

Avril 2016

La prise en charge et le traitement de la syphilis

**chez les adultes infectés par le virus
de l'immunodéficience humaine (VIH)**

Guide

**pour les professionnels
de la santé du Québec**

Version résumée

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-75500-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2016

COMITÉ DE RÉDACTION

D^r Claude Fortin

Microbiologiste infectiologue
Président du Comité de rédaction
Unité hospitalière de recherche,
d'enseignement et de soins sur le sida,
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Jean-Guy Baril

Médecin
Président du Comité consultatif sur la prise
en charge clinique des personnes vivant
avec le VIH
Clinique médicale Quartier latin, Montréal
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Service de lutte contre les infections
transmissibles sexuellement et par le sang,
ministère de la Santé et des Services
sociaux

D^{re} Claude Laberge

Médecin-conseil
Service de lutte contre les infections
transmissibles sexuellement et par le sang,
ministère de la Santé et des Services
sociaux

M. Hugo Merveille

Secrétaire-documentaliste
Comité consultatif sur la prise en charge
clinique des personnes vivant avec le VIH
Programme national de mentorat sur le VIH-
sida

D^r Benoît Trottier

Médecin
Clinique médicale L'Actuel, Montréal
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement
et de soins sur le sida, Centre hospitalier de
l'Université de Montréal

M^{me} Irina Tsarevsky

Agente de recherche et de planification
Service de lutte contre les infections
transmissibles sexuellement et par le sang,
ministère de la Santé et des Services sociaux

D^{re} Sylvie Venne

Médecin-conseil
Service de lutte contre les infections
transmissibles sexuellement et par le sang,
ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Louis-Philippe Vézina

Secrétaire-documentaliste
Comité consultatif sur la prise en charge clinique
des personnes vivant avec le VIH
Programme national de mentorat sur le VIH-sida

COMITÉ CONSULTATIF SUR LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

D^r Jean-Guy Baril

Président
Médecin
Clinique médicale Quartier latin, Montréal
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Service de lutte contre les infections transmissibles
sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des
Services sociaux

D^r Pierre Côté

Médecin
Clinique médicale Quartier latin, Montréal
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de
soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de
Montréal
Programme national de mentorat sur le VIH/sida

D^r Claude Fortin

Microbiologiste infectiologue
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de
soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de
Montréal

D^{re} Marie-Ève Goyer

Médecin
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de
soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de
Montréal
Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

D^r Patrice Junod

Médecin
Clinique médicale L'Actuel, Montréal

D^{re} Fatima Kakkar

Pédiatre et infectiologue
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de
soins sur le sida, Centre hospitalier universitaire Sainte-
Justine
Centre maternel et infantile sur le sida, Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

D^r Richard Lalonde

Interniste infectiologue
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de
soins sur le sida, Centre universitaire de santé McGill

D^r Bernard Lessard

Médecin
Clinique médicale Quartier latin, Montréal
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de
soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de
Montréal
Membre liaison pour le Collège des médecins de
famille du Canada

M. Ken Monteith

Directeur général
Coalition des organismes communautaires québécois
de lutte contre le sida

M. Hugo Merveille

Secrétaire-documentaliste
Comité consultatif sur la prise en charge clinique des
personnes vivant avec le VIH
Programme national de mentorat sur le VIH-sida

D^r Alain Piché

Microbiologiste infectiologue
Clinique VIH-sida, Centre hospitalier universitaire de
Sherbrooke

D^{re} Danielle Rouleau

Microbiologiste infectiologue
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement
et de soins sur le sida,
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

M^{me} Rachel Therrien

Pharmacienne
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement
et de soins sur le sida,
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Benoît Trottier

Médecin
Clinique médicale L'Actuel, Montréal
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement
et de soins sur le sida,
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^{re} Sylvie Trottier

Microbiologiste infectiologue
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement
et de soins sur le sida,
Centre hospitalier universitaire de Québec

M^{me} Irina Tsarevsky

Agente de recherche et de planification
Service de lutte contre les infections transmissibles
sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et
des Services sociaux

D^r Chris Tsoukas

Interniste immunologue
Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de
soins sur le sida, Centre universitaire de santé McGill

REMERCIEMENTS

D^{re} Annie-Claude Labbé

Microbiologiste infectiologue
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Présidente du Comité sur les analyses en lien avec les
ITSS, Institut national de santé publique du Québec

D^r Jeannot Dumaresq

Microbiologiste infectiologue
Hôtel-Dieu de Lévis

D^{re} Marie-Soleil Masse

Allergologue et immunologue
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Table des matières

Comité de rédaction	ii
Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH	iii
Remerciements	iv
Liste des acronymes et abréviations	vi
Généralités	1
1. Histoire naturelle de la syphilis	2
2. Sommaire des principales manifestations cliniques de la syphilis.....	3
3. Algorithme relatif à la détection et à la confirmation sérologique de la syphilis : algorithme I, débutant par un RPR	6
4. Algorithme relatif à la détection et à la confirmation sérologique de la syphilis : algorithme II, débutant par un EIA/CIA	7
5. Grille d'interprétation du sérodiagnostic de la syphilis	8
6. Quand effectuer une ponction lombaire chez un patient infecté par le VIH ayant une syphilis ?	10
7. Valeurs normales et anormales des analyses du LCR chez l'adulte	10
8. Interprétation des résultats d'analyses du LCR pour les PVVIH ayant eu un résultat positif à une épreuve tréponémique sur le sérum	11
9. Traitement de la syphilis chez la PVVIH	12
9.1. Syphilis primaire, secondaire et latente précoce (non neurologique)	12
9.2. Syphilis latente tardive et tertiaire (non neurologique)	12
9.3. Neurosyphilis.....	13
9.4. Réaction de Jarisch-Herxheimer	13
10. Suivi de traitement	14
10.1. Suivi sérologique après le traitement.....	14
10.2. Réponse sérologique inadéquate	15
11. Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper !.....	16

