ou muqueuses contagieuses
  - 90% de ces récurrences: pendant la 1<sup>ère</sup> année
- **D'où la classification:**
  - S. Latente précoce : < 1 an
  - S. Latente tardive : > 1 an
- 25% des S. latentes → la S.Illre, surtout après 1 an

# SYPHILIS LATENTE

- **Syphilis latente précoce:**
  - Phase asymptomatique
  - + 1 des événements dans les 12 derniers mois:
    - Une syphilis primaire ou secondaire
    - Une séroconversion ou x 4 le titre de VDRL
    - Contact sexuel avec une personne ayant une syphilis précoce confirmée ou présumée
- **Syphilis latente tardive:**
  - Absence de ces critères



# SYPHYLLIS TERTIAIRE



# SYPYLIS TERTIAIRE

- Associe diversement:
  - Lésions cutanéomuqueuses
  - Lésions osseuses
  - Lésions cardiovasculaires
  - Lésions neurologiques
- Réactions d'hypersensibilité
- Non contagieuses
- Lésions:
  - Granulomateuses, nécrose caséuse
  - Endartérite
  - Destruction
  - Fibrose

# SYPYLIS TERTIAIRE BENIGNE

- **Tubercules cutanés**: Nodules dermiques indolores, non prurigineux, rouge cuivré, 5-30mm → affaissement, ulcération, atrophie
- **Gommes cutanées**: Nodules hypodermiques de mêmes caractéristiques → U° granulomateuse, nécrose caséuse, cicatrice rétractile
- **Gommes muqueuses**

## Gommes de la face



# GOMMES

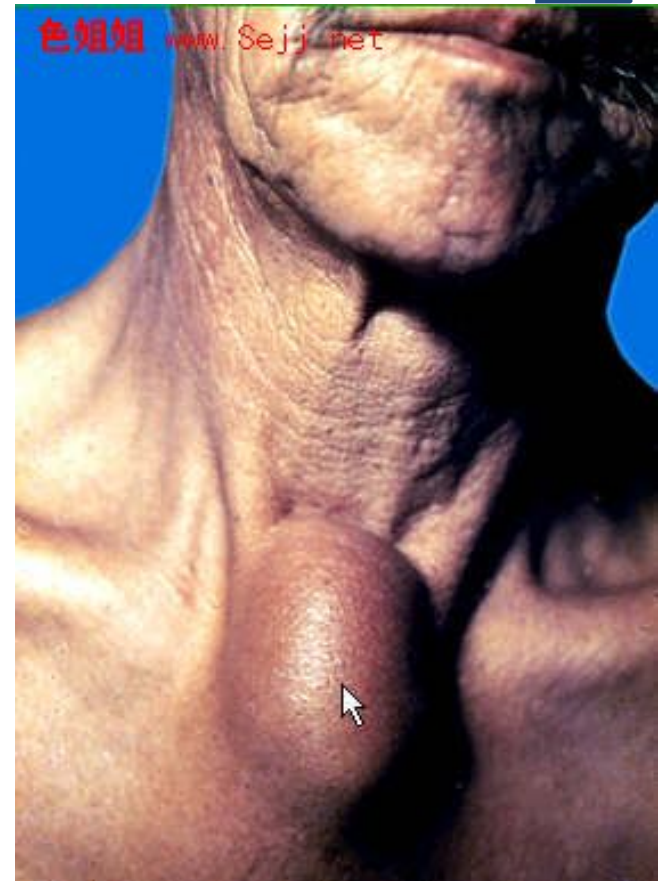


# SYPHILIS CARDIO VASCULAIRE

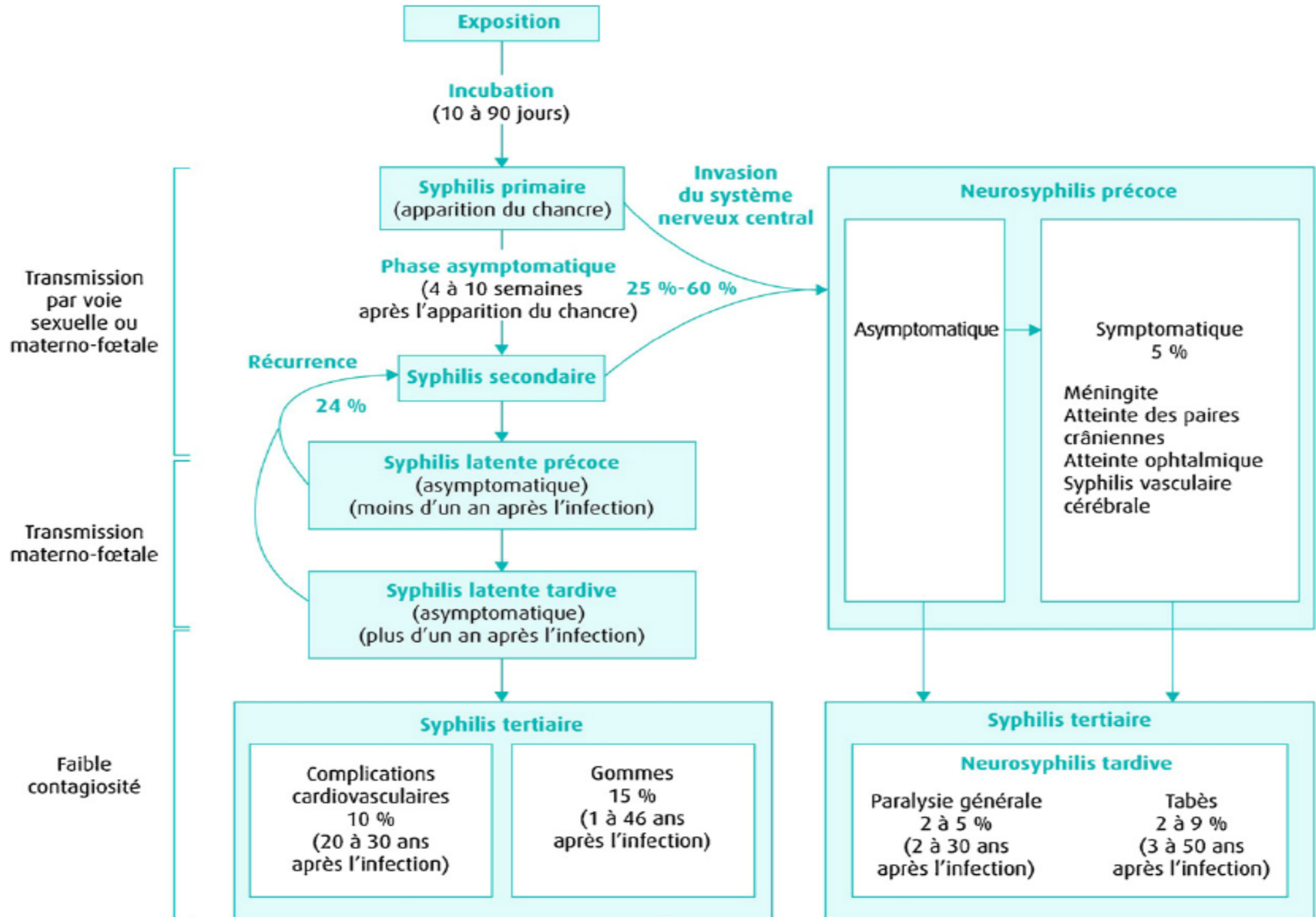
- > 20 – 40 ans d'évolution
- Insuffisance Aortique
- Anévrisme calcifié de l'Aorte thoracique
- Coronarite

# Anévrisme de l'Aorte

主



# NEUROSYPHILIS





# NEUROSYPHILIS LATENTE

- L'atteinte du SNC peut se voir à tous les stades
- La Neurosyphilis à traitée à part (dh de la SIIIre)
- Avant l'ère des ATB:
  - Anomalies asymptomatiques du LCR possibles au cours de la S Ire ou IIre (GB, Prachie, Sérologie+)
  - T.p peut se voir dans LCR en dh d'anomalies du LCR
- Les anomalies asymptomatiques du LCR de la Sy précoce ne remettent pas en cause les schémas thérapeutiques de la Sy précoce

# NEUROSYPHILIS

- Indications à la PL:
  - Signes neurologiques ou ophtalmiques
  - Syphilis latente tardive
  - Syphilis de durée indéterminée chez un VIH(+)
  - Syphilis tertiaire active
  - Echec à M12 du TTT d'une syphilis non neurologique:
    - Signes neurologiques ou ophtalmiques
    - VDRL  $\geq 1/32$  ou non réduit 4 x
  - Tous les VIH avec syphilis

# CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA NEUROSYPHILIS

- Manifestations cliniques compatibles sans autres explications

Ou

- VDRL (+) dans le LCR

Ou

- Anomalie du LCR:

– > 10 – 20 EB

Ou

– Proteinorachie > 0,5 g /l

# NEUROSYPHILIS SYMPTOMATIQUE

- Plusieurs symptômes
- Peuvent survenir à n'importe quel moment après une S Ire
  - Méningite aiguë avec signes basilaires
  - Méningo encéphalite: avec convulsions, HTIC
  - Méningite chronique
  - Syphilis vasculaire cérébrale ou spinale
  - Paralyse générale: troubles f() supérieures
  - Tabès: ataxie leucomotrice progressive
  - Gommès SNC: sd tumoral
  - Uvéite, rétinite, atrophie optique

# EXPOSITION

incubation



## Syphilis primaire

Ph. Asymptomatique

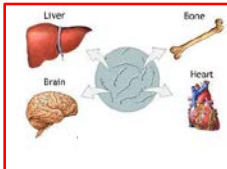


## Syphilis secondaire

## Syphilis latente précoce

## Syphilis latente tardive

## Syphilis tertiaire



## Syphilis récente

< 1 an après contamination

## Syphilis tardive

> 1 an après contamination

**DIAGNOSTIC POSITIF**

# DIAGNOSTIC DIRECT

- MFN
  - Sérosité:
    - Raclage du fond du chancre
    - Syphilides papuleuses érosives
  - Sensibilité: 35 – 75 %, Spécificité: 100%
  - Difficulté d'interprétation pour les lésions buccales
- Examen microscopique après application d'Ac marqués par une fluorescence

