

## Lignes de conduite régionales concernant la prise en charge de la syphilis pendant la grossesse et la période périnatale

Ces lignes de conduite régionales visent à harmoniser la prise en charge des cas de syphilis chez les femmes enceintes ainsi que des nouveau-nés exposés pendant la grossesse. Ces lignes de conduite ont été rédigées après consultation de différents spécialistes du CUSM impliqués en syphilis ainsi que de médecins cliniciens et sages-femmes des centres de santé du Nunavik.

**Rédigées par :** Audrey Jade Paris-Migneault et Dr Jean-Sébastien Touchette, équipe ITSS de la DSPu du Nunavik  
**Ont été consulté pour la rédaction de ces lignes de conduite régionales :** Dre Claire-Elise Burdet, CSTU, Dre Amira El-Messidi, CUSM, Dr Christos Karatzios, CUSM, Kimberley Moorhouse, SF CSI, Mme Arian Navickas, SF CSI, Geneviève Lamarche, SF CSTU, Dre Isabelle Laverdière, CSI, Dre Joanie Tremblay-Pouliot, CSI, Vicki Van Wagner, SF CSI et Dr Cédric Yansouni, CUSM.

### Femmes enceintes

#### Rappel

Au Nunavik, pour toutes les femmes enceintes, il est recommandé de procéder à quatre dépistages de la syphilis pendant la grossesse en plus d'un dépistage en post-partum, selon le calendrier suivant:

- Première visite
- Deuxième trimestre (6-8 semaines post 1er dépistage)
- Troisième trimestre
- Vers 34-36 semaines
- 6-8 semaines post-partum

#### Prise en charge et traitement

Lorsqu'une syphilis est confirmée ou fortement suspectée chez une femme enceinte, il est recommandé d'administrer le traitement suivant :

**Pénicilline G benzathine 2,4 millions d'unités IM pour 3 doses à 7 jours (maximum 10 jours) d'intervalle**

Informations additionnelles :

- **Trois doses de Pénicilline G benzathine sont recommandées au Nunavik pour les femmes enceintes, autant pour les syphilis précoces que tardives (excluant la neurosyphilis).** Cette recommandation a été émise en raison de préoccupations concernant l'efficacité d'un traitement à une seule dose chez les femmes enceintes ainsi que pour réduire les risques de réinfection précoce.
- Pour les syphilis tardives, si le délai entre deux doses dépasse 10 jours, il est nécessaire de reprendre la série de traitement au complet. Pour les syphilis précoces, le délai visé entre les doses est aussi idéalement de 7 à 10 jours, mais le traitement pourra être considéré complet même si le délai entre chaque dose dépasse 10 jours, en autant que 3 doses ont été reçues. En cas de doute sur la complétion du traitement, consulter l'infectiologue pour adultes.
- Il n'y a pas d'antibiotique alternatif reconnu pour le traitement de la syphilis pendant la grossesse afin de prévenir la syphilis congénitale. En cas d'allergie à la pénicilline, envisager un challenge et une désensibilisation de la patiente au besoin. Si un antibiotique alternatif est administré à la patiente, celle-

*ci ne sera pas considérée comme adéquatement traitée pour prévenir la transmission au fœtus et la prise en charge du nouveau-né sera affectée.*

- *Il est recommandé de procéder à une sérologie syphilis le jour du début du traitement, si plus d'une semaine s'est écoulée depuis la sérologie initiale.*
- *Informez la patiente du risque de réaction de Jarish-Herxheimer lors de l'administration du traitement antibiotique en cas de syphilis. Le risque de réaction est maximal au moment de la première dose. La réaction peut entraîner une détresse fœtale et un travail prématuré. La présence de fièvre, de contractions ou de diminution des mouvements fœtaux est un motif de consultation à mentionner.*

### Particularités pour les femmes enceintes identifiées comme contact d'un cas de syphilis

- 1 dose de Pénicilline G benzathine est recommandée pour toutes les femmes enceintes identifiées comme contact d'un cas de syphilis et ce, peu importe le délai depuis l'exposition.
  - À la réception des résultats de la sérologie syphilis, s'il y a confirmation que la femme enceinte est infectée, elle devra alors être traitée avec 3 doses de Pénicilline G benzathine.
- Si la sérologie syphilis ne peut être réalisée, la femme enceinte doit être traitée comme un cas présumé, soit avec 3 doses de Pénicilline G benzathine d'emblée, même si seulement identifiée comme contact.