Liste des acronymes et abréviations

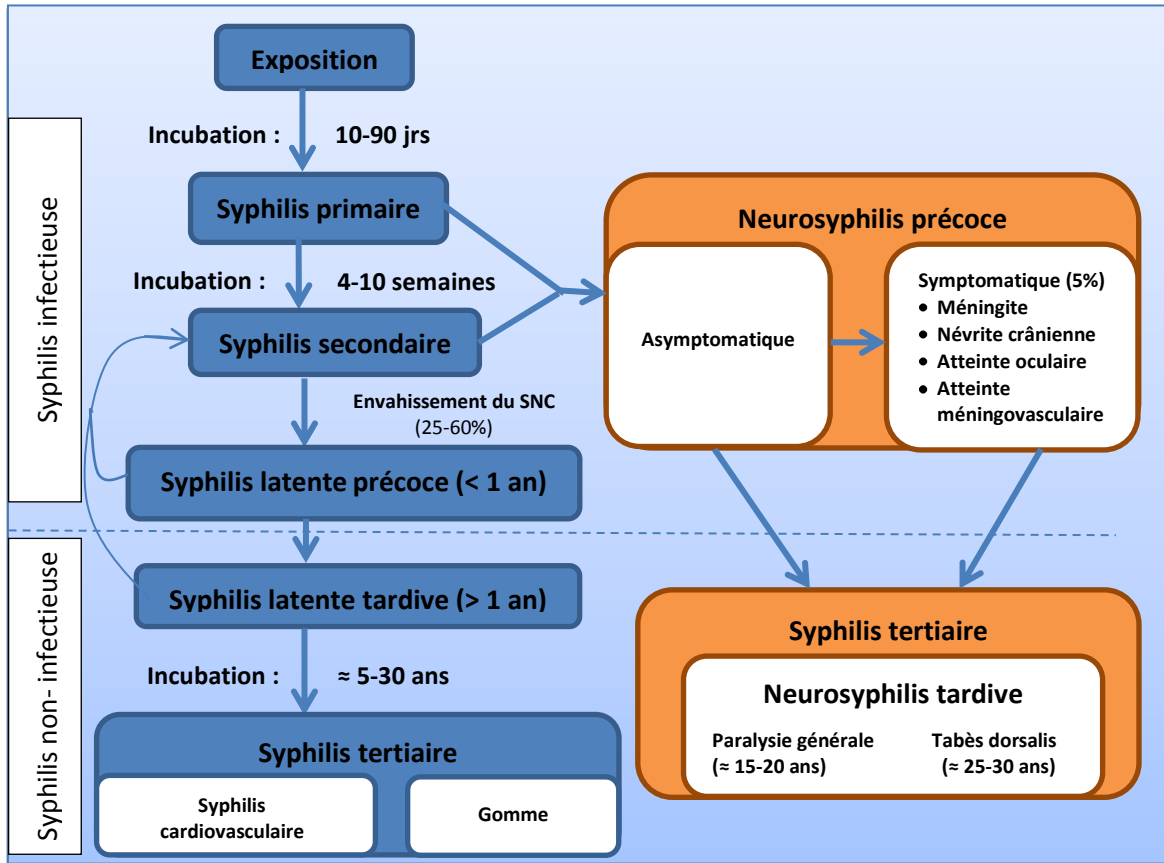
CIA	Essai immunoenzymatique par chimiluminescence (<i>Chemiluminescence immunoassay</i>)
EIA	Essai immunoenzymatique (<i>Enzyme immunoassay</i>)
FTA-ABS	Test d'immunofluorescence absorbée (<i>Fluorescent treponemal antibody absorption test</i>)
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INNO-LIA ^{MD}	Épreuve de détection immunoenzymatique sur bandelettes (<i>Line immunochromatographic assay</i> , marque déposée de la compagnie Innogenetics)
LCR	Liquide céphalo-rachidien
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
PVVIH	Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
RPR	Test rapide de la réagine plasmatique (<i>Rapid plasma reagin</i>)
SNC	Système nerveux central
TP-PA	Test d'agglutination passive de <i>Treponema pallidum</i> (<i>Treponema pallidum particle agglutination test</i>)
VDRL	Épreuve de floculation pour la recherche d'anticorps non tréponémiques (<i>Venereal Disease Research Laboratory test</i>)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Généralités

Le présent document a été rédigé par un groupe de travail du Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (PVVIH), sous la responsabilité du Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang du ministère de la Santé et des Services sociaux. Des recommandations sur la prise en charge de la syphilis chez les adultes infectés par le VIH y sont présentées. Il faut préciser que la prise en charge de la syphilis chez la femme enceinte et celle de la syphilis congénitale ne sont pas traitées dans ce guide.

Une version complète du guide, qui inclut la revue de la littérature et les références à la base des recommandations citées dans cette version résumée, est aussi consultable sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux.

1. Histoire naturelle de la syphilis



Source : Adapté de MATTHEW R. GOLDEN, CHRISTINA M. MARRA ET KING K. HOLMES, « Update on syphilis: Resurgence of an old problem », *Journal of the American Medical Association*, vol. 290, n° 11, 17 septembre 2003, p. 1510-1514. doi :10.1001/jama.290.11.1510.

2. Sommaire des principales manifestations cliniques de la syphilis

Contagiosité	Stade	Principales manifestations cliniques	Particularités de la co-infection syphilis et infection par le VIH
Période infectieuse	Primaire Les manifestations surviennent après une incubation de 10 à 90 jours, en moyenne de 21 jours.	Le chancre : Lésion papulaire, la plupart du temps indolore, évoluant vers un ulcère bien circonscrit, aux rebords indurés, accompagnée parfois d'une adénopathie régionale. Le chancre disparaît spontanément en trois à six semaines.	Le chancre : Ulcères multiples (jusqu'à 70 % des cas). Ils peuvent être plus larges, plus profonds et se résoudre plus lentement.
	Secondaire Commence de quatre à dix semaines après l'apparition du chancre. Rarement, ce stade commence avant la disparition du chancre.	Lésions cutané-muqueuses : Principale manifestation : éruption cutanée maculaire ou maculopapulaire, généralement non prurigineuse, pouvant atteindre la paume des mains et la plante des pieds. Le rash régresse spontanément en trois à douze semaines. Autres manifestations cutané-muqueuses : plaques muqueuses, condylomes plats et alopecie. Autres manifestations : Malaises non spécifiques : fièvre, myalgies, céphalées et maux de gorge.	Lésions cutané-muqueuses : Jusqu'au quart des patients présenteront simultanément des lésions des stades primaire et secondaire. Des éruptions cutanées atypiques plus sévères ont été observées, comme le <i>Lues maligna</i> . Autres manifestations : Atteintes oculaires plus fréquentes. Les neurosyphilis précoces semblent plus fréquentes. Les symptômes ophtalmiques sont souvent l'indice d'une neurosyphilis.

