

## La syphilis congénitale n'est plus seulement d'intérêt historique



Société  
canadienne  
de pédiatrie

English on page XX

La majorité des pédiatres et des médecins de famille qui exercent au Canada n'ont jamais vu de cas de syphilis congénitale. Cependant, il y a eu des flambées de syphilis au Canada depuis 2001, au point qu'en 2007, on projetait que l'incidence de syphilis au Canada serait près de dix fois supérieure à son taux de 1994 à 2000 (1-3). L'augmentation initiale de l'incidence était concentrée chez les hommes qui avaient des relations sexuelles avec des hommes, mais la transmission hétérosexuelle au sein des populations des quartiers pauvres représente désormais un fort pourcentage des cas dans certaines provinces. En 2007, l'incidence de syphilis la plus élevée s'observait en Colombie-Britannique et en Alberta, suivie du Québec et de l'Ontario (2). Ce phénomène a suscité une augmentation des cas déclarés de syphilis congénitale, qui est passée d'environ deux cas à dix cas par année sur la scène nationale (1,4). Il est toutefois probable que d'autres cas n'aient pas été décelés parce que les nourrissons sont asymptomatiques ou que le diagnostic n'a pas été envisagé.

### QUAND DOIT-ON PRÉSUMER QU'UNE FEMME ENCEINTE EST ATTEINTE DE SYPHILIS?

D'ordinaire, la syphilis se contracte lors de relations sexuelles vaginales, anales ou orales avec une personne qui a été infectée par la syphilis au cours de l'année précédente. Dans de rares cas, l'acquisition se produit au moyen de baisers, d'une transfusion sanguine, du partage d'aiguilles, d'une inoculation accidentelle ou d'un contact direct avec une lésion infectée (5). De nombreuses personnes infectées n'ont pas de manifestations cliniques particulières permettant de poser un diagnostic avant l'évolution vers une maladie latente asymptomatique. Il faut donc présumer que toutes les femmes enceintes y sont vulnérables.

Le risque de transmission verticale dépend d'abord de la phase de la syphilis chez la mère, le risque oscillant entre 70 % et 100 % si la mère est atteinte d'une syphilis primaire ou secondaire non traitée pendant la grossesse, s'élevant à 40 % si elle est atteinte d'une syphilis latente précoce (car elle demeure vulnérable à une réactivation) et à moins de 10 % si elle est atteinte d'une syphilis latente tardive. Il est complexe de déterminer la phase de la syphilis de la mère, qui inclut un ensemble d'antécédents, d'examen physique,

de caractéristiques épidémiologiques, d'exams directs des lésions et de tests sérologiques. Le lecteur consultera d'autres sources pour obtenir plus d'information à ce sujet (1). La majorité des nourrissons atteints de syphilis congénitale sont infectés *in utero* après le quatrième mois de grossesse (5), mais l'infection peut se produire dès neuf semaines de grossesse (6) ou par contact avec une lésion génitale active au moment de l'accouchement. Il faut procéder systématiquement à la sérologie de la syphilis lors de la première visite prénatale et la faire suivre d'un counseling pertinent de la mère et d'une thérapie lorsque la sérologie est réactive (1). Il faut reprendre le dépistage entre 28 et 32 semaines de grossesse et au moment de l'accouchement chez les femmes très vulnérables, y compris les femmes originaires d'un pays à forte prévalence de syphilis. Il faut également envisager un autre dépistage systématique dans les régions où l'on constate des flambées de syphilis hétérosexuelle (1). Si la sérologie de la syphilis n'a pas été effectuée pendant la grossesse, les nouveau-nés ne doivent pas obtenir leur congé de l'hôpital tant que l'on n'aura pas obtenu la sérologie de la mère et prévu le suivi des résultats. En cas d'hydropisie du nouveau-né ou de mortinaissance de cause inconnue, la mère devrait subir un dépistage de syphilis postpartum.

