

La syphilis

La syphilis est une infection bactérienne causée par le *Treponema pallidum*. Non traitée, la syphilis peut évoluer en trois stades : primaire, secondaire et tertiaire, les deux derniers étant généralement espacés par une phase de latence.

Stade	Manifestations cliniques ¹
PÉRIODE INFECTIEUSE	<p>PRIMAIRE Survient après une incubation de 3 à 90 jours, en moyenne 3 semaines</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le chancre Peut passer inaperçu ! Parfois microscopique, mais tout autant contagieux Ulcère superficiel, induré, aux contours réguliers, indolore (sauf si infecté) Localisé au site d'inoculation : région génitale, col utérin, anus, mais aussi bouche, langue, amygdales, doigts ou ailleurs sur le corps Ulcères peuvent être multiples Adénopathies régionales indolores Lésions atypiques possibles Régression spontanée en 3 à 8 semaines ■ Diagnostic différentiel Herpès (ulcère douloureux) Lymphogranulomatose vénérienne
	<p>SECONDAIRE Survient de 2 à 12 semaines, parfois plusieurs mois, après la guérison du chancre</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Syndrome grippal Fièvre, céphalées, myalgies, arthralgies, fatigue avec ou sans adénopathies généralisées ■ Rash diffus Incluant généralement les paumes des mains et les plantes des pieds Présentation atypique fréquente ou peut passer inaperçu Autres manifestations possibles: condylomes plats, alopecie, uvéite, rétinite Régression spontanée en 3 à 12 semaines, puis début de la phase de latence ■ Diagnostic différentiel VIH, mononucléose, autres virémies
	<p>SYPHILIS LATENTE PRÉCOCE (SLP) <1 an</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aucune manifestation clinique Le diagnostic repose sur les tests sérologiques et l'histoire clinique Considérée précoce si l'histoire et la sérologie permettent de situer le début de l'infection à <1 an L'infection peut être transmise même en l'absence de symptômes
	<p>SYPHILIS LATENTE TARDIVE (SLT) >1 an</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aucune manifestation clinique Le diagnostic repose sur les tests sérologiques et l'histoire clinique Considérée tardive si l'histoire et la sérologie permettent de situer le début de l'infection à >1 an
	<p>TERTIAIRE Survient de 1 à 46 ans, en moyenne de 10 à 30 ans, après la guérison du chancre</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Différentes formes possibles Chez 40% des personnes non traitées, la maladie évolue vers le stade tertiaire Syphilis cardiovasculaire Anévrisme de l'aorte, régurgitation aortique, etc. Lésions gommeuses Destruction des tissus ou des organes touchés (peau, os, etc.) Neurosyphilis Céphalées, vertiges, modification de la personnalité, démence, ataxie, etc. Parfois asymptomatique
<p>SYPHILIS CONGÉNITALE</p> <p>Peut être asymptomatique dans les 2/3 des cas Risque de transmission de 70% à 100% lorsqu'une femme enceinte est atteinte d'une syphilis primaire ou secondaire non traitée Mortinaissance dans environ 40% des grossesses chez les mères infectées non traitées</p>	

¹Les manifestations cliniques peuvent être différentes chez les personnes infectées par le VIH

● TRANSMISSION DE L'INFECTION

- Risque le plus élevé : par contact sexuel
- Par contact direct avec les exsudats des lésions de la peau ou des muqueuses
- Par contact indirect (p. ex. godemichés)
- Par transmission transplacentaire de la mère infectée à son fœtus
- Par transfusion sanguine

La syphilis est dite «infectieuse» lorsque la contagion est la plus forte, soit au cours des stades primaire, secondaire et latent précoce. Ces stades correspondent à la première année de la maladie.

Une personne infectée et non traitée peut transmettre l'infection jusqu'à un an après l'avoir contractée, et ce, même si elle n'a pas de symptômes apparents.

● GROUPES CIBLES

Personnes symptomatiques

Toute personne présentant des signes ou symptômes compatibles avec la syphilis

Personnes asymptomatiques

Les partenaires sexuels d'un cas de syphilis

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes «HARSAH» (représentent 90% des cas de syphilis)

Les travailleurs ou travailleuses du sexe et leurs clients

Les utilisateurs de drogues injectables

Les personnes : ■ vivant dans la rue

- ayant des partenaires sexuels multiples
- ayant des antécédents d'ITSS (gonorrhée, syphilis, VIH, hépatites B ou C)
- originaires d'un pays où la prévalence des ITS ou du VIH est élevée