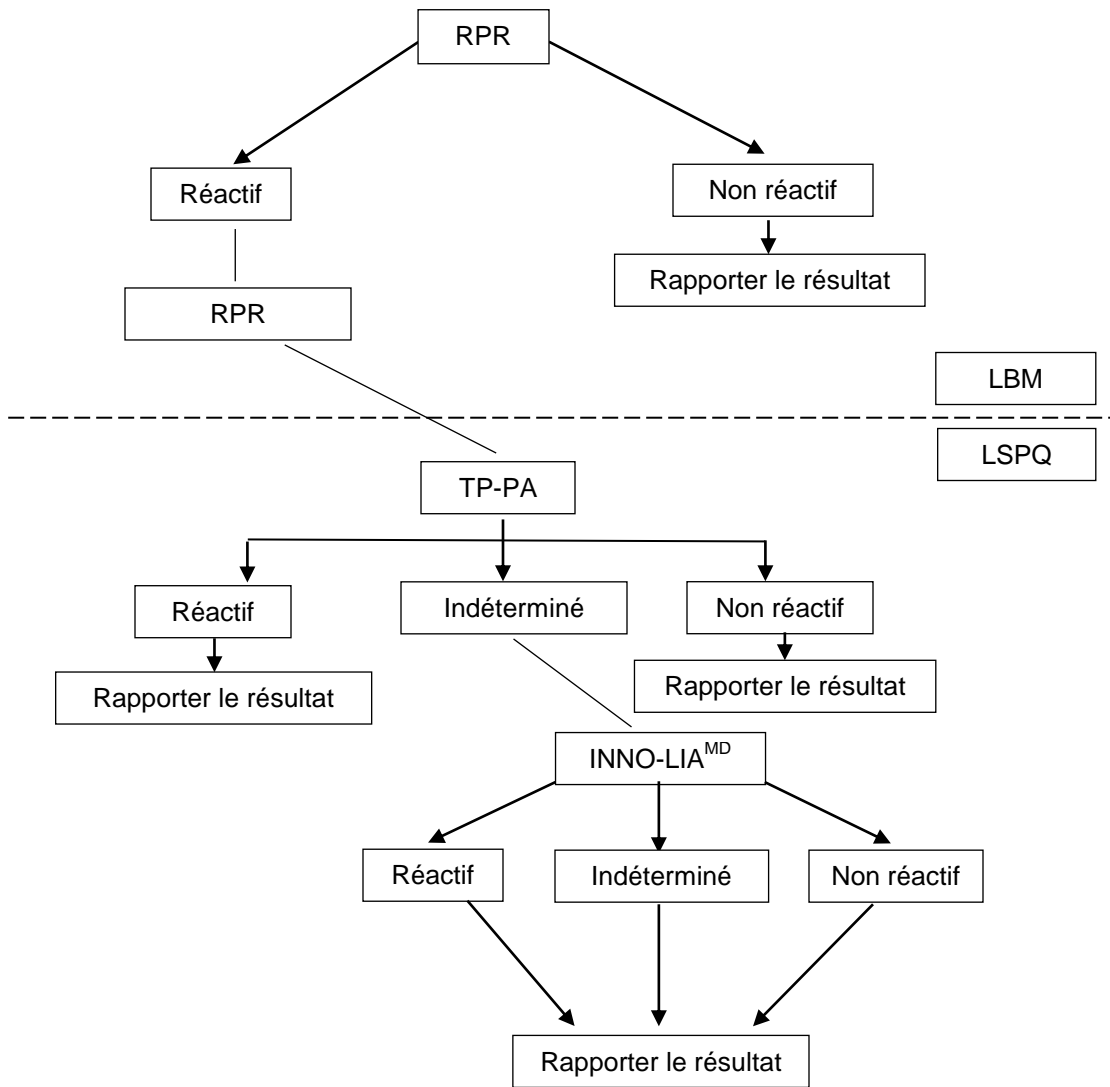
**La prise en charge et le traitement de la syphilis chez les adultes infectés
par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) :
Guide pour les professionnels de la santé du Québec**

		Atteintes d'organes cibles : uvéïte, méningite, névrite crânienne, hépatite, glomérulonéphrite et synovite.	
	Syphilis latente précoce Lorsque l'histoire et la sérologie permettent de situer le début de l'infection à moins d'un an.	Aucune manifestation clinique Le diagnostic repose sur les épreuves sérologiques et l'histoire clinique.	
Période non infectieuse	Syphilis latente tardive Lorsque l'histoire et la sérologie ne permettent pas de situer le début de l'infection à moins d'un an.	Aucune manifestation clinique Le diagnostic repose sur les épreuves sérologiques et l'histoire clinique.	
	Tertiaire Commence généralement entre cinq et trente ans après l'infection.	Principales formes cliniques : Gommes syphilitiques : lésions granulomateuses cutanéomuqueuses et osseuses principalement. Complications cardiovasculaires : endartérite oblitérante, anévrismes, insuffisance aortique.	Principales formes cliniques : Évolution vers la syphilis tertiaire plus rapide. Début plus précoce de complications neurologiques tardives ou cardiovasculaires.