### COMMENT INTERPRÉTER LA SÉROLOGIE DE LA SYPHILIS?

Les tests sérologiques de la syphilis incluent un test non tréponémique, tel qu'un test rapide de la réagine plasmatique (RPR) ou un test VDRL (acronyme anglais de Laboratoire de recherche sur les maladies vénériennes), actuellement utilisé au Canada seulement pour les tests du liquide céphalorachidien (LCR), et un test tréponémique qui décèle les anticorps tréponémiques, y compris le test d'immunofluorescence absorbée (FTA-ABS), le test d'agglutination passive de *Treponema pallidum*, le test de microhémmagglutination pour la détection de *T pallidum*, le dosage immunoenzymatique (EIA) et le test d'immunocapture, comme l'INNO-LIA (Innogenetics, Belgique), dont l'interprétation est exposée aux tableaux 1 et 2.

Deux démarches de dépistage de la syphilis sont utilisées au Canada. La plupart des territoires de compétence

**TABLEAU 1**  
**Guide pour interpréter les tests sérologiques de syphilis**

Résultats du test dans le sang ou le sérum			
Dépistage initial : test non tréponémique – RPR	Dosage de confirmation : test tréponémique – TP-PA	Dosage de confirmation : test tréponémique – FTA-ABS	Maladie la plus probable
Non réactif	Non réactif	Réactif	Syphilis primaire accompagnée d'observations à l'anamnèse et à l'examen physique
Réactif (les dilutions peuvent varier)	Réactif	Réactif	Syphilis, à toute phase (mais elle est plus susceptible d'être infectieuse si le titre de RPR est d'au moins 32 dilutions [les dilutions peuvent varier]) OU ancienne syphilis traitée OU suivi de syphilis traitée OU, chez des personnes de pays endémiques, pian (p. ex., Antilles), pinta (p. ex. Amérique centrale) ou béjel OU maladie de Lyme
Non réactif	Réactif	Réactif	En général, syphilis traitée OU infection précoce (syphilis primaire précoce) OU syphilis latente tardive ou tertiaire OU, chez des personnes de pays endémiques, pian (p. ex., Antilles), pinta (p. ex., Amérique centrale) ou béjel OU maladie de Lyme
Réactif	Non réactif	Non réactif	Faux positif*

\*Parmi les causes de tests sérologiques faux positif de la syphilis, soulignons certains états comme les collagénoses avec manifestations vasculaires, la grossesse, la consommation de drogues par injection, la maladie de Lyme, etc., ou les réactions faux positif inhérentes à la trousse ou à la technique d'analyse. FTA-ABS : test d'immunofluorescence absorbée; RPR : test rapide de la réagine plasmatique; TP-PA : test d'agglutination passive de *Treponema pallidum*. Adapté de la référence 1 et traduit avec l'autorisation du ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2009

utilisent le test RPR pour le dépistage initial et confirment un résultat réactif par un test tréponémique. Certains ont adopté l'EIA pour le dépistage initial et confirment le résultat réactif par un autre test tréponémique puisque l'EIA a une sensibilité et une spécificité plus élevées que le test RPR. Il faut encore obtenir les titres de RPR si l'EIA est positif, car ils permettent d'évaluer la phase de l'infection, de suivre la réponse au traitement et de diagnostiquer une réinfection. Les tests tréponémiques confirmés sont plutôt propres à la syphilis, mais ils peuvent également désigner une maladie tréponémique non vénérienne (tableaux 1 et 2).