# DIAGNOSTIC DIRECT

- PCR
  - Prélèvement sur le même type de lésions
  - Écouvillon sec à température ambiante
  - Mauvaise sensibilité sur le sang et le LRC
  - Résultat retardé



# SERODIAGNOSTIC

- En défaut à l'incubation + début de la phase primaire
- Performant au stade secondaire
- Seul moyen du diagnostic à la phase latente
- Au cours de l'évolution: TNT

# SERODIAGNOSTIC

- Association:
  - Tests non tréponémiques (TNT)
    - Non spécifiques
    - Utilisent des Ag cardiolipidiques
    - Détection des Ac anticardiolipidiques
    - Ac anticardiolipidiques sont produits contre les phospholipides libérés par l'endothélium vasculaire au cours de la vascularite syphilitique (et vascularite d'autres étiologie).
  - Tests tréponémiques

# TESTS NON TREPONEMIQUES

- VDRL et RPR (Rapid Plasma Reagin ):
  - Simples
  - Peu onéreux
  - Rapides
  - Phénomène de zone possible:
    - 2% des S Ilres
    - Plus fréquent en cas de grossesse
  - Des faux positifs +++ → tests tréponémiques

# VDRL

- Se positive rapidement : 10 – 15 j du chancre
- Titre max à la S Ilre et latente précoce
- Diminue après même sans traitement
  - $< 4, < 8$  : taux faible
  - $> 32$  : taux élevé

# TESTS TREPONEMIQUES

- Utilisent des Ag tréponémiques
- Plus sensibles et plus spécifiques
- Se positivent **avant** les TNT

# TPHA

- T. pallidum haemagglutination assay
- Se positive dès le 5<sup>ème</sup> j du chancre
- > 5j de chancre, un TPHA<0 élimine la syphilis
  
- Rares faux (+):
  - Infections: Lyme, **TNV**, lèpre, paludisme, MNI
  - LES

# TPHA

- Titre = 80: est un test (-)
- Est considéré (+) si titre  $\geq 160$
- Entre 160 et 640 : titre faible
- $\geq 1280$  : titre élevé

# VARIANTES DE TPHA

- TPPA : TP particules agglutination
- MHA-TP: Microhaemagglutination test for antibodies to T.P



# FTA-Abs

- FTA-Abs: fluorescent treponema antibody absorption
- FTA: Réaction d'IFI
- FTA-Abs: éliminer les faux (+) dus aux Ac dirigés contre les Tréponèmes commensaux

# FTA-Abs IgM

- Avantages:
  - Précocité: avec le chancre
  - Sensibilité
  - Spécificité
  - Détection des IgM:
    - FTA – IgM: peu sensible et n'indique pas forcément une infection récente
    - Intérêt chez le Nss né avec sérologie (+)
    - Dans le LCR: intérêt pour la neuroSy
- Coûteuse: pas en routine

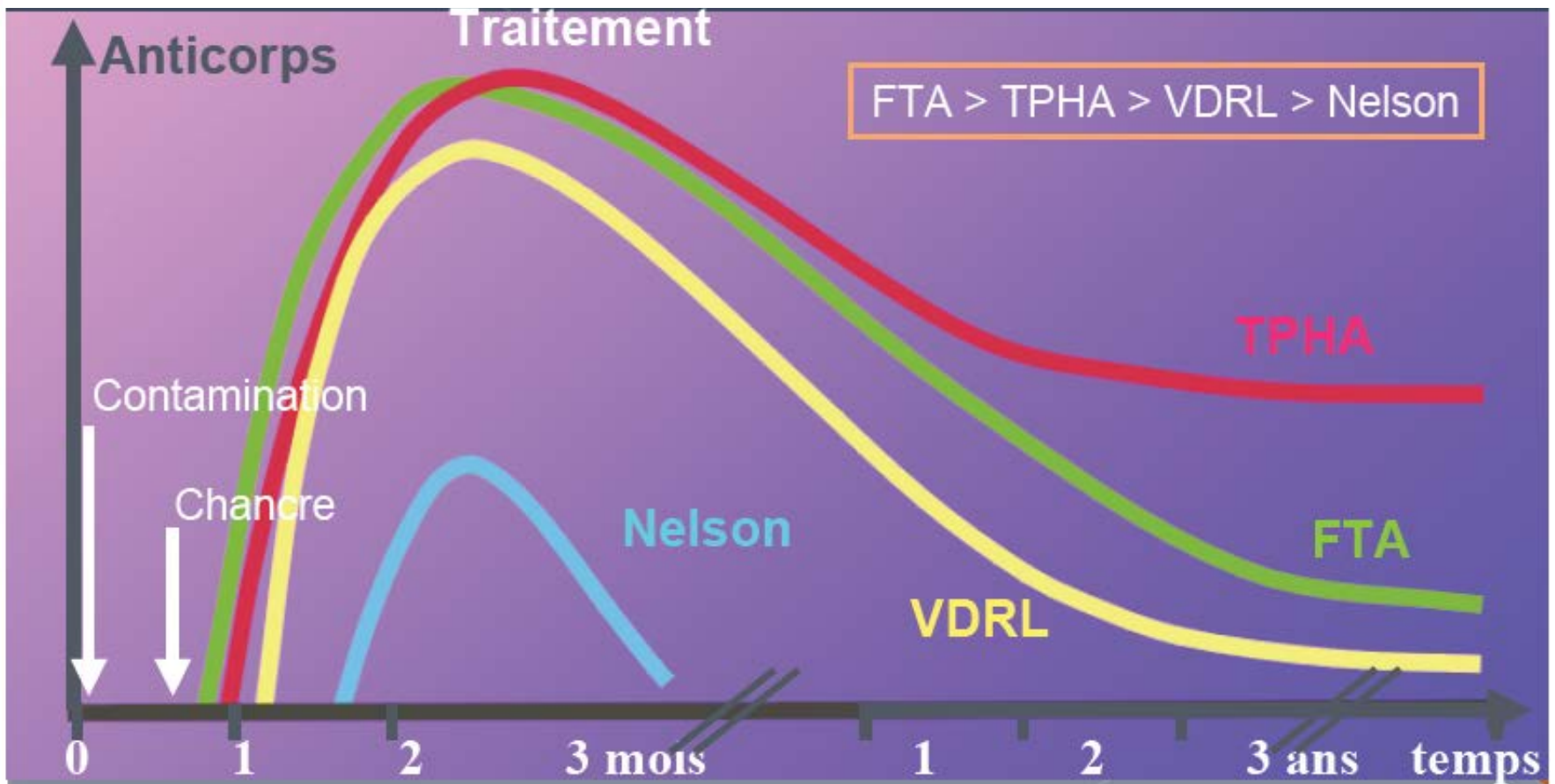
# ELISA

- Automatisable, reproductible, simple, rapide
- Sensibilité et spécificité : 100%
- Se + rapidement surtout ELISA IgM (avec FTA)
- La présence d'IgM affirme l'évolutivité de la Sy
- Les **IgM** ne passent pas:
  - Le placenta: intérêt dans la SC
  - Le LRC: intérêt dans la neuroSy

# WESETRN BLOT

- Permet de détecter les IgM
- Bonne sensibilité et spécificité
- Coûteux
- Réservé à une confirmation en cas de discordance

# CINETIQUE DES ANTICORPS



# CINETIQUE DES ANTICORPS

- **Apparition des Ac:**
  - ELISA : 5<sup>ème</sup> j du chancre
  - FTA : 5 – 7<sup>ème</sup> j du chancre
  - TPHA : 7 – 10<sup>ème</sup> j du chancre
  - VDRL : 10 – 15<sup>ème</sup> j du chancre
- Type d'Ac: IgM (75%) et IgG (25%)
- Progressivement:
  - Les IgG augmentent
  - Les IgM persistent

# CINETIQUE DES ANTICORPS

- Sans traitement:
  - Titre augmente pour → un max vers le 6<sup>ème</sup> mois
- Sous traitement:
  - Surveillance par VDRL jusqu'à la guérison
  - À M3 : baisse de 2 dilutions
  - À M6 : baisse de 4 dilutions
  - À M12 : négativation si S Ire
    - : 15% ne se négative pas
  - À M24 : négativation si S IIre
  - En cas de ré ascension du VDRL x 2 dilutions → retraiter

# INTERPRETATION

- 4 règles :
  - VDRL n'est pas spécifique des tréponèmes
  - TPHA et FTA: spécifique de *Treponema* mais pas de l'espèce *pallidum*
  - Contrairement au TPHA, le VDRL diminue 6 – 12 mois après guérison.
  - Ces tests peuvent se positiver avec retard → savoir les répéter 2 – 3 Sm après



	TPHA+	TPHA–
VDRL+	<p>Syphilis active (après le 15<sup>e</sup> jour du chancre).</p> <p>Tréponématose endémique active.</p> <p>Tréponématose (syphilitique ou endémique) récemment guérie.</p>	<p>Absence de tréponématose (faux positif)<sup>a</sup> : infections (bactériennes [mycoplasme, borréliose, lèpre], virales [mononucléose infectieuse, hépatite virale] ou parasitaires), maladies immunologiques (lupus, polyarthrite rhumatoïde, autres connectivites, anticorps antiphospholipides), gammopathie monoclonale, néoplasies, hépatopathie, sujet âgé, grossesse.</p>
VDRL–	<p>Syphilis primaire active vue précocement (chancre à j10–j15).</p> <p>Tréponématose (syphilitique ou endémique) guérie.</p> <p>Syphilis secondaire avec phénomène de zone (VDRL très élevé).</p> <p>Syphilis tertiaire non traitée, après plusieurs années d'évolution (rarissime).</p>	<p>Absence de tréponématose.</p> <p>Syphilis récente, avant le 10<sup>e</sup> jour du chancre (inoculation &lt; 1 mois).</p> <p>Syphilis traitée précocement et guérie.</p>

<sup>a</sup> Le FTA est négatif dans cette situation.