Les femmes enceintes

Toute personne demandant un dépistage

● TESTS DE LABORATOIRE

Tests	Indications
Test d'observation directe <ul style="list-style-type: none"> ■ Microscopie à fond noir 	<ul style="list-style-type: none"> ■ En présence de lésions cutanées ou muqueuses (peu utilisé)
Tests sérologiques <ul style="list-style-type: none"> ■ tests non tréponémiques ■ tests tréponémiques 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisés à tous les stades de la maladie à des fins de dépistage et de diagnostic
Analyses sur LCR	<ul style="list-style-type: none"> ■ En présence de symptômes neurologiques ■ Patients déjà traités mais qui ne présentent pas une réponse sérologique adéquate suite au traitement ■ Syphilis tertiaire ■ Patients atteints du VIH ■ Syphilis congénitale

Tests utilisés dans la région des Laurentides

Le test non tréponémique RPR est d'abord effectué au niveau du laboratoire local suivi du test tréponémique TP-PA, et du test INNO-LIA au besoin, effectués au LSPQ.

N.B.

Certains établissements dans d'autres régions du Québec effectuent d'abord le test tréponémique EIA suivi, au besoin, du RPR. Les échantillons EIA+ et RPR- sont envoyés au LSPQ pour confirmation (TP-PA, INNO-LIA).

Les microbiologistes déterminent quels tests sérologiques seront effectués en fonction des renseignements cliniques fournis par le clinicien.

● TESTS DE LABORATOIRE

Tests	Indications
Test d'observation directe <ul style="list-style-type: none">■ Microscopie à fond noir	<ul style="list-style-type: none">■ En présence de lésions cutanées ou muqueuses (peu utilisé)
Tests sérologiques <ul style="list-style-type: none">■ tests non tréponémiques■ tests tréponémiques	<ul style="list-style-type: none">■ Utilisés à tous les stades de la maladie à des fins de dépistage et de diagnostic
Analyses sur LCR	<ul style="list-style-type: none">■ En présence de symptômes neurologiques■ Patients déjà traités mais qui ne présentent pas une réponse sérologique adéquate suite au traitement■ Syphilis tertiaire■ Patients atteints du VIH■ Syphilis congénitale

Tests utilisés dans la région des Laurentides

Le test non tréponémique RPR est d'abord effectué au niveau du laboratoire local suivi du test tréponémique TP-PA, et du test INNO-LIA au besoin, effectués au LSPQ.

N.B.

Certains établissements dans d'autres régions du Québec effectuent d'abord le test tréponémique EIA suivi, au besoin, du RPR. Les échantillons EIA+ et RPR- sont envoyés au LSPQ pour confirmation (TP-PA, INNO-LIA).

Les microbiologistes déterminent quels tests sérologiques seront effectués en fonction des renseignements cliniques fournis par le clinicien.

● TESTS SÉROLOGIQUES COURANTS

Tests non tréponémiques (TNT)	Tests tréponémiques
<p>Tests les plus souvent utilisés</p> <p>RPR Test rapide de la réagine plasmatique (<i>Rapid Plasma Reagin</i>)</p> <p>VDRL <i>Venereal Disease Research Laboratory</i> maintenant remplacé par le RPR la plupart du temps</p>	<p>Tests les plus souvent utilisés</p> <p>TP-PA Test d'agglutination passive de <i>T. pallidum</i> (<i>T. pallidum Particle Agglutination Test</i>)</p> <p>INNO-LIA Épreuve de détection immunoenzymatique sur bandelettes (<i>Line Immunoassay</i>)</p> <p>EIA Épreuve immunoenzymatique (<i>Enzyme Immunoassay</i>)</p>

● DISTINCTION ENTRE LES TESTS SÉROLOGIQUES

Tests non tréponémiques (TNT)	Tests tréponémiques
Non spécifiques pour la syphilis Possibilité de faux positifs ¹	Spécifiques pour la syphilis Possibilité de faux positifs ²
Tout résultat positif doit être confirmé par un test tréponémique	Confirment un résultat de TNT
Possibilité de faux négatifs au début de l'infection (prélever un 2 ^e sérum au besoin de 2 à 4 semaines plus tard)	Épreuves généralement plus sensibles en début d'infection que les TNT
Résultat d'ordre quantitatif sous forme de titre permettant de : <ul style="list-style-type: none"> ■ préciser le stade de l'infection ■ suivre la réponse au traitement ■ détecter un nouvel épisode 	Résultat d'ordre qualitatif seulement permettant de poser le diagnostic de la maladie
Les TNT deviennent négatifs (ou faiblement positifs) après traitement	Les tests tréponémiques demeurent généralement positifs même après le traitement. Cependant, environ 20% des patients traités précocement deviennent négatifs