### QUELLES FEMMES DONT LE TEST TRÉPONÉMIQUE EST RÉACTIF ONT SUBI UN TRAITEMENT PERTINENT AVANT LA GROSSESSE?

D'ordinaire, le test tréponémique demeure réactif toute la vie, à moins que le traitement soit administré très tôt après l'infection. Par conséquent, il faut vérifier si le titre du RPR diminue. On prévoit que le titre du RPR après un traitement pertinent sera quatre fois moins élevé (p. ex., de 1:32 dilutions à 1:8 dilutions) au bout de six mois, huit fois moins élevé au bout de 12 mois et 16 fois moins élevé au bout de 24 mois en cas de syphilis primaire; huit fois moins élevé au bout de six mois et 16 fois moins élevé au bout de 12 mois en cas de syphilis secondaire; et quatre fois moins élevé au bout de 12 mois en cas de syphilis latente précoce (1). Le titre du RPR peut redevenir non réactif après le traitement ou demeurer à un taux faible stable (serofast). Même si ces critères sont respectés, il faut reprendre le test RPR de la mère à intervalles pertinents pendant la grossesse si on craint la possibilité de réinfection. Dans la situation courante où la mère obtient un test tréponémique réactif et un test RPR non réactif pendant la grossesse, sans antécédents de traitement et sans constatation de syphilis primaire précoce, il faut traiter la mère comme si elle avait une syphilis latente tardive et présumer un certain risque de transmission verticale.

### COMMENT PREND-ON EN CHARGE UN NOURRISSON NÉ D'UNE MÈRE AYANT UN TEST TRÉPONÉMIQUE RÉACTIF QUI N'A PAS SUBI DE TRAITEMENT PERTINENT CONTRE LA SYPHILIS OU QUI A ÉTÉ TRAITÉE PENDANT LA GROSSESSE?

Si les titres de RPR de la mère n'ont pas diminué tel qu'il est décrit plus haut, si les titres de suivi n'ont pas été obtenus ou si la réinfection de la mère est possible, il faut estimer que le nourrisson est vulnérable à la syphilis congénitale. La majorité des nourrissons atteints de syphilis congénitale précoce (définie comme une syphilis diagnostiquée pendant les deux premières années de vie) sont asymptomatiques à la naissance. Le diagnostic dépend donc de constatations radiographiques ou de laboratoire positives. Au tableau 3 figurent les caractéristiques cliniques de la syphilis congénitale et au tableau 4, la prise en charge suggérée, déterminée selon le risque estimatif de syphilis congénitale. À titre d'orientation générale, les titres de RPR du nourrisson auront diminué à trois mois et seront non réactifs à six mois en l'absence de syphilis congénitale. L'évolution prévue des résultats des tests tréponémiques, comme l'EIA, est moins évidente, mais d'ordinaire, les anticorps passifs des autres infections ont disparu à 12 mois, et ils se sont toujours dissipés à 18 mois. Outre les explorations exposées au tableau 4, on peut vérifier la présence de tréponèmes dans toute occurrence de lésion cutanée, d'écoulement nasal, de lésions du placenta ou du cordon ombilical par ultramicroscopie ou épreuve de dépistage par immunofluorescence directe après consultation auprès du laboratoire local. Les dosages moléculaires, tels que la réaction en chaîne de la polymérase, peuvent être disponibles à titre d'outils de recherche ou d'outils diagnostiques supplémentaires.

L'interprétation des résultats du LCR des nourrissons n'est pas normalisée, et il est courant de prélever du LCR contenant du sang. Il faut donc interpréter les résultats d'après le risque de syphilis congénitale et les résultats d'autres explorations. Selon divers experts, une numération de globules blancs dans le LCR de l'ordre de  $5 \times 10^6/L$  à