# DANS LE LCR

TPHA	VDRL ou FTA abs	Interprétation
+	Au mois l'un est +	Neurosyphilis <sup>a</sup>
+	—	Cas douteux <sup>b</sup>
—	—	Pas de neurosyphilis

<sup>a</sup> Faire une ponction lombaire de contrôle à six semaines.

<sup>b</sup> Possible sérologies faussement négatives dans le LCR : se baser sur la clinique, la cytorachie et la protéinorachie.

# SEROLOGIE CHEZ LE VIH (+)

- Même interprétation des tests sérologiques
- Augmentation des faux (+) et faux (-)
- Décroissance des taux VDRL: même que VIH(-)

# TRAITEMENT

- Syphilis précoce: Ire, Ire, latente précoce (<1 an):
  - Extencilline: 2,4 MU en IM une seule dose
  - Allergie péni:
    - Doxycycline: 100 mg x 2 / j x 14 j
    - Sur terrain VIH+:
      - Tests allergologiques
      - Induction de tolérance
    - Macrolides ou Azithromycine 500mg/j x 10j: efficace mais non recommandés
  - Dépistage et traitement des partenaires

# TRAITEMENT

- Syphilis latente tardive (>1 an) ou non datée:
  - Extencilline: 2,4 MU en IM/ 7j x 3 inj
  - Allergie péni: Doxycycline: 100 mg x 2 / j x 28 j

# TRAITEMENT

- Syphilis latente tardive (>1 an) ou non datée:
  - échec d'un premier traitement
  - VIH(+) allergique à la pénicilline
    - ➔ Pénicilline G: 18 – 24 MU en perf°/j x 10 – 15 j

# TRAITEMENT

- Syphilis tertiaire non neurologique:
  - Pénic G: 18 – 24 MU en perf°/j x 10 – 15 j

# TRAITEMENT

- Syphilis neurologique ou ophtalmique:
  - Pénicilline G: 18 – 24 MU en perf°/j x 10 – 15 j
- Puis
  - Extencilline: 2,4 MU en IM en une dose
  - Allergie pénicilline:
    - Documenter
    - Induction de tolérance
    - Céftriaxone 2g / J (IV) x 14 j (n'est pas bien validée)



# TRAITEMENT

- VIH (+):
  - Même traitement que l'immunocompétent
  - Allergie à la pénicilline:
    - Préférer la désensibilisation
    - Efficacité de la doxycycline n'est pas validée mais sera possible dans la Sy précoce

# REACTION DE JARISCH-HERXEIMER

- Quelques heures après inj d'extencilline
- Souvent bénigne
- Lyse massive du *T.p* sous ATB
- Fièvre + aggravation clinique (surtout cutanée)
- Céphalée, myalgies, malaise, TC, TA basse
- Plus fréquente avec la Sy lire

# REACTION DE JARISCH-HERXEIMER

- Risque particulier: Nv né, **Gsss** et Sy IIIre
- Traitement symptomatique
  - Paracétamol
  - AINS
  - Corticoïdes
- Indications de prévention: pas de consensus

# REACTION DE JARISCH-HERXEIMER

- Prévention systématique par corticoïdes:

- Sy Ilre : 3j

- NeuroSy : 3j

- Gsss : 5j ( $\frac{1}{2}$  -  $\frac{1}{3}$  mg.kg.j)

- Risque de trouble du rythme cardiaque foetal
    - Risque de contractions utérines
    - Prévention systématique controversée

# LA DESSENSIBILISATION A LA PENI

- En milieu hospitalier
- Test épi cutané à la pénicilline: (+)
- Administration:
  - Orale
  - 14 doses croissantes de pénicilline
  - Rythme: 1 x /15'
- Arriver à une dose totale de 1,3 MU
- 30 mn de surveillance
- Administration du traitement

# **PARTICULARITES DE LA SYPHILIS CONGENITALE**

# EPIDEMIOLOGIE SC

- Plusieurs faits de la SC : connus depuis 100 ans
- Découverte de la péni + Dépistage de la SC:
  - PEA : Presque éliminée
  - PED : Encore problématique

# DANS LE MONDE

- **De part le monde**: 1M de Gsss + Sy:
  - 270.000 : Nv nés avec SC
  - 460.000 : Avtement ou mort périnatale
  - 270.000 : Prématurité ou faible poids de naissance
- **Dégâts > ceux du VIH ou le tétanos**



# EPIDEMIOLOGIE SC

- Sy et vih: susceptibilité augmente pdt grossesse
- La Sy facilite la transmission du VIH
- → situation tragique en Afrique
  - Plus de dépistage et de ttt contre le VIH
  - Moins de dépistage et ttt pour la Sy
- des enfants évitent le VIH et meurent de SC

# PED

- PED:
  - Syph chez F enceinte:
    - Asie:<5%
    - Amérique latine: 5 – 10 %
  - En Afrique:
    - 1/3 des mort nés sont liés à la SC
    - Prévalence chez la femme enceinte: 10% à 17%
    - La ré infection au cours de la grossesse :10 %

# PEA

– GB:

- 1,9 cas /100.000 naissances vivantes

– USA:

- 10,1 /100000 naissances vivantes en 2008

– Ex URSS:

- 8,5 cas /100.000 naissances vivantes

# SYPHILIS MATERNELLE

- La Sy Ire
  - Passe souvent inaperçue
  - Contagieuse +++
- La Sy Ilre:
  - Des Sm ou mois après
  - Phase de dissémination
  - La Sy est plus contagieuse à ce stade qui peut durer jusqu'à un an
- La Sy latente:
  - Succède à la Sy Ilre
  - Peut être contagieuse pour le BB

# MODES DE TRANSMISSION

- Transmission In utero +++
- Transmission au cours de l'accouchement: rare
- Transmission post natale: exceptionnelle
- Transmission par le lait: aucun cas décrit

# RISQUE DE TRANSMISSION

- Fonction de:
  - Stade de la syphilis maternelle
  - Terme de la grossesse

# RISQUE DE TRANSMISSION

- La charge bactérienne maternelle:
  - importante après sa contamination
  - diminue avec le temps
- Le risque est plus important
  - Si la contamination de la mère est récente
  - Avec la Sy Ire
- Le risque et la sévérité de l'infection diminue avec le nombre de grossesses

# RISQUE DE TRANSMISSION

- Sy Ire ou Ire précoce : 60 – 100%
- Sy latente précoce : 40%
- Sy latente tardive : 8%



# RISQUE DE TRANSMISSION

- Plus le terme avance, plus le risque est élevé
- Le risque:
  - Est absent:
    - Avant 11 SA
    - Si la Sy M est tardive de plus de 8 – 10 ans
  - Possible au 2 et 3ème Trm
  - Plus important en s'approchant de l'accouchement

# PHYSIOPATHOLOGIE

- Atteinte placentaire avec baisse du flux sg
- Infection fœtale directe

# GRAVITE DE LA SC

- En cas de Sy M symptomatique récente:
  - 50% de mortalité in utero et néonatale
  - 50% des Nv nés font une SC symptomatique
- En cas de Sy M latente récente:
  - 20% de mortalité in utero et néonatale
  - 20% de prématurité
  - 40% des Nv nés font une SC symptomatique
- En cas de Sy M tardive:
  - 0 % de mortalité
  - 10% de prématurité
  - 10% des Nv nés font une SC

# DEVENIR LE L'INFECTION FŒTALE

- Selon la gravité de l'infection foetale on peut avoir:
  - Avortement spontané : 20 – 40 % des cas
  - Mortinatalité : 20 – 25 % des cas
  - Prématurité avec SC : 15 – 55 % des cas
  - Naissance à terme avec SC: 40 – 70 % des cas

# SIGNES ECHOGRAPHIQUES EVOCATEURS

- MFIU
- RCIU
- Stries osseuses
- Anasarque fœto-placentaire

# EN CAS DE NAISSANCE VIVANTE

- Accouchement prématuré : 30 – 40 %
- Infection patente d'emblée : 1/3 des cas
- Infection retardée : 2/3 des cas



# SYPHILIS FŒETALE



Anasarque foetal





Atrophie et malnutrition



Myxoedème et hypothyroïdie



Distension abdominale et éruption

# SC PRECOCE

- Se révèle entre la naissance et 2 ans
- 80 % avant l'âge de 1 an
- L'équivalent congénital de la Sy IIre
  - Signes cutanés et muqueux
  - Signes osseux
  - Signes méningés
  - Atteintes viscérales diverses

# SC PRECOCE

- **Signes cutanés:**
  - Roséoles
  - Syphilides papuleuses
  - Plaques muqueuses
  - Périonyxis
  - Pemphigus pamloplantaires
  - Bulles sous cornées pamloplantaires
- **Rhinite croûteuse, intense, bilatérale +++:**
  - Avant l'éruption
  - Très destructrice → séquelles importantes
  - Riches en TP



Éruption cutanée



Hydrocéphalie éruption cutanée



Pemphigus syphilitique



Pemphigus syphilitique



Bulles palmaires





Lésions bulleuses







Rhinite et atteinte du palais





**Figure 2–25.** Eroded papular lesions of congenital syphilis.  
(Courtesy of Gabriela Lowy, M.D.)

# AUTRES ATTEINTES

- Ostéo chondrite des os long
- Périostite
- HSMG
- ADP
- Anomalies de la PL faite systématiquement
- Rénale, pulmonaire, oculaire....