**La prise en charge et le traitement de la syphilis chez les adultes infectés
par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) :
Guide pour les professionnels de la santé du Québec**

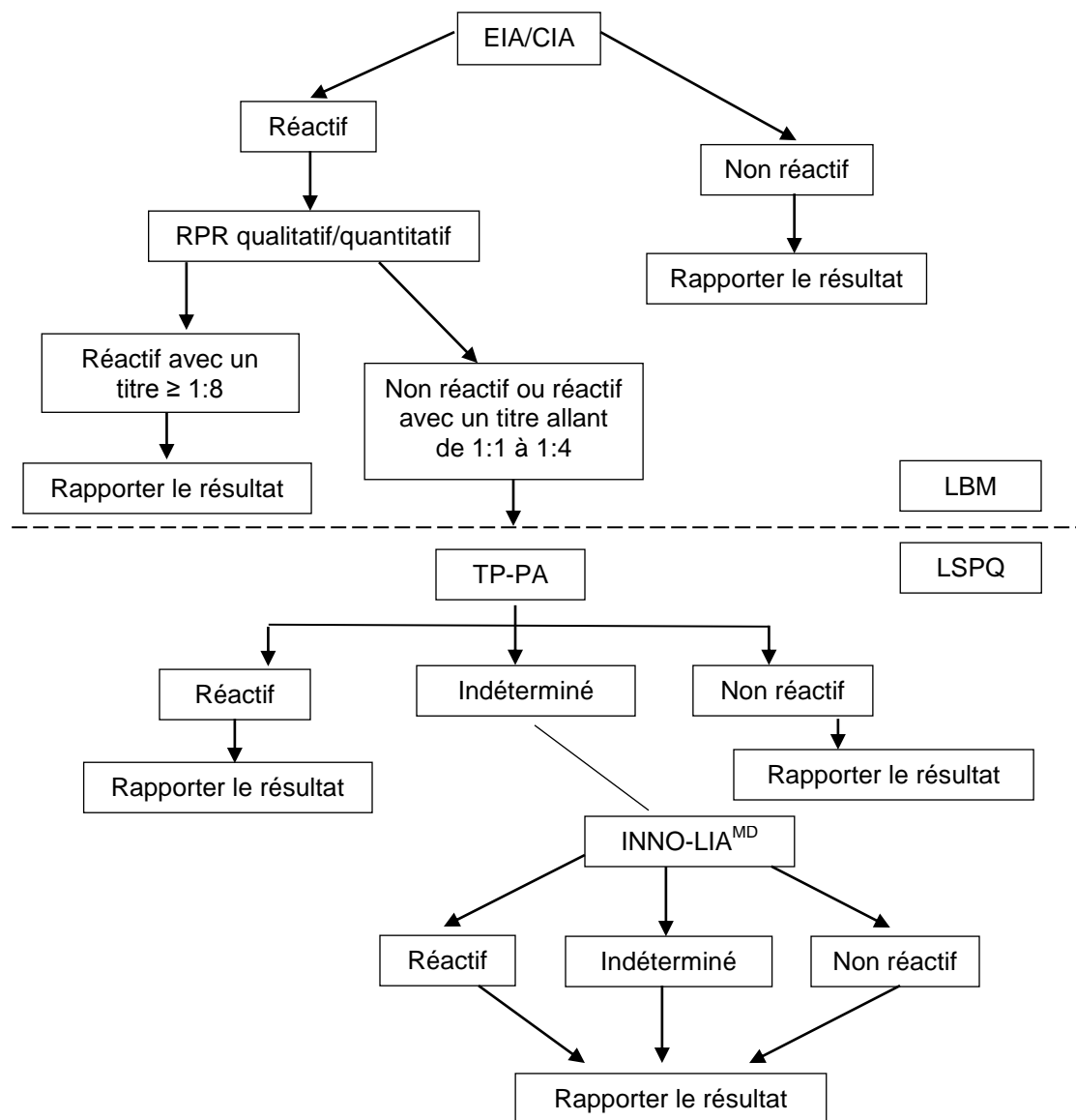
		Atteintes neurologiques : atteinte méningovasculaire, atteinte du parenchyme cérébral (paralysie générale, démence) et atteinte des cordons postérieurs de la moelle épinière ainsi que des ganglions de la racine postérieure (<i>tabes dorsalis</i>).	
--	--	--	--

3. Algorithme relatif à la détection et à la confirmation sérologique de la syphilis : algorithme I, débutant par un RPR



Abréviations : INNO-LIA^{MD} : épreuve de détection immunoenzymatique sur bandelettes (*line immunochromatographic assay*, marque déposée de la compagnie Innogenetics) ; LBM : laboratoire de biologie médicale ; LSPQ : Laboratoire de santé publique du Québec ; RPR : test rapide de la réagine plasmatique (*rapid plasma reagin*) ; TP-PA : test d'agglutination passive de *Treponema pallidum* (*Treponema pallidum particle agglutination*).

4. Algorithme relatif à la détection et à la confirmation sérologique de la syphilis : algorithme II, débutant par un EIA/CIA



Abréviations : CIA : essai immunoenzymatique à chimiluminescence (*chemiluminescence immunoassay*) ; EIA : essai immunoenzymatique (*enzyme immunoassay*) ; INNO-LIA^{MD} : épreuve de détection immunoenzymatique sur bandelettes (*line immunochromatographic assay*, marque déposée de la compagnie Innogenetics) ; LBM : laboratoire de biologie médicale ; LSPQ : Laboratoire de santé publique du Québec ; RPR : test rapide de la réagine plasmatique (*rapid plasma reagin*) ; TP-PA : test d'agglutination passive de *Treponema pallidum* (*Treponema pallidum particle agglutination*).

5. Grille d'interprétation du sérodiagnostic de la syphilis

RÉSULTAT DES ANALYSES SÉROLOGIQUES			INTERPRÉTATION ET OPTIONS
EIA/CIA	RPR	ÉPREUVES DE CONFIRMATION ¹	
S.O.	Non réactif	S.O.	1) Pas de tréponématose (pas de syphilis). 2) Si une syphilis en période d'incubation est suspectée, prélever un deuxième sérum trois mois après le contact présumé. 3) Si une syphilis primaire est suspectée, prélever un deuxième sérum de deux à quatre semaines après le début des symptômes. 4) Si une syphilis secondaire est suspectée, aviser le laboratoire afin d'évaluer la possibilité d'un effet « prozone ² ».
Non réactif	S.O.		
S.O.	Réactif (toutes les dilutions)	Réactif	Tréponématose syphilitique ; il est toutefois nécessaire de connaître la présentation clinique et les antécédents de traitement pour préciser l'interprétation :
Réactif	Réactif (≥ 1:8)	S.O.	a) syphilis infectieuse (primaire, secondaire ou latente précoce) ;
Réactif	Réactif (dilutions 1:1 à 1:4)	Réactif	b) syphilis latente tardive ; c) syphilis tertiaire ; d) syphilis traitée mais persistance d'un RPR réactif.
Réactif	Non réactif	Réactif	1) Tréponématose syphilitique ; il est nécessaire de connaître la présentation clinique et les antécédents de traitement pour préciser l'interprétation : a) syphilis primaire avant la séroconversion du RPR ; b) syphilis secondaire avec effet « prozone ² » du RPR ; c) syphilis latente tardive après séroréversion du RPR ; d) syphilis traitée. 2) Tréponématose non syphilitique possible (bejel, pian ou pinta).