**TABLEAU 2**  
**Guide pour interpréter les tests sérologiques de syphilis**

Résultats du test dans le sang ou le sérum			
Dépistage initial : test tréponémique – EIA de la syphilis	Test non tréponémique – résultat et titrage du test RPR	Test de confirmation (s'il est effectué)* : test tréponémique – TP-PA, INNO-LIA de la syphilis	Maladie la plus probable / mesure recommandée
Négatif	Non effectué	Non effectué	Ce n'est pas un cas Reprendre la sérologie <sup>†</sup> en cas de risque de syphilis
Limite ou indéterminé	Non réactif	Négatif ou indéterminé	Reprendre la sérologie <sup>†</sup> à cause du risque de séroconversion précoce Si la reprise de la sérologie donne le même résultat, il ne s'agit pas d'un cas de syphilis
Limité ou indéterminé	Non réactif	Réactif ou positif	Syphilis primaire précoce OU syphilis latente tardive ou tertiaire OU syphilis traitée auparavant OU, chez des personnes de pays endémiques, pian (p. ex., Antilles), pinta (p. ex., Amérique centrale) ou béjel OU maladie de Lyme Si le laboratoire n'effectue pas de test de confirmation, reprendre la sérologie <sup>†</sup> à cause du risque de séroconversion précoce. Dans ce cas, si la reprise de la sérologie donne le même résultat, il ne s'agit pas d'un cas de syphilis.
Positif	Réactif (les dilutions peuvent varier) OU non réactif	Négatif	Faux positif <sup>‡</sup> Si le laboratoire n'effectue pas de test de confirmation, l'interprétation s'établit comme suit : syphilis primaire précoce OU syphilis latente tardive ou tertiaire OU syphilis traitée auparavant OU, chez des personnes de pays endémiques, pian (p. ex., Antilles), pinta (p. ex., Amérique centrale) ou béjel OU maladie de Lyme
Positif	Réactif (les dilutions peuvent varier)	Indéterminé	Reprendre la sérologie <sup>†</sup> afin de contribuer à déterminer s'il s'agit d'une syphilis primaire précoce OU d'une syphilis latente tardive ou tertiaire OU d'une syphilis traitée auparavant OU, chez des personnes de pays endémiques, pian (p. ex., Antilles), pinta (p. ex., Amérique centrale) ou béjel OU maladie de Lyme Si la reprise de la sérologie donne le même résultat, il s'agit probablement d'un cas faux positif <sup>‡</sup> Si le laboratoire n'effectue pas de test de confirmation, l'interprétation s'établit comme suit : syphilis à toute phase (mais elle est plus susceptible d'être infectieuse si le titre de RPR est d'au moins 32 dilutions [les dilutions peuvent varier]) OU ancienne syphilis traitée OU suivi de syphilis traitée OU, chez des personnes de pays endémiques, pian (p. ex., Antilles), pinta (p. ex. Amérique centrale) ou béjel OU maladie de Lyme
Positif	Non réactif	Indéterminé	Reprendre la sérologie <sup>†</sup> afin de contribuer à déterminer s'il s'agit d'une syphilis primaire précoce OU d'une syphilis latente tardive ou tertiaire OU d'une syphilis traitée auparavant OU, chez des personnes de pays endémiques, pian (p. ex., Antilles), pinta (p. ex., Amérique centrale) ou béjel OU maladie de Lyme Si la reprise de la sérologie donne le même résultat, il s'agit probablement d'un cas faux positif <sup>‡</sup> Si le laboratoire n'effectue pas de test de confirmation, l'interprétation s'établit comme suit : syphilis primaire précoce OU syphilis latente tardive ou tertiaire OU syphilis traitée auparavant OU, chez des personnes de pays endémiques, pian (p. ex., Antilles), pinta (p. ex., Amérique centrale) ou béjel OU maladie de Lyme
Positif	Non réactif	Réactif ou positif	Syphilis primaire précoce OU syphilis latente tardive ou tertiaire OU syphilis traitée auparavant OU, chez des personnes de pays endémiques, pian (p. ex., Antilles), pinta (p. ex., Amérique centrale) ou béjel OU maladie de Lyme
Positif	Réactif (les dilutions peuvent varier)	Réactif ou positif	Syphilis, à toute phase (mais elle est plus susceptible d'être infectieuse si le titre de RPR est d'au moins 32 dilutions [les dilutions peuvent varier]) OU ancienne syphilis traitée OU suivi de syphilis traitée OU, chez des personnes de pays endémiques, pian (p. ex., Antilles), pinta (p. ex. Amérique centrale) ou béjel OU maladie de Lyme