Éruption cutanée et HSMG





HSMG



Ostéocondrite de l'ulna et du radius

# SC TARDIVE

- > 2 ans
- Équivalent congénital de la Sy IIIre
- F symptomatiques: 40% seulement
- Lésions **oculaires**:
  - Fréquentes
  - Kératite, chorioretinite,... → cécité sans ttt
- Atteinte **neurologique**: Méningite± symptomatique...
- Atteinte **oreille interne**

# LES STIGMATES

- Les séquelles observées de la SC
- Les rhagades:
  - Nez en lorgnette
  - Maxillaire court
  - Palais ogival
- Bosse frontale
- Tibia en lame de sabre
- Perforation palatine
- Dents de Hutchinson
- Triade de Hutchinson: kératite, att dents, surdité



Tibia en lame de sabre



Incisives courtes et à bord libre échancré



Bosse frontale

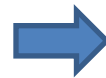


Nez en selle

# DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC

- Faibles taux de SC dans plusieurs pays
- Cliniciens peu habitués au Dg
- Majorité des enfants sont asymptomatiques à la naissance
- Importance de:

Historique du cas maternel  
Historique de sa gestion



Indication du traitement  
chez le BB asymptomatique

# DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC

- Passage transplacentaire des IgG maternelles
- IgM ne passent pas → Infection active
- Diagnostic possible par:
  - Détection des IgM chez le nv né (FTA, ELISA, WB)
  - MFN: cordon, placenta, lésions cutanées...



# DIAGNOSTIC DE SC

- Infection confirmée:
  - Identification du *T.p.* sur MFN ou par PCR sur
    - Sang du cordon ombilical
    - Liquide amniotique
    - Placenta
    - Sécrétions nasales ou buccales
    - Lésions cutanées
    - LCR: par PCR
  - La sérologie est alors positive
    - Ascension du titre des Ac sur 2 sérums successifs
    - Neurosyphilis congénitale: VDRL et FTA (+) dans le LCR

# DIAGNOSTIC DE SC

## Enfant < 2 ans

- Infection très probable:
  - Au moins 1 critère clinique + 1 critère biologique:
    - Critères cliniques:
      - Hépatosplénomégalie
      - Lésions cutanéomuqueuses
      - Condyloma lata
      - Rhinite persistante
      - Syndrome néphrotique
      - Ictère
      - Pseudoparalysie (due à une périostite et ostéochondrite)
      - Atteinte du système nerveux central
      - Anémie
      - Malnutrition
    - Critères biologiques:
      - Dg au moment de l'Accht d'une Sy maternelle non ou mal traitée
      - TT: TPHA / ELISA (+) avec VDRL BB  $\geq 4 \times$  VDRL maman
      - TT: TPHA / ELISA (+) avec IgM anti TP (+) chez le BB
      - VDRL (+) dans le LCR de l'enfant

# DIAGNOSTIC DE SC

Enfant < 2 ans

- Infection probable:

- Pas de critère clinique mais au moins un des critères suivants:

- Dg au moment de l'Accht d'une **Sy maternelle non ou mal traitée** (un TNT et 2 TT +)
- TT : TPHA/ELISA (+) chez le BB avec
  - VDRL BB > 4 x VDRL maman
  - Ou
  - IgM anti TP(+) BB
- VDRL (+) dans LCR du BB

# DIAGNOSTIC DE SC

## Enfant < 2 ans

- Infection possible:

- Pas de critère clinique mais au moins un des critères suivants:

- Dg au moment de l'Accht d'une **Sy maternelle** (un TNT et 2 TT +) **traitée correctement ou traitée plus d'un mois avant l'Accht avec une bonne décroissance sérologique ou persistance d'un taux stable et bas du VDRL**
- TT : TPHA/ELISA (+) chez le BB avec
  - VDRL BB < 4 x VDRL maman
- Ou
  - IgM anti TP(-) BB

# EVALUATION DU Nv Né

- Sy bien traitée avant Gsss

- Pas d'élévation du VDRL pendant la Gsss
- Pas de FR de ré infection pendant Gsss

➔ Pour le Nv né

Pas de suivi clinique

Pas de suivi sérologique

Pas d'exploration (Rx os, PL, Ex opht, PEA)

Pas de traitement de SC

# EVALUATION DU Nv Né

- SC confirmée ou très probable ou probable

→ Pour le Nv né

Suivi clinique

Suivi sérologique: 0, M3, M6, M18

Exploration (Rx os, PL, Ex opht, PEA, ETF)

Traitement de SC

# EVALUATION DU Nv Né

- Sy maternelle Ire, Ilre ou latente précoce:
  - Traitée moins de 4 Sm avant accht
  - Ou
  - Traitée par ATB autre que la Pénic
  - Ou
  - VDRL n'a pas chuté ou n'a pas été évalué

➔ Pour le Nv né

Suivi clinique

Suivi sérologique: 0, M3, M6, M18

Exploration (Rx os, PL, Ex opht, PEA)

Traitement de SC

# EVALUATION DU Nv Né

- Sy I, II ou latente précoce

- Bien traitée pdt Gsss
- Plus de 4 Sm avant l'accht
- Baisse significative du VDRL pendant la Gsss
- Pas de signe de ré infection ou de rechute pendant Gsss

→ Pour le Nv né

Suivi clinique: recherche de SC: 1 x / mois

Suivi sérologique: 0, M3, M6, M18

Pas d'exploration (Rx os, PL, Ex opht, PEA)

Pas de traitement de SC



# EVALUATION DU Nv Né

- Sy latente tardive traitée pendant ou après la Gsss:

→ Pour le Nv né

Pas de suivi clinique

Suivi sérologique: 0,M6,M18

Pas d'exploration (Rx os, PL, Ex opht, PEA)

Pas de traitement de SC

# EVALUATION DU Nv Né

- VDRL Nss se multiplie par 4

Ou

- VDRL BB + à M12 ou TPHA + à M18

Pour le Nv né



Suivi clinique

Suivi sérologique: 0, M3, M6, M18

Exploration (Rx os, PL, Ex opht, PEA)

Traitement de SC

# TRAITEMENT DE LA Sy MATERNELLE

Latente précoce < 1 an d'évolution

Latente tardive > 1 an d'évolution  
ou que l'on ne peut pas dater

Incubation: 10-90 jours post infection (moyenne 21 jours)	<b>séroconversion</b>	
	<b>Syphilis primaire</b> (Chancre)	<b>Syphilis secondaire</b> (Symptômes 20% des cas)
	<b>Syphilis tertiaire</b> (Symptômes 10% des cas)	

1 an : une injection



> 1 an : 3 injections



**TRAITEMENT : Benzathine pénicilline G**  
**Injection IM de 2,4 Millions d'unités**  
(+ prévention de la réaction d'herxheimer en cas de syphilis secondaire)

# TRAITEMENT DE LA Sy MATERNELLE

- **Prévention systématique de la réaction de J-H:**
  - En cas de Sy profuse
  - Protocole:
    - Équivalent prédnisone
    - Dose: 0,3 mg / Kg / j x 5j
    - Début: la veille du traitement par Extencilline
- **Surveillance échographique: 1 X / Mois**

# TRAITEMENT DE LA SC

- SC confirmée ou très probable ou probable :

- Pénicilline G: 100.000 à 150.000 U / kg / j x 10 – 15 j

- 50.000 U /kg x 2 / j x 7 j

Puis

- 50.000 U /kg x 3 /j x 3 – 8 j

Ou

- Procaine benzylpénicilline 50.000 U/kg/j en une dose IM x 10j

# TRAITEMENT DE LA SC

- Dose de pénicilline G:
  - 50.000 U /kg x 2 /j x 7 j
  - 50.000 U /kg x 3 /j x 8 – 30 j
  - 50.000 U /kg x 4 /j x > 30 j

# TRAITEMENT DE LA SC

- SC possible
  - Extencilline: 50.000 U/kg en IM une seule dose
- Certains recommandent le même schéma:
  - Mère bien traitée dans les 4 sm avant l'accht ni rechute ni réinfection
  - Nv né à examen normal et titre  $\leq$  titre maman
  - BB né de mère non testée (haute endémicité)

# EN CAS D'ALLERGIE A LA PENI

- Désensibilisation
- Autres alternatives:
  - Céftriaxone :
    - 75 mg / kg / j jusqu'à 30j x 10 – 14 j
    - 100 mg / kg / j dès 30j
  - Erythromicine:
    - 30 – 50 mg / kg / j x 30j



# SURVEILLANCE SEROLOGIQUE

- Surveillance sérologique:
  - Moyen : TNT
  - Rythme : 1 x / 2 – 3 mois
  - Jusqu'à négativation ou baisse des taux 4 X
  - TPHA à M18

# MODES EVOLUTIFS

- Enfant non infecté ou correctement traité:
  - Les TNT:
    - Baissent à 3 mois
    - Baissent d'au moins 4 x à 6 mois
    - Peuvent se négativer à 6 mois (TNT et FTA-IgM)
    - Si les taux ne baissent pas ou augmentent entre M 6 et 12:
      - Faire PL
      - Traiter par Péné G pendant 10j
  - Si à 18 mois: TT négatif → arrêt suivi
  - Si à 18 mois: TT positif → réévaluation et traitement comme SC
  - Anomalies initiales du LCR : → faire PL 1 x / 6mois jusqu'à normalisation

# DEPSTAGE EN CAS DE GSSS

- Traitement au 1<sup>er</sup> Trm réduit le risque de mortalité périnatale de 90%
- Modalité de dépistage
  - Test: **TPHA/VDRL**
  - Moment:
    - **Début du 1<sup>er</sup> Trm**
    - À répéter à 28 SA si FR de Syphilis
    - Avant sortie de la maternité pour les Gsss non suivies
    - Devant tout accouchement d'un mort né avant 20 SA