**La prise en charge et le traitement de la syphilis chez les adultes infectés
par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) :
Guide pour les professionnels de la santé du Québec**

S.O.	Réactif (toutes les dilutions)	Non réactif	<p>1) Pas de tréponématose ; RPR³ ou EIA/CIA⁴, ou les deux, faussement réactifs.</p> <p>2) Si une syphilis en phase d'incubation ou une syphilis primaire est suspectée, prélever un deuxième sérum dans 2 à 4 semaines.</p>
Réactif	Non réactif ou Réactif (dilutions 1:1 à 1:4)		
<p>1. Selon le profil sérologique, les épreuves de confirmation incluront le TP-PA, avec ou sans l'INNO-LIA^{MD}.</p> <p>2. Phénomène <i>in vitro</i> s'appliquant au RPR, par lequel un spécimen ayant une haute concentration d'anticorps donne un résultat faussement négatif.</p> <p>3. Les causes d'un RPR faussement positif incluent certaines collagénoses, la grossesse, l'utilisation de drogues injectables et d'autres infections.</p> <p>4. Les causes d'un EIA ou d'un CIA faussement positif incluent d'autres infections – dont le bejel, le pian et la pinta ainsi que des infections par d'autres spirochètes, telles que la borréliose (maladie de Lyme) ou la leptospirose.</p> <p>Abréviations : CIA : essai immunoenzymatique par chimiluminescence (<i>chemiluminescence immunoassay</i>) ; EIA : essai immunoenzymatique (<i>enzyme immunoassay</i>) ; RPR : test rapide de la réagine plasmatique (<i>rapid plasma reagin</i>) ; S.O. : sans objet (non fait).</p>			

Source : Adapté du *Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS : Syphilis*, publié par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

6. Quand effectuer une ponction lombaire chez un patient infecté par le VIH ayant une syphilis ?

Recommandation
<ul style="list-style-type: none">• Les indications retenues pour effectuer systématiquement une ponction lombaire, en vue d'éliminer la possibilité d'une neurosyphilis, chez un patient dont le profil sérologique est compatible avec la syphilis sont :<ul style="list-style-type: none">○ des signes ou des symptômes neurologiques (ou les deux) ou ophtalmiques, sans égard au stade de la syphilis ;○ une évidence clinique de syphilis tertiaire non neurologique : gomme syphilitique ou d'une atteinte cardiovasculaire ;○ un échec sérologique du traitement, c'est-à-dire lorsque le suivi sérologique ne montre pas la réduction attendue du titre de l'épreuve non tréponémique en l'absence de réinfection.

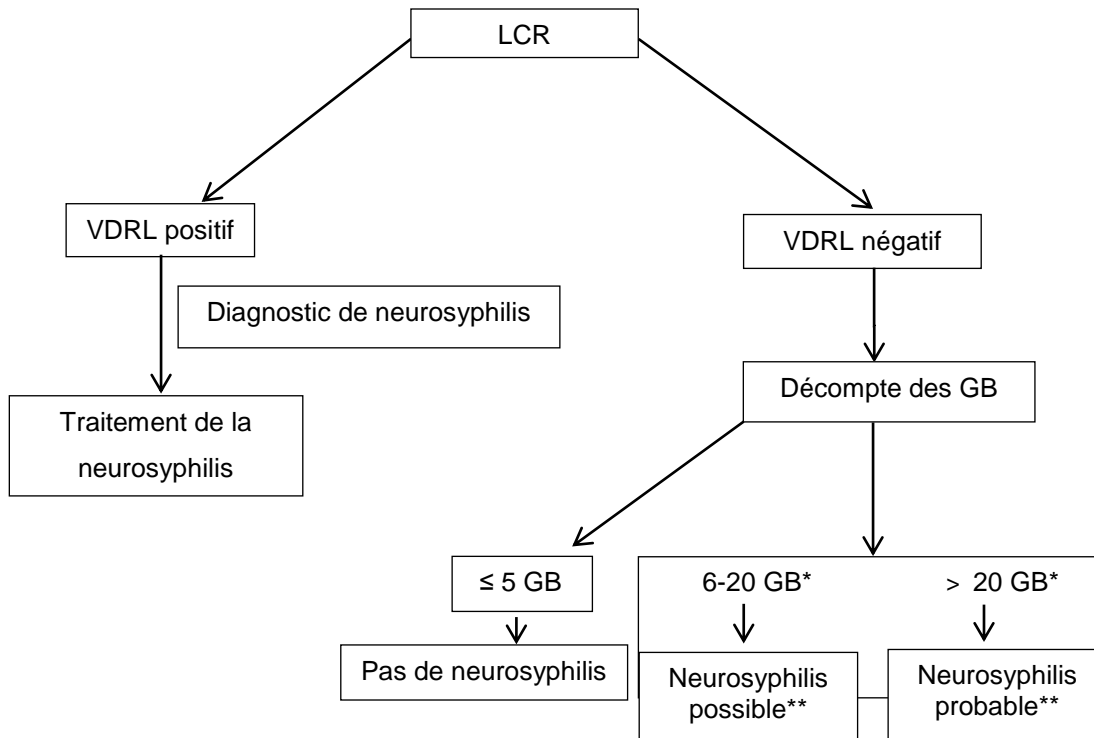
7. Valeurs normales et anormales des analyses du LCR chez l'adulte

Paramètre mesuré	Valeurs anormales	Valeurs normales
VDRL	Réactif	Non réactif
Décompte des GB*	> 5 cellules/ μ l	0-5 cellules/ μ l
Protéines	Au-dessus de la limite supérieure	Dans les limites des valeurs normales

* Décompte corrigé en cas de ponction traumatique.

Abréviations : GB : globule blanc ; LCR : liquide céphalo-rachidien ; μ l : microlitre ; VDRL : *Venereal Disease Research Laboratory test*.

8. Interprétation des résultats d'analyses du LCR pour les PVVIH ayant eu un résultat positif à une épreuve tréponémique sur le sérum



* Décompte corrigé en cas de ponction traumatique.