L'INNO-LIA est fabriqué par Innogenetics, en Belgique. \*Les tests de confirmation ne sont pas effectués dans tous les territoires de compétence. Les algorithmes des tests de syphilis varient au Canada. Il est donc recommandé de vous informer des protocoles de test locaux auprès de votre laboratoire; <sup>†</sup>D'ordinaire, la sérologie est reprise de deux à quatre semaines après le test initial afin de vérifier s'il y a augmentation du titre rapide de la réagine plasmatique (RPR) ou de déceler le dosage immunoenzymatique (EIA) ou le test de conversion. <sup>‡</sup> Parmi les causes de tests sérologiques faux positif de la syphilis, soulignons certains états comme les collagénoses avec manifestations vasculaires, la grossesse, la consommation de drogues par injection, la maladie de Lyme, etc., ou les réactions faux positif inhérentes à la trousse ou à la technique d'analyse. TP-PA : test d'agglutination passive de *Treponema pallidum*. Adapté d'un document en cours de rédaction de l'Agence de la santé publique du Canada. Les lecteurs sont invités à lire le livret sur les infections transmissibles sexuellement de l'Agence de la santé publique du Canada. Les lignes directrices sont accessibles en anglais, à l'adresse [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti\\_2006/pdf/510\\_Syphilis.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006/pdf/510_Syphilis.pdf) (version à jour le 18 mars 2009)

20×10<sup>6</sup>/L et une protéine du LCR de 0,45 g/L à 1,0 g/L sont normales (7). Le test VDRL du LCR manque de sensibilité, mais un test VDRL réactif garantit un diagnostic de neurosyphilis. Puisque le FTA-ABS du LCR manque de spécificité, il ne faut pas l'effectuer systématiquement. Toutefois,

un FTA-ABS négatif contribue à écarter le diagnostic de neurosyphilis.

Si une femme incubait la syphilis au moment de l'accouchement, la sérologie de la mère et du nourrisson peut alors être négative (8). Par conséquent, tout nourrisson

**TABLEAU 3**  
**Caractéristiques courantes de la syphilis congénitale\***

Caractéristique	Moment habituel d'apparition	Détails
Avortement spontané, mortinaissance ou hypoplasie fœtale	Toute grossesse	Se produit dans environ 40 % des cas si la syphilis est contractée pendant la grossesse, et le risque est plus élevé en cas d'infection pendant le premier trimestre
Funiculite nécrosante	À la naissance	Le cordon ressemble à une « enseigne de barbier » – observation rare mais pathognomonique si elle est présente
Rhinite ou coryza syphilitique	Souvent la première manifestation	Se produit dans environ 40 % des cas
Éruption	Pendant les huit premières semaines de vie	Se produit dans environ 50 % des cas, généralement sous forme d'éruption maculopapulaire diffuse, mais peut également prendre la forme d'une simple desquamation ou de lésions vésiculaires, bulleuses, papulosquameuses ou muqueuses
Hépatomégalie ou splénomégalie	Pendant les huit premières semaines de vie	Se produit dans environ 20 % des cas et peut perdurer des années
Lymphadénopathie		Se produit dans environ 5 % des cas
Neurosyphilis	Présente à la naissance ou peut être retardée	Se produit dans environ 50 % des cas – généralement asymptomatique
Atteinte musculosquelettique	Pendant la première semaine de vie, suivie de modifications osseuses permanentes	Ostéochondrite ou périostite, d'abord observée à la radiographie (dans 25 % des cas), puis sous forme de pseudoparalysie qui peut être confondue avec des mauvais traitements parce qu'on constate à la fois des modifications des tissus osseux et des tissus mous des membres. Par la suite, apparition d'une saillie des bosses frontales, de maxillaires mal développées, de nez en lorgnette, d'omoplates ailées et de tibias en fourreau Une arthropathie récurrente et des effusions indolores des genoux (hydarthrose de Clutton) se manifestent après l'âge de deux ans
Anomalies hématologiques	Présentes à la naissance ou peuvent être retardées	Anémie, thrombopénie et autres changements associés à des malignités hématologiques
Kératite interstitielle	Âge : 2 à 20 ans	
Dents de Hutchinson	À l'apparition des dents permanentes	Incisives supérieures centrales et latérales très écartées et en forme de tournevis
Molaires mûrifformes	Âge : 13 à 19 mois	Les premières molaires présentent un nanisme des tubercules et une hypertrophie de l'émail entourant les tubercules, leur donnant l'apparence d'une baie
Surdité du huitième nerf crânien (surdité neurosensorielle)	Âge : 10 à 40 ans	

\*Les caractéristiques plus rares sont la méningite, la chorioretinite, le syndrome néphrotique et l'hémoglobinurie froide paroxystique

dont les constatations sont compatibles à la syphilis doit subir des examens, quels que soient les résultats sérologiques de la mère à l'accouchement.