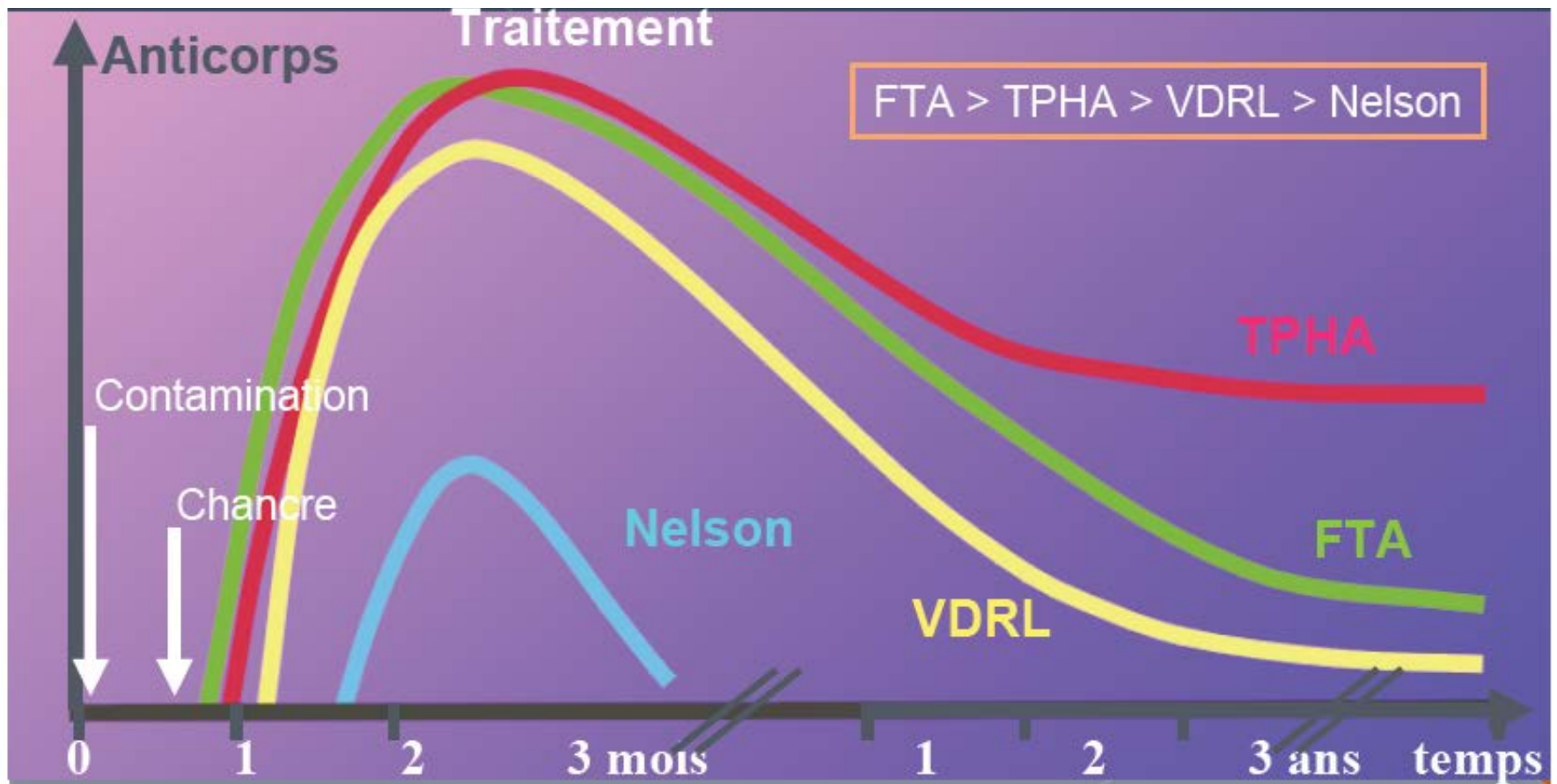
# CAS CLINIQUES

# CAS CLINIQUE 1

- Mme A, 29 ans
- Enceinte au 1<sup>er</sup> Trm
- Consulte pour le suivi de sa grossesse
- Découverte fortuite de:
  - TPHA : -
  - VDRL: 32

CAT ?

# CINETIQUE DES ANTICORPS



# INTERPRETATION

VDRL	TPHA	FTA-Abs	IgM	Interprétation
Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Absence de syphilis / syphilis en incubation (<15jours)
Négatif	Négatif	Négatif	>200	Syphilis en incubation (entre 15 <sup>ème</sup> et 21 <sup>ème</sup> - 30 <sup>ème</sup> jours )
Négatif	Négatif	200 - 400	>200	Syphilis primaire débutante
2 - 8	80 - 1 280	800 - 3 200	Positif	Syphilis primaire évoluée
16 - 4 096	10 240 - 81 920	12 800 - 25 600	+ / - (*)	Syphilis secondaire (*= IgM persistent 6 à 20 mois)
8 - 32	1 280 - 10 240	3 200 - 12 800	Négatif	Syphilis latente non traitée
0 - 4	160 - 1 280	400 - 3 200	Négatif	Cicatrice sérologique
Positif	Négatif	Probable interférence (Infection virale, parasitaire, Grossesse, M. auto-immune...)		

Marqueur	Cinétique	Fausse positivité
TPHA	+ J7-J10 chancre reste + toute la vie	Faux positifs rares et transitoires Autres spirochètes (Lyme, tréponématose non vénérienne) Très rarement grossesse
VDRL=RPR	+ J10-J15 chancre ++ phase secondaire + faible ou - latence/ tertiaire - en 1 ou 2 ans sous tt	Faux positifs fréquents Autres spirochètes : <i>Leptospires</i> , <i>Borrelia</i> mais pas le Lyme Nicolas Favre Herpesviridae, rougeole, oreillons, infections HBV et HCV chroniques, tuberculose, lèpre, brucellose paludisme, Lupus, Periartérite noueuse, Polyarthrite rhumatoïde, Infarctus du myocarde récent, myélome waldenstrom et anti DNA grossesse ++
ELISA (Ig totales)	+ J5 chancre décroissance lente + faible phase tertiaire	Faux positifs rares et transitoires Dans ce cas le ratio est + au seuil Infections bactériennes, virales, parasitaires grossesse ??
IgM (ELISA)	+ J5-J7 chancre se - en 2 à 3 semaines se re+ si recontamination. ??	Faux positifs ? Infection bactérienne, virale, parasitaire
FTA abs	+ J5-J7 chancre se - en 1 an sous tt	Faux positifs rares et transitoires Autres spirochètes : <i>Leptospires</i> , <i>Borrelia</i>



	TPHA+	TPHA–
VDRL+	<p>Syphilis active (après le 15<sup>e</sup> jour du chancre).</p> <p>Tréponématose endémique active.</p> <p>Tréponématose (syphilitique ou endémique) récemment guérie.</p>	<p>Absence de tréponématose (faux positif)<sup>a</sup> : infections (bactériennes [mycoplasme, borréliose, lèpre], virales [mononucléose infectieuse, hépatite virale] ou parasitaires), maladies immunologiques (lupus, polyarthrite rhumatoïde, autres connectivites, anticorps antiphospholipides), gammopathie monoclonale, néoplasies, hépatopathie, sujet âgé, grossesse.</p>
VDRL–	<p>Syphilis primaire active vue précocement (chancre à j10–j15).</p> <p>Tréponématose (syphilitique ou endémique) guérie.</p> <p>Syphilis secondaire avec phénomène de zone (VDRL très élevé).</p> <p>Syphilis tertiaire non traitée, après plusieurs années d'évolution (rarissime).</p>	<p>Absence de tréponématose.</p> <p>Syphilis récente, avant le 10<sup>e</sup> jour du chancre (inoculation &lt; 1 mois).</p> <p>Syphilis traitée précocement et guérie.</p>

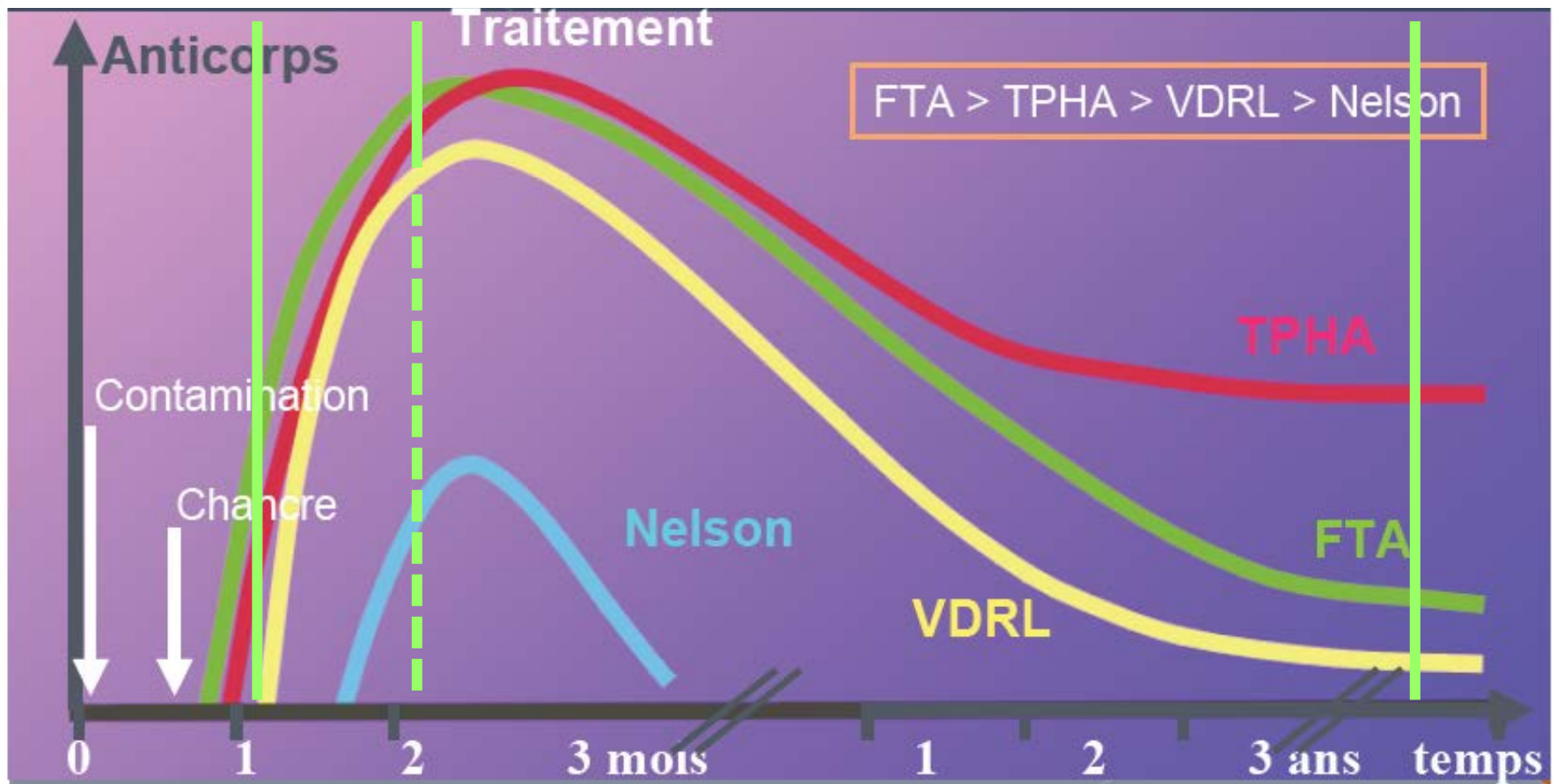
<sup>a</sup> Le FTA est négatif dans cette situation.