● GUIDE D'INTERPRÉTATION DES TESTS SÉROLOGIQUES³

Résultat des tests sérologiques			Affection la plus probable
Dépistage initial : test non tréponémique RPR	Épreuve de confirmation : test tréponémique TP-PA	Épreuve de confirmation : test tréponémique INNO-LIA	
Non réactif	Non réactif	Réactif	Syphilis primaire avec histoire ou examen clinique compatibles
Réactif (les dilutions peuvent varier)	Réactif	Réactif	Syphilis à n'importe quel stade Un cas infectieux est fortement suspecté si le titre du RPR est > 1:8 ou Ancienne syphilis traitée ou Suivi d'une syphilis traitée ou Chez les personnes provenant de régions endémiques : pian, pinta, bétel ou Maladie de Lyme
Non réactif	Réactif	Réactif	Habituellement une syphilis traitée ou Syphilis primaire précoce ou Syphilis latente tardive/tertiaire ou Chez les personnes provenant de régions endémiques : pian, pinta, bétel ou Maladie de Lyme
Réactif	Non réactif	Non réactif	Faux positif ¹

¹ Certaines collagénoses, la grossesse, l'utilisation de drogues injectables, certaines infections virales, etc.

² Maladie de Lyme, herpès génital, autres tréponémoses (pian, pinta, bétel), etc.

³ L'interprétation des tests sérologiques devrait se faire en consultation avec un collègue expérimenté

● TRAITEMENT

- **Le traitement de choix** demeure toujours la pénicilline G benzathine
- Pour le traitement de la femme enceinte, des personnes infectées par le VIH et de la neurosyphilis, se référer aux *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, révision 2010

Stade	Traitement privilégié	Patients allergiques à la pénicilline
Primaire Secondaire Latent précoce	Pénicilline G benzathine, 2,4 millions d'unités IM, dose unique	Doxycycline, 100 mg p.o. BID pendant 14 jours 3 ^e choix, avec suivi assuré : ceftriaxone 1 g IV ou IM DIE pendant 10 jours
Latent tardif Latent de durée inconnue Tertiaire sans atteinte du SNC	Pénicilline G benzathine, 2,4 millions d'unités IM, 3 doses avec 1 semaine d'intervalle entre chacune	Envisager une désensibilisation à la pénicilline Doxycycline, 100 mg p.o. BID pendant 28 jours 3 ^e choix, avec suivi assuré : ceftriaxone 1 g IV ou IM DIE pendant 10 jours

SUIVI SÉROLOGIQUE SUITE AU TRAITEMENT¹

Fréquence de la sérologie

La réponse au traitement s'évalue par le **tableau clinique** et par la **baisse du titre des TNT**

Effectuer des **contrôles sérologiques et cliniques** chez tout patient traité jusqu'à l'obtention d'une réponse adéquate, selon le tableau suivant

Stade	Fréquence des TNT
Syphilis primaire, secondaire, latente précoce	1, 3, 6 et 12 mois après le traitement
Syphilis latente tardive, tertiaire (à l'exception de la neurosyphilis)	12 et 24 mois après le traitement
Neurosyphilis	6, 12 et 24 mois après le traitement
Co-infection par le VIH	1, 3, 6, 12 et 24 mois après le traitement, puis une fois l'an
Femmes enceintes Syphilis congénitale	Se référer aux <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> , révision 2010

Réponse sérologique adéquate

- Elle correspond à une **diminution d'au moins 2 dilutions**, soit une baisse du titre de 4 fois (p. ex. passage de 1:32 à 1:8)²
- Les titres sont à surveiller jusqu'à ce qu'ils deviennent **négatifs** ou **bas et stables** (p. ex. $\leq 1:4$)
- Une hausse du titre ou une trop faible baisse peut indiquer un échec au traitement ou un nouvel épisode; le patient doit être réévalué
- La détection d'un **nouvel épisode** correspond à une augmentation de 2 dilutions, soit une hausse du titre de 4 fois (p. ex. passage de 1:2 à 1:8) ou à une séroconversion du test (passage négatif à positif, avec titre $\geq 1:2$)

¹ Ne pas oublier d'aviser la personne infectée de s'abstenir de relations sexuelles jusqu'à l'obtention d'une réponse sérologique adéquate

² Se rappeler que les dilutions progressent selon la séquence suivante : 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32, 1:64, 1:128, 1:256, etc.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES MANIFESTATIONS CLINIQUES ET DES TESTS SÉROLOGIQUES EN FONCTION DES STADES DE LA MALADIE