### QUELS NOURRISSONS ONT BESOIN D'ÊTRE TRAITÉS ET AVEC QUELS ANTIBIOTIQUES?

Les définitions de cas de syphilis congénitale manquent d'uniformité parce qu'en général, le diagnostic est présumé (7), ce qui donne lieu à des recommandations de traitement divergentes selon les diverses situations. Ces recommandations sont résumées au tableau 4. Le traitement de choix consiste à administrer par voie intraveineuse, pendant dix jours, 50 000 unités/kg de cristalline pénicilline G toutes les 12 heures aux nourrissons de moins d'une semaine de vie, toutes les huit heures aux nourrissons de une à quatre semaines de vie et toutes les six heures à ceux de plus de quatre semaines de vie (1). Une seule dose de benzathine-pénicilline G à action prolongée (Bicillin-LA, King Pharmaceuticals, États-Unis) est décelable dans le sérum des adultes pendant deux à quatre semaines et permet probablement de guérir la syphilis congénitale précoce en l'absence de neurosyphilis. Certains experts recommandent d'administrer une dose unique ou trois doses hebdomadaires de ce produit aux nouveau-nés qui n'ont pas de

manifestation probante de syphilis congénitale mais qui sont nés d'une mère ayant reçu un traitement pertinent de la syphilis pendant la grossesse ou qui ont été traités contre une syphilis latente tardive pendant ou après la grossesse (1,9). Il faut décourager cette démarche, à moins que le suivi soit peu probable, car la majorité de ces nourrissons ne sont pas infectés et, en présence de neurosyphilis, cette posologie pourrait théoriquement entraîner une diminution temporaire des titres de RPR sans pour autant guérir la maladie. Une erreur courante consiste à administrer de la benzylpénicilline au lieu de benzathine-pénicilline. Il faut éviter les antibiotiques sans pénicilline en attendant d'obtenir des données d'efficacité (1).

Puisque le schéma thérapeutique suggéré ne guérit pas chaque cas de syphilis congénitale, la sérologie de suivi est essentielle et doit démontrer la disparition des anticorps tréponémiques à 18 mois de vie chez les nourrissons qui n'étaient pas atteints de syphilis congénitale ou qui ont été traités très peu de temps après l'infection congénitale, et observer des titres de RPR quatre fois moins élevés chez tous les autres nourrissons atteints d'une syphilis congénitale traitée. Dans un faible pourcentage de cas, il faudra procéder à une deuxième série de traitements si les titres de RPR ne chutent pas comme prévu. Si les paramètres du LCR étaient

**TABLEAU 4**  
**Prise en charge des nourrissons nés d'une mère dont les tests tréponémiques (TT) étaient réactifs pendant la grossesse\***