# CAS CLINIQUE 2

- Mme A, 29 ans
- Enceinte au 1<sup>er</sup> Trm
- Consulte pour le suivi de sa grossesse
- Découverte fortuite de:
  - TPHA : 640
  - VDRL : -

CAT ?

# CINETIQUE DES ANTICORPS



	TPHA+	TPHA–
VDRL+	<p>Syphilis active (après le 15<sup>e</sup> jour du chancre).</p> <p>Tréponématose endémique active.</p> <p>Tréponématose (syphilitique ou endémique) récemment guérie.</p>	<p>Absence de tréponématose (faux positif)<sup>a</sup> : infections (bactériennes [mycoplasme, borréliose, lèpre], virales [mononucléose infectieuse, hépatite virale] ou parasitaires), maladies immunologiques (lupus, polyarthrite rhumatoïde, autres connectivites, anticorps antiphospholipides), gammopathie monoclonale, néoplasies, hépatopathie, sujet âgé, grossesse.</p>
VDRL–	<p>Syphilis primaire active vue précocement (chancre à j10–j15).</p> <p>Tréponématose (syphilitique ou endémique) guérie.</p> <p>Syphilis secondaire avec phénomène de zone (VDRL très élevé).</p> <p>Syphilis tertiaire non traitée, après plusieurs années d'évolution (rarissime).</p>	<p>Absence de tréponématose.</p> <p>Syphilis récente, avant le 10<sup>e</sup> jour du chancre (inoculation &lt; 1 mois).</p> <p>Syphilis traitée précocement et guérie.</p>

<sup>a</sup> Le FTA est négatif dans cette situation.

# CAT

- **Sy Ire vue précocement:**
  - Refaire TPHA/VDRL: 2 Sm après
  - Traiter comme sy Ire maternelle vue au 1<sup>er</sup> Trm
- **Sy Ire avec phénomène de zone**
  - Refaire TPHA/VDRL avec dilution du sérum
  - Traiter comme Sy Ire vue au 1<sup>er</sup> Trm
- **Tréponématose guérie: cicatrice sérologique**
- **Sy Ire après des années d'évolution (rare)**

# TRAITEMENT DE LA Sy MATERNELLE

Latente précoce < 1 an d' évolution

Latente tardive > 1 an d' évolution  
ou que l' on ne peut pas dater

Incubation: 10-90 jours post infection (moyenne 21 jours)	séroconversion		
	<b>Syphilis primaire</b> (Chancre)	<b>Syphilis secondaire</b> (Symptômes 20% des cas)	<b>Syphilis tertiaire</b> (Symptômes 10% des cas)

1 an : une injection



> 1 an : 3 injections



**TRAITEMENT : Benzathine pénicilline G**  
**Injection IM de 2,4 Millions d' unités**  
(+ prévention de la réaction d' herxheimer en cas de syphilis secondaire)

# EVALUATION DU Nv Né

- Sy I, II ou latente précoce

- Bien traitée pdt Gsss
- Plus de 4 Sm avant l'accht
- Baisse significative du VDRL pendant la Gsss
- Pas de signe de ré infection ou de rechute pendant Gsss

→ Pour le Nv né

Suivi clinique: recherche de SC: 1 x / mois

Suivi sérologique: 0, M3, M6, M18

Pas d'exploration (Rx os, PL, Ex opht, PEA)

Pas de traitement de SC

# QUEL RISQUE POUR LA GSSS ?

- Traitement fait au premier Trm
- Pas de risque si traitement bien conduit
- Suivi sérologique au cours de la grossesse
- Sérologie chez le nv né:
  - S'assurer de sa (-)
  - Si faible VDRL → une dose d'extencilline

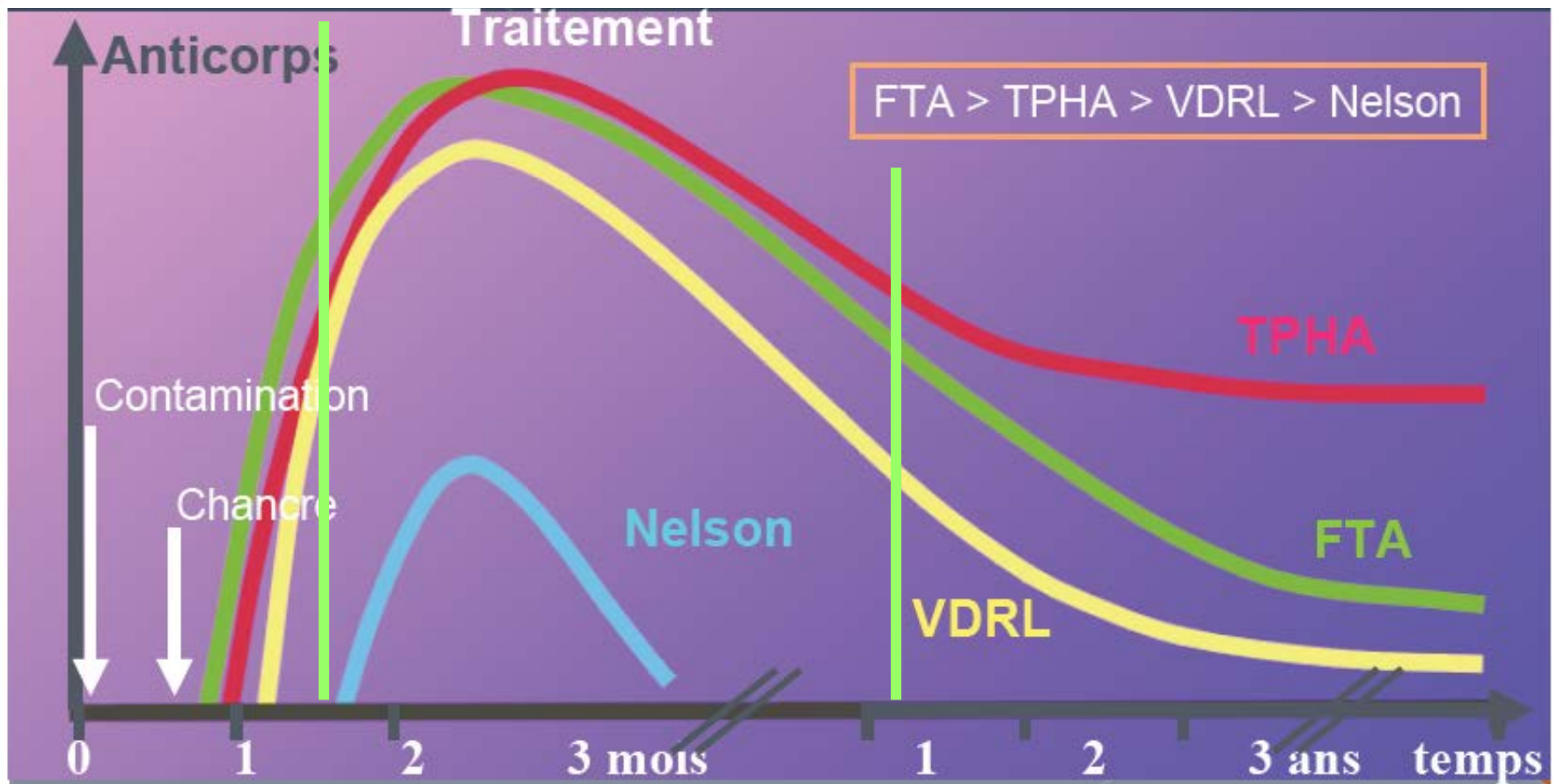


# CAS CLINIQUE 3

- Mme A, 29 ans
- Enceinte au 1<sup>er</sup> Trm
- Consulte pour le suivi de sa grossesse
- Découverte fortuite de:
  - TPHA : 1280
  - VDRL : 32

**CAT ?**

# CINETIQUE DES ANTICORPS



	TPHA+	TPHA–
VDRL+	<p>Syphilis active (après le 15<sup>e</sup> jour du chancre).</p> <p>Tréponématose endémique active.</p> <p>Tréponématose (syphilitique ou endémique) récemment guérie.</p>	<p>Absence de tréponématose (faux positif)<sup>a</sup> : infections (bactériennes [mycoplasme, borréliose, lèpre], virales [mononucléose infectieuse, hépatite virale] ou parasitaires), maladies immunologiques (lupus, polyarthrite rhumatoïde, autres connectivites, anticorps antiphospholipides), gammopathie monoclonale, néoplasies, hépatopathie, sujet âgé, grossesse.</p>
VDRL–	<p>Syphilis primaire active vue précocement (chancre à j10–j15).</p> <p>Tréponématose (syphilitique ou endémique) guérie.</p> <p>Syphilis secondaire avec phénomène de zone (VDRL très élevé).</p> <p>Syphilis tertiaire non traitée, après plusieurs années d'évolution (rarissime).</p>	<p>Absence de tréponématose.</p> <p>Syphilis récente, avant le 10<sup>e</sup> jour du chancre (inoculation &lt; 1 mois).</p> <p>Syphilis traitée précocement et guérie.</p>

<sup>a</sup> Le FTA est négatif dans cette situation.