** En l'absence d'autre diagnostic.

Abréviations : GB : globule blanc ; LCR : liquide céphalo-rachidien ; PVVIH : personne vivant avec le VIH ; VDRL : épreuve de floculation pour la recherche d'anticorps non tréponémiques (*Venereal Disease Research Laboratory test*).

9. Traitement de la syphilis chez la PVVIH

9.1. Syphilis primaire, secondaire et latente précoce (non neurologique)

Recommandations

- Une dose de pénicilline G benzathine, à raison de 2,4 millions d'unités, par voie intramusculaire.
- En cas d'allergie connue à la pénicilline : doxycycline, en doses de 100 mg, par voie orale, deux fois par jour pendant quatorze jours.

N.B. : Le recours à l'azithromycine est déconseillé, étant donné la résistance géographiquement répandue à cet agent.

9.2. Syphilis latente tardive et tertiaire (non neurologique)

Recommandations

- Pénicilline G benzathine : une dose de 2,4 millions d'unités, administrée une fois par semaine durant trois semaines, pour un total de 7,2 millions d'unités.
- En cas d'allergie connue à la pénicilline :
 - doxycycline, 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 28 jours ;
 - envisager une désensibilisation à la pénicilline en l'absence de contre-indication puis traiter avec la pénicilline G benzathine, à raison d'une dose de 2,4 millions d'unités administrée une fois par semaine durant trois semaines, pour un total de 7,2 millions d'unités.

9.3. Neurosyphilis

Recommandations

- Pénicilline G aqueuse, à raison de 3 à 4 millions d'unités, par voie intraveineuse aux quatre heures (total de 18 à 24 millions d'unités par jour), pendant 10 à 14 jours.
- En cas d'allergie connue à la pénicilline :
 - procéder à une désensibilisation à la pénicilline en l'absence de contre-indication, puis traiter avec la pénicilline G aqueuse à raison de 3 à 4 millions d'unités aux quatre heures, par voie intraveineuse (total de 18 à 24 millions d'unités/jour), pendant 10 à 14 jours ;
 - envisager, en l'absence d'une histoire de réaction sévère à la pénicilline¹, de traiter avec de la ceftriaxone, en doses de 2 grammes, par voie intraveineuse ou intramusculaire, une fois par jour pendant 10 à 14 jours.

N.B. : Aucun autre régime n'ayant été étudié dans ce contexte, le suivi clinique et sérologique d'un patient traité pour une neurosyphilis avec tout autre régime, incluant la doxycycline, doit être extrêmement étroit.

9.4. Réaction de Jarisch-Herxheimer

Recommandation

- Informer le patient de la survenue possible de la réaction de Jarisch-Herxheimer.
La réaction de Jarisch-Herxheimer est une réaction fébrile aiguë qui peut survenir, après l'injection de pénicilline, chez un patient ayant une syphilis précoce. Cette réaction, secondaire à la relâche d'endotoxines, de lipopolysaccharides et de cytokines pro-inflammatoires reliée à la lyse des tréponèmes, survient généralement dans les 2 heures suivant l'injection et elle s'atténue spontanément dans les 24 heures.

¹ Voir à ce sujet Roland SOLENSKY, « Drug desensitization », *Immunology and Allergy Clinics of North America*, vol. 24, n° 3, août 2004, p. 425-443, doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.iac.2004.03.008>, cité dans les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, Section 5, « Prise en charge et traitement d'infections spécifiques : Syphilis », <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcits/section-5-10-fra.php#note55> (référence n° 43).

10. Suivi de traitement

Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> • Contrôles sérologiques à 3 mois, à 6 mois, à 12 mois et à 24 mois. • Pour les cas de neurosyphilis : faire une ponction lombaire de contrôle tous les six mois, jusqu'à normalisation du LCR, et assurer le suivi sérologique.

10.1. Suivi sérologique après le traitement

Recommandation	
<ul style="list-style-type: none"> • Prescrire des contrôles sérologiques et cliniques à toute personne traitée afin de pouvoir vérifier si la réponse au traitement correspond à la réponse attendue. 	
STADE	Réponse sérologique attendue
Syphilis primaire	Baisse* du titre de 4 fois après 6 mois Baisse du titre de 8 fois après 12 mois
Syphilis secondaire	Baisse du titre de 8 fois après 6 mois Baisse du titre de 16 fois après 12 mois
Syphilis latente précoce	Baisse du titre de 4 fois après 12 mois
Syphilis latente tardive	Critères de la réponse sérologique mal définis : baisse du titre d'au moins 4 fois après 12 à 24 mois
Tertiaire (non neurologique)	Pas de critères de réponse définis
Neurosyphilis	Selon le stade auquel la neurosyphilis est diagnostiquée
<p>* Baisse du titre de 4 fois = baisse de 2 dilutions (par exemple, passage de 1:32 à 1:8).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une hausse significative du titre (une augmentation de 2 dilutions, soit une hausse du titre de 4 fois ; par exemple, passage de 1:2 à 1:8) ou une trop faible baisse peuvent indiquer un échec du traitement ou un nouvel épisode. La personne devrait être réévaluée. • Les dilutions progressent selon la séquence suivante : 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32, 1:64, 1:128, 1:256. • Les titres sont à surveiller jusqu'à ce qu'ils deviennent négatifs ou bas et stables (par exemple, inférieurs ou égaux à 1:4). 	

10.2. Réponse sérologique inadéquate

Recommandations

- Réévaluation clinique afin de faire la distinction entre un échec du traitement et une réinfection.
- En l'absence de réinfection, lorsqu'un échec sérologique est suspecté, une ponction lombaire doit être effectuée afin de pouvoir éliminer la possibilité de neurosyphilis.
- Traiter à nouveau :
 - comme une syphilis latente tardive
 - ou
 - comme une neurosyphilis si l'analyse du LCR démontre la présence d'anomalies compatibles avec cette forme de la syphilis.

Tableau 6: Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!

(Version adaptée pour les personnes atteintes de la syphilis)

QU'EST-CE QUE L'IPPAP ?

L'IPPAP, soit l'Intervention Préventive auprès des Personnes Atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs Partenaires, consiste :

- à soutenir les personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) pour qu'elles avisent leurs partenaires de leur exposition à une telle infection;
- à inciter les partenaires des personnes atteintes à consulter un professionnel de la santé pour une évaluation, un test de dépistage et, dans la majorité des cas, un traitement.