Scénario	Évaluation des signes et symptômes de syphilis congénitale au départ et tous les mois pendant le premier trimestre	Tests sérologiques de la syphilis (RPR et TT) à chaque évaluation clinique†	Radiographies des os longs, formule sanguine complète avec différentiel, prélèvement du LCR pour la formule sanguine complète avec différentiel, glucose, test de protéine et VDRL; au moindre soupçon clinique, effectuer les évaluations ophtalmologiques et audiolologiques	Traitement de la syphilis congénitale
La mère a des antécédents bien documentés de traitement pertinent d'une phase de la syphilis avant la grossesse, ne présente pas d'augmentation du titre de RPR pendant la grossesse et de facteurs de risque connus de réinfection.	Non	Non	Non	Non
La mère a subi un traitement de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce pendant la grossesse, plus de quatre semaines avant l'accouchement, présente une baisse pertinente des titres de RPR et aucune preuve de rechute ou de réinfection.	Oui	À 0, 3, 6 et 18 mois	Non	Non
La mère a subi un traitement de syphilis latente tardive en tout temps pendant ou après la grossesse‡	Non	À 0, 6 et 18 mois	Non	Non
La mère n'a pas subi de traitement de syphilis primaire ou secondaire pendant la grossesse, des tréponèmes sont décelés à l'examen direct des prélèvements du nourrisson, le titre de RPR du nourrisson est au moins quatre fois plus élevé (plus élevé que celui de la mère à l'accouchement) ou le titre du nourrisson quadruple, OU l'enfant présente des caractéristiques compatibles à celles de la syphilis congénitale à tout âge, OU il a subi un test RPR (et un TT) réactif à 12 mois ou un TT réactif (confirmé par un deuxième type de TT) à 18 mois	Oui	À 0, 3, 6 et 18 mois	Oui	Oui
La mère a subi un traitement de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce dans les quatre semaines précédant l'accouchement ou a été traitée à l'aide d'un autre antibiotique que la pénicilline, OU elle a subi un traitement de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce avant ou pendant la grossesse, et son titre RPR ne présentait pas le fléchissement prévu ou il ne s'est pas passé assez de temps pour évaluer ce fléchissement	Oui	En cas de traitement de la syphilis congénitale, l'effectuer à 0, 3, 6 et 18 mois; en l'absence de traitement, l'effectuer également à 1, 2 et 12 mois	Oui	En général§
La mère a subi un traitement de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce avant la grossesse, mais on doute du caractère adéquat de la thérapie ou on craint la possibilité de réinfection, OU elle a subi un traitement de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce pendant la grossesse, mais le test RPR de suivi n'a pas été obtenu, OU elle a été traitée pour un type de syphilis pendant la grossesse mais on ne peut pas garantir le suivi à long terme du nourrisson	Oui	En cas de traitement de la syphilis congénitale, l'effectuer à 0, 3, 6 et 18 mois; en l'absence de traitement, l'effectuer également à 1, 2 et 12 mois	Dépend du risque, mais obligatoire si la mère avait une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce et si le suivi est peu probable ou si les consultations cliniques ou les résultats sérologiques sont anormaux	Dépend du risque et des résultats des évaluations¶
Le nourrisson avait un test RPR (et un TT) réactif à six mois	Non applicable	Dépend du moment de la dernière sérologie	Oui	En général**

\*Selon ce tableau, les résultats du TT réactif de la mère étaient connus à l'accouchement ou peu avant l'accouchement. Il faut procéder à un suivi à des intervalles comparables si on constate le problème plusieurs mois plus tard; †Il faut reprendre le test rapide de réagine plasmatique (RPR) et les TT à des intervalles recommandés jusqu'à au moins six mois de vie en raison de la possibilité de résultats faux négatif à la naissance à cause d'une transmission à l'accouchement ou à trois mois en raison d'un traitement partiel. On peut omettre les tests à 12 mois ou 18 mois si le test RPR et le TT sont tout deux non réactifs à six mois de vie; ‡La syphilis latente tardive sous-tend que la mère a été infectée plus d'un an avant la grossesse. Si on n'est pas certain de la phase de l'infection de la mère, il faut présumer qu'elle peut être atteinte de syphilis infectieuse (primaire, secondaire ou latente précoce) qui exige un suivi beaucoup plus étroit du nourrisson; §On peut décider d'opter pour un suivi étroit si toutes les explorations sont normales et que le suivi du nourrisson est garanti, mais le traitement de la syphilis congénitale serait la solution à retenir en raison de l'importance du risque; ¶S'il semble probable que la mère a subi un traitement pertinent, que son risque de réinfection est faible et que le suivi du nourrisson est garanti ou si la mère était atteinte de syphilis latente tardive, le suivi sérologique suffit. Si l'un de ces critères n'est pas respecté, il faut envisager une évaluation complète et un traitement. \*\*Si on présume que toutes les évaluations sont normales, ce nourrisson n'est peut-être pas atteint de syphilis congénitale. Il est possible que le test RPR réactif soit passif, mais le traitement serait la solution à retenir en raison de la grande possibilité que le nourrisson soit atteint de syphilis congénitale. LCR : Liquide céphalorachidien; VDRL : test du Laboratoire de recherche sur les maladies vénériennes

anormaux au départ, il faut en prélever tous les six mois jusqu'à ce qu'ils soient normaux. Il faut reprendre le traitement au moindre soupçon clinique si les anomalies du LCR persistent, même à l'âge de six mois.