# INTERPRETATION

VDRL	TPHA	FTA-Abs	IgM	Interprétation
Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Absence de syphilis / syphilis en incubation (<15jours)
Négatif	Négatif	Négatif	>200	Syphilis en incubation (entre 15 <sup>ème</sup> et 21 <sup>ème</sup> - 30 <sup>ème</sup> jours )
Négatif	Négatif	200 - 400	>200	Syphilis primaire débutante
2 - 8	80 - 1 280	800 - 3 200	Positif	Syphilis primaire évoluée
16 - 4 096	10 240 - 81 920	12 800 - 25 600	+ / - (*)	Syphilis secondaire (*= IgM persistent 6 à 20 mois)
8 - 32	1 280 - 10 240	3 200 - 12 800	Négatif	Syphilis latente non traitée
0 - 4	160 - 1 280	400 - 3 200	Négatif	Cicatrice sérologique
Positif	Négatif	Probable interférence (Infection virale, parasitaire, Grossesse, M. auto-immune...)		

# TRAITEMENT DE LA Sy MATERNELLE

Latente précoce < 1 an d' évolution

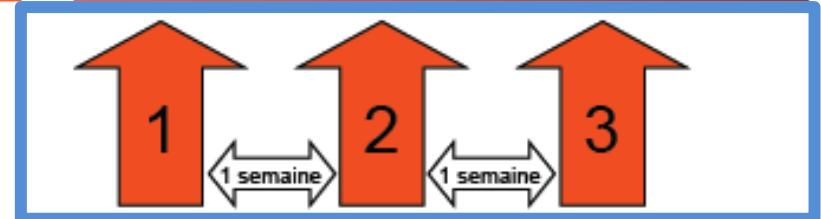
Latente tardive > 1 an d' évolution  
ou que l' on ne peut pas dater

Incubation: 10-90 jours post infection (moyenne 21 jours)	séroconversion		
	<b>Syphilis primaire</b> (Chancre)	<b>Syphilis secondaire</b> (Symptômes 20% des cas)	<b>Syphilis tertiaire</b> (Symptômes 10% des cas)

1 an : une injection



> 1 an : 3 injections



**TRAITEMENT : Benzathine pénicilline G**  
**Injection IM de 2,4 Millions d' unités**  
(+ prévention de la réaction d' herxheimer en cas de syphilis secondaire)

# EVALUATION DU Nv Né

- Sy I, II ou latente précoce

- Bien traitée pdt Gsss
- Plus de 4 Sm avant l'accht
- Baisse significative du VDRL pendant la Gsss
- Pas de signe de ré infection ou de rechute pendant Gsss

→ Pour le Nv né

Suivi clinique: recherche de SC: 1 x / mois

Suivi sérologique: 0, M3, M6, M18

Pas d'exploration (Rx os, PL, Ex opht, PEA)

Pas de traitement de SC

# QUEL RISQUE POUR LA GSSS ?

- Traitement fait au premier Trm
- Pas de risque si traitement bien conduit
- Suivi sérologique au cours de la grossesse
- Sérologie chez le nv né:
  - S'assurer de sa (-)
  - Si faible VDRL → une dose d'extencilline

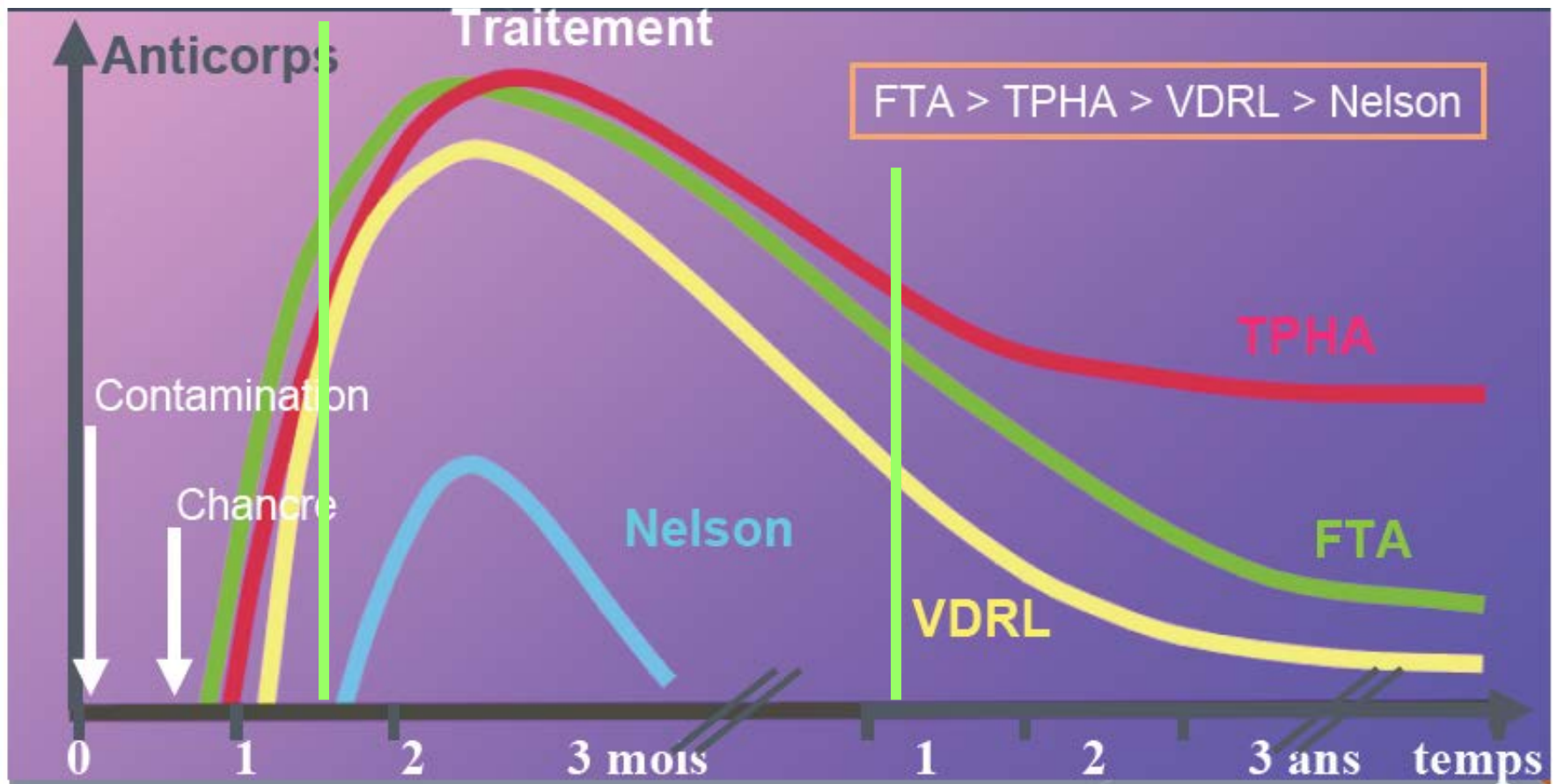
# CAS CLINIQUE 4

- Mme A, 29 ans
- Enceinte, fin du 3<sup>er</sup> Trm
- Consulte pour le suivi de sa grossesse
- Découverte fortuite de:
  - TPHA : 1280
  - VDRL : 32

CAT ?



# CINETIQUE DES ANTICORPS



# INTERPRETATION

VDRL	TPHA	FTA-Abs	IgM	Interprétation
Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Absence de syphilis / syphilis en incubation (<15jours)
Négatif	Négatif	Négatif	>200	Syphilis en incubation (entre 15 <sup>ème</sup> et 21 <sup>ème</sup> - 30 <sup>ème</sup> jours )
Négatif	Négatif	200 - 400	>200	Syphilis primaire débutante
2 - 8	80 - 1 280	800 - 3 200	Positif	Syphilis primaire évoluée
16 - 4 096	10 240 - 81 920	12 800 - 25 600	+ / - (*)	Syphilis secondaire (*= IgM persistent 6 à 20 mois)
8 - 32	1 280 - 10 240	3 200 - 12 800	Négatif	Syphilis latente non traitée
0 - 4	160 - 1 280	400 - 3 200	Négatif	Cicatrice sérologique
Positif	Négatif	Probable interférence (Infection virale, parasitaire, Grossesse, M. auto-immune...)		

	TPHA+	TPHA–
VDRL+	<p>Syphilis active (après le 15<sup>e</sup> jour du chancre).</p> <p>Tréponématose endémique active.</p> <p>Tréponématose (syphilitique ou endémique) récemment guérie.</p>	<p>Absence de tréponématose (faux positif)<sup>a</sup> : infections (bactériennes [mycoplasme, borréliose, lèpre], virales [mononucléose infectieuse, hépatite virale] ou parasitaires), maladies immunologiques (lupus, polyarthrite rhumatoïde, autres connectivites, anticorps antiphospholipides), gammopathie monoclonale, néoplasies, hépatopathie, sujet âgé, grossesse.</p>
VDRL–	<p>Syphilis primaire active vue précocement (chancre à j10–j15).</p> <p>Tréponématose (syphilitique ou endémique) guérie.</p> <p>Syphilis secondaire avec phénomène de zone (VDRL très élevé).</p> <p>Syphilis tertiaire non traitée, après plusieurs années d'évolution (rarissime).</p>	<p>Absence de tréponématose.</p> <p>Syphilis récente, avant le 10<sup>e</sup> jour du chancre (inoculation &lt; 1 mois).</p> <p>Syphilis traitée précocement et guérie.</p>

<sup>a</sup> Le FTA est négatif dans cette situation.