POURQUOI AVOIR RECOURS À L'IPPAP ?

L'IPPAP est une intervention dont l'efficacité est reconnue pour :

- éviter la réinfection de la personne atteinte;
- interrompre la propagation de l'infection dans la communauté;
- prévenir l'apparition de complications liées à une infection non traitée.

Si les personnes atteintes d'une ITS ne bénéficient pas du soutien d'un professionnel, entre 30 et 40 % de leurs partenaires (et jusqu'à 80 % s'il s'agit de partenaires occasionnels) ne seront pas avisés de leur exposition. Un grand nombre de ces partenaires demeureront asymptomatiques, mais pourront transmettre l'infection et présenter ultérieurement des complications.

À QUI S'ADRESSE L'IPPAP ?

■ **À toutes les personnes atteintes d'une ITS ou d'un syndrome clinique compatible avec ce type d'infection.**

■ **À tous les partenaires sexuels exposés (partenaires habituels, occasionnels ou d'une nuit).**

PAR QUI EST OFFERTE L'IPPAP ET COMMENT L'INTERVENTION SE DÉROULE-T-ELLE ?

DANS TOUTES LES SITUATIONS

L'IPPAP est offerte par le professionnel de la santé dans le cadre du counseling¹, principalement au moment de l'annonce du résultat du test de dépistage.

■ **Le rôle du professionnel de la santé consiste :**

- à aborder le sujet avec la personne dès la visite initiale (counseling prétest);
- à sensibiliser la personne atteinte aux avantages qu'elle peut tirer de l'intervention (p. ex. : diminuer son risque de réinfection, être vue comme une personne qui se préoccupe de la santé de ses partenaires);
- à expliquer à la personne atteinte les mesures prises pour assurer la confidentialité;
- à identifier avec la personne atteinte, au moment de la transmission des résultats, tous les partenaires sexuels à joindre en fonction de la période de contagiosité propre à l'ITS en cause (voir la section « Les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité »);
- à discuter des façons de procéder à la notification, soit:
 - si la personne atteinte veut aviser elle-même ses partenaires, examiner avec elle les difficultés possibles et les solutions envisageables,
 - si la personne atteinte préfère ne pas aviser elle-même ses partenaires, lui proposer le soutien d'une tierce personne (p. ex.: infirmière, professionnel de la santé publique);
- à préparer la personne atteinte à aviser ses partenaires (voir la section « Comment préparer la personne atteinte à aviser ses partenaires? »);
- le cas échéant, à faire un suivi auprès de la personne atteinte afin de s'assurer que ses partenaires ont effectivement été avisés;
- à offrir d'évaluer et de traiter les partenaires ou à indiquer quels sont les services offerts dans la région pour l'évaluation et le traitement des partenaires;
- si la personne atteinte refuse de collaborer, à tenter de cerner les obstacles et d'identifier des pistes de solution;
- à proposer à la personne atteinte l'aide d'un professionnel de la santé publique, au besoin.

PAR QUI EST OFFERTE L'IPPAP ET COMMENT L'INTERVENTION SE DÉROULE-T-ELLE (SUITE)

DANS LES SITUATIONS NÉCESSITANT UNE INTERVENTION PLUS INTENSE OU À LA DEMANDE D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Dans plusieurs cas, le soutien offert à la personne atteinte d'une ITS à l'occasion du counseling post-test suffit. Certaines situations nécessitent toutefois une intervention plus intense, généralement offerte par un professionnel mandaté par la santé publique. Pour les ITS à déclaration obligatoire, chaque direction de santé publique détermine quelles sont les situations nécessitant une intervention plus intense en fonction des données probantes et des données épidémiologiques. Les situations prioritaires et les modalités d'intervention varient selon les régions.

Informez-vous auprès de votre direction de santé publique afin de connaître les services offerts dans votre région.

Le rôle du professionnel de la santé consiste aussi:

- à aviser la personne atteinte qu'un professionnel mandaté par la santé publique pourrait communiquer avec elle;
- si l'intervention a lieu dans son milieu clinique (selon une entente entre le professionnel de la santé et la Direction de santé publique), à identifier avec la personne atteinte les partenaires qu'elle n'est pas en mesure de joindre elle-même, à effectuer la notification et l'intervention préventive auprès de ces partenaires (ou voir à ce qu'elles soient effectuées par un professionnel de son équipe) et à faire le suivi de la démarche de notification pour s'assurer que tous les partenaires ont été joints.

Le rôle du professionnel mandaté par la santé publique consiste:

- à effectuer une intervention préventive auprès de la personne atteinte;
- à joindre tous les partenaires ou certains d'entre eux, selon l'entente établie avec la personne atteinte;
- à diriger les partenaires vers les ressources appropriées et à effectuer un suivi si nécessaire.

COMMENT PRÉPARER LA PERSONNE ATTEINTE À AVISER SES PARTENAIRES ?

Pour certaines personnes, la nécessité d'aviser leurs partenaires ne va pas sans difficulté. En vue d'aider la personne atteinte à se préparer, le professionnel de la santé pourra:

- s'assurer qu'elle connaît les symptômes, les modes de transmission, les complications possibles et les traitements existants afin qu'elle puisse ensuite informer ses partenaires;
- lui présenter et lui remettre des outils, dont les suivants:
 - la brochure *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*^{2,3}, qui indique quoi faire lorsqu'on a une chlamydia, une gonorrhée, une syphilis ou une infection par le VIH et qui donne des pistes pour la notification,
 - des cartes de notification³, sur la syphilis⁴ ou sur le VIH⁵ (selon le nombre de partenaires), lesquelles cartes contiennent des messages-clés et de l'information sur ces infections,
 - les adresses des sites qui donnent de l'information sur les ITSS, incluant des pistes pour la notification, soit www.sante.gouv.qc.ca (site pour le grand public) et www.itss.gouv.qc.ca (site destiné aux jeunes);
- s'assurer qu'elle comprend que ses partenaires doivent être non seulement avisés mais surtout évalués, dépistés et, dans la majorité des cas, traités rapidement et ce, même s'ils n'ont pas de symptômes;
- discuter avec elle de la stratégie à adopter pour aviser ses partenaires, ce qui inclut:
 - de choisir le meilleur moyen selon la situation (p. ex.: rencontre, appel téléphonique, carte de notification anonyme),
 - de choisir un moment opportun pour un appel téléphonique ou une rencontre,
 - de déterminer un environnement approprié et sécuritaire si le moyen choisi est une rencontre,
 - dans certaines situations, de lui suggérer de se faire accompagner par un ami ou un parent;
- lui présenter les différents services pouvant l'appuyer dans sa démarche (p. ex. : infirmière de sa clinique, professionnel de la santé publique) et les ressources où ses partenaires pourront être évalués, dépistés et, au besoin, traités.