**REMERCIEMENTS :** L'auteure principale remercie les docteurs Bonita Lee et Ameeta Singh pour leurs conseils d'expertes dans leurs domaines respectifs.

## RÉFÉRENCES

1. Agence de la santé publique du Canada. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections, 2006 éd. Syphilis. <[www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti\\_2006/pdf/510\\_Syphilis.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006/pdf/510_Syphilis.pdf)> (version à jour le 27 mars 2009).
2. Agence de la santé publique du Canada. Supplément; Rapport de surveillance canadien 2004 sur les infections transmises sexuellement. <[www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/07vol33/33s1/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/07vol33/33s1/index-fra.php)> (version à jour le 27 mars 2009).
3. Agence de la santé publique du Canada. Cas déclarés de ITS à déclaration obligatoire du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2007 et du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2008 et leur taux annuels correspondants du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre pour les années 2007 et 2008. <[www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stdcases-casmts/cases-cas-08-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/stdcases-casmts/cases-cas-08-fra.php)> (version à jour le 27 mars 2009).
4. Singh AE, Sutherland K, Lee B, Robinson JL, Wong T. Early congenital syphilis. *CMAJ* 2007;177:752.
5. Tramoto EC. *Treponema pallidum* (Syphilis). In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, éd. *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Disease*, 6<sup>e</sup> éd., volumes 1 et 2. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2005:2768-85.
6. Harter C, Benirschke K. Fetal syphilis in the first trimester. *Am J Obstet Gynecol* 1976;124:705-11.
7. Risser WL, Hwang LY. Problems in the current case definitions of congenital syphilis. *J Pediatr* 1996;129:499-505.
8. Dorfman DH, Glaser JH. Congenital syphilis presenting in infants after the newborn period. *N Engl J Med* 1990;323:1299-302.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. <[www.cdc.gov/std/treatment/2006/tr511.pdf](http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/tr511.pdf)> (version à jour le 27 mars 2009).

## COMITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION

**Membres :** Docteurs Robert Bortolussi (président), IWK Health Centre, Halifax, (Nouvelle-Écosse); Jane Finlay, Richmond (Colombie-Britannique); Dorothy L Moore, L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec); Joan L Robinson, Edmonton (Alberta); Élisabeth Rousseau-Harsany (représentante du conseil), CHU Sainte-Justine, Montréal (Québec); Lindy M Samson, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario)

**Conseillère :** Docteure Noni E MacDonald, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse)

**Représentants :** Docteurs Upton D Allen, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario) (Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants); Charles PS Hui, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario) (représentant de la SCP auprès de Santé Canada, Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages); Nicole Le Saux, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario) (Programme canadien de surveillance active de l'immunisation); Larry Pickering, Elk Grove (Illinois) États-Unis (American Academy of Pediatrics); Marina I Salvadori, Children's Hospital of Western Ontario, London (Ontario) (représentante de la SCP auprès de Santé Canada, Comité consultatif national de l'immunisation)

**Auteure principale :** Docteure Joan Louise Robinson, Edmonton (Alberta)

---

Les recommandations contenues dans le présent document ne sont pas indicatrices d'un seul mode de traitement ou d'intervention.

Des variations peuvent convenir, compte tenu de la situation.

Tous les documents de principes et les articles de la Société canadienne de pédiatrie sont régulièrement évalués, révisés ou supprimés, au besoin.

Consultez la zone « Documents de principes » du site Web de la SCP ([www.cps.ca/Francais/publications/Enonces.htm](http://www.cps.ca/Francais/publications/Enonces.htm)) pour en obtenir la version à jour.

Cet article sera également publié dans le numéro de l'automne 2009 du *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale*.