SYPHILIS INFECTIEUSE

Stades de la maladie	Incubation	Primaire	Secondaire	Syphilis latente précoce (SLP)	Syphilis latente tardive (SLT)	Tertiaire	Syphilis traitée
Manifestations cliniques	Aucune	Chancre	Syndrome grippal avec rash diffus	Asymptomatique	Asymptomatique	Diverses formes possibles	Asymptomatique
Durée	de 3 à 90 jours, en moyenne 3 semaines	de 3 à 8 semaines, généralement 3 semaines	de 3 à 12 semaines	< 1 an	> 1 an	de 10 à 30 ans	
Test non tréponémique	RPR + parfois RPR - (1)	RPR +	RPR + parfois RPR - (2)	RPR +	RPR +	RPR +	RPR - parfois RPR + (4)
Tests tréponémiques	TP-PA + INNO-LIA + EIA + parfois (1) TP-PA - INNO-LIA - EIA -	TP-PA + INNO-LIA + EIA +	TP-PA + INNO-LIA + EIA +	TP-PA + INNO-LIA + EIA +	TP-PA + INNO-LIA + EIA +	TP-PA + INNO-LIA + EIA +	TP-PA + INNO-LIA + EIA + parfois (5) TP-PA - INNO-LIA - EIA -

(1) Durant l'incubation, les tests tréponémiques et non tréponémiques sont parfois négatifs en raison du faible taux d'anticorps. Au besoin, prélever un 2^e sérum de 2 à 4 semaines plus tard.

(2) Le RPR peut être fausement négatif au stade secondaire par un effet appelé «prozone» (phénomène in vitro par lequel un spécimen ayant une haute concentration d'anticorps donne un résultat fausement négatif). Si une syphilis secondaire est suspectée, aviser le laboratoire.

(3) Les tests non tréponémiques peuvent parfois être négatifs aux stades latents tardif ou tertiaire.

(4) Les tests non tréponémiques deviennent négatifs ou faiblement positifs (titre bas, ex. 1:4) après le traitement.

(5) Les tests tréponémiques restent positifs à vie dans la majorité des cas. Cependant, chez environ 20% des patients traités précocement, ils deviendront négatifs.



● INTERVENTION PRÉVENTIVE AUPRÈS DES PARTENAIREs

Stade	Période à couvrir pour l'offre de dépistage
PRIMAIRE	<ul style="list-style-type: none">■ Jusqu'à 3 mois avant le début des symptômes de la personne infectée■ Jusqu'à 4 mois avant le moment du diagnostic si la date du début des symptômes est inconnue ou incertaine■ Pendant la durée des symptômes
SECONDAIRE	<ul style="list-style-type: none">■ Jusqu'à 6 mois avant le début des symptômes de la personne infectée■ Jusqu'à 8 mois avant le moment du diagnostic si la date du début des symptômes est inconnue ou incertaine■ Pendant la durée des symptômes
LATENT PRÉCOCE	<ul style="list-style-type: none">■ Jusqu'à 1 an avant le moment du diagnostic de la personne infectée
LATENT TARDIF ET TERTIAIRE	<ul style="list-style-type: none">■ Conjoint actuel■ Partenaires antérieurs ayant eu une relation de longue durée avec la personne infectée■ Enfants au besoin

Le traitement épidémiologique consiste à administrer un traitement aux partenaires même si les résultats des tests ne sont pas disponibles ou se révèlent négatifs

Il est recommandé d'emblée

- Chez les partenaires sexuels des 90 derniers jours des cas de syphilis infectieuse ou de syphilis latente tardive avec titre $\geq 1:32$
- Lorsque le suivi du partenaire s'avère difficile

ACCÈS AU TRAITEMENT

Le traitement de la syphilis est gratuit pour les personnes atteintes ainsi que pour leurs partenaires. À cette fin, le médecin traitant doit indiquer sur le formulaire d'ordonnance habituel le code :

- K**, pour la personne infectée (le cas)
- L**, pour les partenaires (l'autre)

Rôles de la Direction de santé publique

Elle est en soutien aux cliniciens qui demandent conseil

Elle procède à l'enquête de tous les cas déclarés de syphilis

Lors de chaque enquête, elle contacte le clinicien et s'assure qu'une intervention préventive est en cours auprès des partenaires sexuels de la personne infectée

Au besoin, elle procède à l'intervention préventive auprès des partenaires

Responsable de la publication

Francine Levac, médecin-conseil

Collaboration

Denise Décarie, médecin-conseil

Lecture

François Lamothe, MD, microbiologiste et infectiologue, CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes

L'équipe vigie et protection de la DSP des Laurentides

Consultation

Bouchra Sérhir, Ph.D., microbiologiste, Laboratoire de santé publique du Québec

Révision

Gilles Chaput, communications

RÉFÉRENCES

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, révision 2010.

GUIDE QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE, *Infections transmissibles sexuellement et par le sang*, 2006.

AIDE-MÉMOIRE à l'intention des professionnels de la santé, *Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires*, MSSS, 2004.

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

ISBN 978-2-89547-157-8 (version imprimée)

ISBN 978-2-89547-158-5 (PDF)

Reproduction et téléchargement autorisés à des fins non commerciales avec mention de la source.

© Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, Direction de santé publique, 2011