1. Les chapitres 9 et 11 du *Guide québécois de dépistage des ITSS* présentent les éléments à aborder dans le cadre du counseling prétest et du counseling post-test. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide québécois de dépistage des ITSS*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016. On peut consulter ce guide à l'adresse suivante: [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/>].

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée... Il faut en parler*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, 9 p. On peut commander cette brochure ou la consulter à l'adresse suivante: [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001062/>].

3. L'annexe IX du *Guide québécois de dépistage des ITSS* donne des détails sur l'utilisation de la brochure et des cartes de notification. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide québécois de dépistage des ITSS*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016. On peut consulter ce guide à l'adresse suivante: [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000090/>].

4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Carte de notification syphilis*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, 2 p. On peut commander des exemplaires de cette carte ou la consulter à l'adresse suivante: [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001064/>].

5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Carte de notification VIH*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, 2 p. On peut commander des exemplaires de cette carte ou la consulter à l'adresse suivante: [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001066/>].

LES PARTENAIRES À JOINDRE EN FONCTION DE LA PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ

Les périodes inscrites dans le tableau suivant correspondent aux périodes minimales habituellement mentionnées dans les recommandations. Il est difficile de déterminer le moment précis où l'infection a été contractée et l'estimation de la durée de l'incubation comporte généralement une marge d'incertitude. Ainsi, il peut être justifié, dans certaines situations, de faire porter la recherche des partenaires sur une période allant au-delà de celle qui est indiquée. Par exemple :

- si la personne atteinte n'a eu aucun partenaire sexuel pendant la période visée, son plus récent partenaire pourrait être avisé;
- si tous les partenaires ont des résultats négatifs, les partenaires rencontrés avant la période visée par l'intervention pourraient être avisés.

Les partenaires doivent faire l'objet d'une évaluation clinique, notamment pour vérifier la présence de signes ou de symptômes et déterminer les ITSS à dépister selon les facteurs de risques décelés. **La majorité des partenaires de personnes atteintes d'une syphilis infectieuse doivent recevoir un traitement épidémiologique.** Un tel traitement est administré d'emblée aux partenaires sexuels exposés, avant la réception des résultats de leurs tests de dépistage et même s'ils n'ont pas de symptômes.

INFECTION	PARTENAIRES À JOINDRE	TRAITEMENT
Syphilis primaire	Partenaires ayant eu un contact sexuel avec la personne infectée : <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à 3 mois avant le début de ses symptômes; • jusqu'à 4 mois et une semaine avant le prélèvement chez cette personne si la date du début de ses symptômes est inconnue ou incertaine; • pendant qu'elle avait des symptômes; • avant la fin du traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose pris par cette personne. 	Voir le <i>Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS : Syphilis</i> . Si le dernier contact sexuel a eu lieu dans les 90 jours ou moins : traitement épidémiologique. Si le dernier contact sexuel remonte à plus de 90 jours : <ul style="list-style-type: none"> • traitement selon le résultat des analyses de laboratoire; • traitement épidémiologique si le suivi du partenaire est incertain.
Syphilis secondaire	Partenaires ayant eu un contact sexuel avec la personne infectée : <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à 6 mois avant le début de ses symptômes; • jusqu'à 8 mois avant le prélèvement chez cette personne si la date du début de ses symptômes est inconnue ou incertaine; • pendant qu'elle avait des symptômes; • avant la fin du traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose pris par cette personne. 	
Syphilis latente précoce	Partenaires ayant eu un contact sexuel avec la personne infectée : <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à 1 an avant le prélèvement chez cette personne; • avant la fin du traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose pris par cette personne. 	
Syphilis latente tardive titrage ≤1: 32	Partenaires sexuels, actuels ou anciens , ayant eu une relation de longue durée avec la personne infectée.	Traitement selon le résultat des analyses de laboratoire. Voir le <i>Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS : Syphilis</i> .
Syphilis latente tardive titrage > 1:32	Si le titre du test non tréponémique est élevé (plus grand que 1:32), il est plus prudent de rechercher tous les partenaires sexuels de la dernière année .	Mêmes traitements que pour les partenaires de personnes atteintes d'une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.
Tous les stades Femmes	Lorsque le diagnostic de syphilis est posé pour une femme, il faut vérifier si elle a eu une grossesse et s'il est possible que l'infection ait été présente pendant cette période.	Traitement de l'enfant selon le résultat des tests de dépistage.

Sources :

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, mises à jour 2014, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, [En ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php].

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS : Syphilis*, mise à jour, 2016, [6 p.], Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. [En ligne]. [[https://www.inesss.qc.ca/publications/publications/publication.html?PublicationPluginController\[uid\]=252&cHash=Offe407d17a34a3835424a7ce80326ad](https://www.inesss.qc.ca/publications/publications/publication.html?PublicationPluginController[uid]=252&cHash=Offe407d17a34a3835424a7ce80326ad)].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide d'intervention - Les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 339 p., [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000100/>].

Tableau adapté pour les PVIH atteintes d'une syphilis, à partir de :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016, 5 p., [En ligne], [www.msss.gouv.qc.ca/itss], section Documentation, rubrique Professionnels de la santé/Outils, page Intervention préventive relative aux ITSS.

Compte tenu de facteurs de risque et de modes de transmission communs aux deux infections, la syphilis est fréquemment diagnostiquée chez les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (PVVIH).

Ce guide vise l'optimisation de la prise en charge et des soins offerts aux PVVIH atteintes de syphilis. Il été écrit par un groupe de rédaction et approuvé par le Comité consultatif sur la prise en charge clinique des personnes vivant avec le VIH.