# TRAITEMENT DE LA Sy MATERNELLE

Latente précoce < 1 an d' évolution

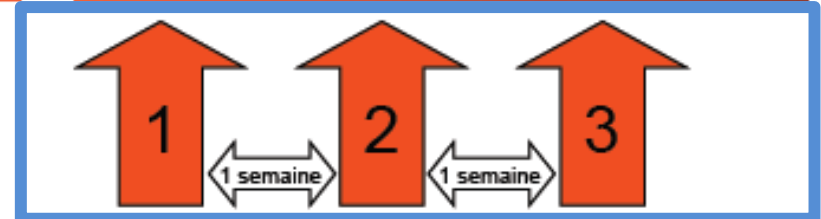
Latente tardive > 1 an d' évolution  
ou que l' on ne peut pas dater

Incubation: 10-90 jours post infection (moyenne 21 jours)	séroconversion		
	<b>Syphilis primaire</b> (Chancre)	<b>Syphilis secondaire</b> (Symptômes 20% des cas)	<b>Syphilis tertiaire</b> (Symptômes 10% des cas)

1 an : une injection



> 1 an : 3 injections



**TRAITEMENT : Benzathine pénicilline G**  
**Injection IM de 2,4 Millions d' unités**  
(+ prévention de la réaction d' herxheimer en cas de syphilis secondaire)

# EVALUATION DU Nv Né

- Sy maternelle Ire, Ilre ou latente précoce:
  - Traitée moins de 4 Sm avant accht
  - Ou
  - Traitée par ATB autre que la Pénic
  - Ou
  - VDRL n'a pas chuté ou n'a pas été évalué

➔ Pour le Nv né

Suivi clinique

Suivi sérologique: 0, M3, M6, M18

Exploration (Rx os, PL, Ex opht, PEA)

Traitement de SC

# EVALUATION DU Nv Né

- Sy latente tardive traitée pendant ou après la Gsss:

→ Pour le Nv né

Pas de suivi clinique

Suivi sérologique: 0,M6,M18

Pas d'exploration (Rx os, PL, Ex opht, PEA)

Pas de traitement de SC

# CAS CLINIQUE 5

- Nss de 2 mois
- Admis en pédiatrie pour
  - Coryza muco purulent persistant
  - Éruption pemphigoïde palmo plantaire
  - Fièvre
- Vous suspecter une SC
- Quelle est votre CAT ?

# DIAGNOSTIC DE SC

## Enfant < 2 ans

- Infection très probable:

- Au moins 1 critère clinique + 1 critère biologique:

- Critères cliniques:

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| - Hépatosplénomégalie      | - Ictère   |
| - Lésions cutanéomuqueuses | - Pseudoparalysie (due à une périostite et ostéochondrite) |
| - Condyloma lata           | - Atteinte du système nerveux central                      |
| - Rhinite persistante      | - Anémie   |
| - Syndrome néphrotique     | - Malnutrition   |

- Critères biologiques:

- Dg au moment de l'Accht d'une Sy maternelle non ou mal traitée
- TT: TPHA / ELISA (+) avec VDRL BB  $\geq 4 \times$  VDRL maman
- TT: TPHA / ELISA (+) avec IgM anti TP (+) chez le BB
- VDRL (+) dans le LCR de l'enfant



# TRAITEMENT DE LA SC

- SC très probable:

- Péni G: 100.000 à 150.000 U / kg / j x 10 – 15 j

- 50.000 U /kg x 2 / j x 7 j

Puis

- 50.000 U /kg x 3 /j x 3 – 8 j

Ou

- Procaine benzylpéni 50.000 U/kg/j en une dose IM x 10j

# MODALITES DE SURVEILLANCE

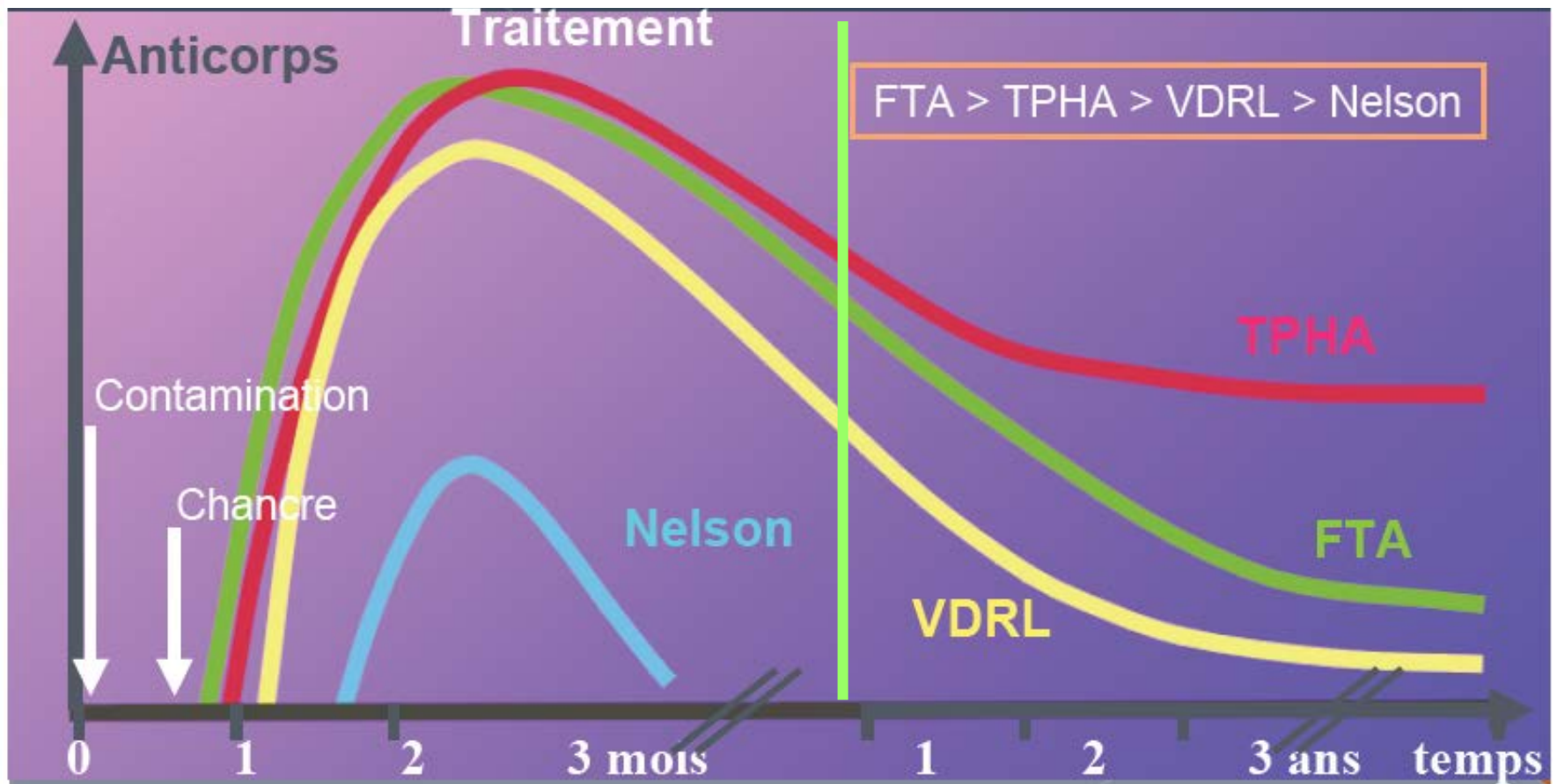
- Surveillance sérologique:
  - Moyen : TNT
  - Rythme : 1 x / 2 – 3 mois
  - Jusqu'à négativation ou baisse des taux 4 X
  - TPHA à M18

# CAS CLINIQUE 6

- Mme Fattoumata Y
- Camerounais
- Réfugiée de la Lybie
- A terme de sa 3<sup>ème</sup> grossesse
  - Sérologie HIV(-)
  - TPHA : 2560 VDRL: 128
  - ATCD de chancre chez le mari il y a 1 ans, non traité.
  - Accouche d'un BB dont l'examen est normal

Quelle est votre conduite à tenir

# CINETIQUE DES ANTICORPS



# CAT

- Sy latente précoce: → 1 inj d'Extencilline
- Pour le BB:
  - Examen clinique
  - Prélèvements bactériologiques en cas de doute
  - Sérologie:
    - TPHA
    - VDRL et comparer le taux à celui de la mère
    - FTA-Abs IgM
  - Exploration radiologique
  - Traitement SC probable

# BIOLOGIE BB

- TPHA : 640
- VDRL : 520
- FTA-Abs Ig M: non faite



SC probable

➔ Faire PL: TPHA/VDRL/PRC/MFN

# EVALUATION DU Nv Né

- SC probable

→ Pour le Nv né

Suivi clinique

Suivi sérologique: 0, M3, M6, M18

Exploration (Rx os, PL, Ex opht, PEA, ETF)

Traitement de SC

# TRAITEMENT DE LA SC

- **SC probable:**

- Péni G: 100.000 à 150.000 U / kg / j      x 10 – 15 j

- 50.000 U /kg x 2 / j x 7 j

Puis

- 50.000 U /kg x 3 /j x 3 – 8 j

Ou

- Procaine benzylpéni 50.000 U/kg/j en une dose IM x 10j



# MODALITES DE SURVEILLANCE

- Surveillance sérologique:
  - Moyen : TNT
  - Rythme : 1 x / 2 – 3 mois
  - Jusqu'à négativation ou baisse des taux 4 X
  - TPHA à M18
- Surveillance de la PL 1 x / 6mois → normalisation