### Suivi sérologique recommandé post traitement

- **Chaque mois** jusqu'à l'accouchement, à partir de 8 semaines après l'administration de la première dose
- À l'accouchement ou en post-partum immédiat
- 6-8 semaines post-partum (lors de la visite post-partum ou du suivi ABCdaire à 2 mois)
- Par la suite, s'assurer que les sérologies syphilis auront au final été réalisés minimalement à 3, 6 et 12 mois post traitement (et 24 mois en cas de syphilis tardive ou tertiaire)

Informations additionnelles :

- *Les RPR sont notamment suivis afin de détecter une réinfection qui nécessiterait un nouveau traitement, de même que les échecs au traitement.*
- *L'évolution souhaitée des RPR chez la femme enceinte atteinte de syphilis est la suivante :*
  - *Diminution de 4 fois du RPR avant la naissance<sup>1</sup> (par exemple, de 1 :64 à 1 :16) OU*
  - *Atteinte d'un RPR de  $\leq 1:8$*

### Suivi échographique

- Échographie obstétricale 1 mois post diagnostic, mais au plus tôt à 18-20 semaines
- Échographie obstétricale de contrôle vers 28-32 semaines

Les échographies peuvent être réalisées au Nunavik, mais en ajoutant la mention «Éliminer signes de syphilis congénitale» dans les renseignements cliniques de la requête.

Informations additionnelles :

- *Si la femme enceinte n'a pas été traitée adéquatement et/ou présente une évolution anormale des RPR, consulter le spécialiste en médecine fœto-maternelle afin de préciser la conduite à tenir concernant le suivi échographique.*

<sup>1</sup> En cas d'infection tardive, le RPR de la mère ne baissera peut-être pas autant s'il est déjà faible au départ.

## Lieu de l'accouchement et analyse du placenta

- Déterminer le lieu prévu de l'accouchement lors du comité périnatal, vers 32-34 semaines, en consultation avec l'infectiologue pédiatrique et les autres spécialistes, le cas échéant. Un accouchement au Nunavik est possible pour une patiente enceinte traitée pour la syphilis si l'ensemble du suivi est normal.
- Demander systématiquement l'analyse pathologique du placenta avec mention syphilis en grossesse.

## Consultations médicales<sup>2</sup>

Toujours impliquer le médecin omnipraticien ou l'IPS du village dès le diagnostic ou la suspicion de syphilis chez une femme enceinte.

### Systematique

#### Infectiologue pédiatrique

- Consulter **systématiquement** l'infectiologue pédiatrique lors du comité périnatal vers 32-34 semaines.
- De plus, consulter l'infectiologue pédiatrique lors des situations suivantes :
  - Travail pré-terme
  - Présence de signes de syphilis à l'échographie
  - Évolution non optimale des RPR ou réinfection

### Au besoin

#### Infectiologue pour adulte

- Consulter l'infectiologue pour adulte au besoin, notamment dans les situations suivantes :
  - Doute dans l'établissement du diagnostic
  - Évolution non optimale des RPR
  - Suspicion de réinfection
  - Suspicion de neurosyphilis ou syphilis tertiaire
  - Allergie avérée à la pénicilline

#### Spécialiste en médecine fœto-maternelle

- Consulter le spécialiste en médecine fœto-maternelle au besoin, notamment dans les situations suivantes :
  - Traitement non adéquat concernant le risque de transmission au fœtus
  - Évolution non optimale des RPR
  - Présence de signes de syphilis à l'échographie.

#### Allergologue

- Consulter l'allergologue en cas d'allergie à la pénicilline pour envisager un *challenge* et une désensibilisation au besoin.

---

<sup>2</sup> Lors d'une consultation avec un spécialiste impliqué en syphilis, toujours fournir les informations suivantes : Numéro de RAMQ, DDN, nombre de semaines de grossesse, DPA, nature des symptômes si applicable, dates d'administration des doses de Pénicilline G benzathine, évolution des RPR (résultats et dates), information sur le statut syphilis du partenaire et historique de traitement de celui-ci, mention si partenaire non traité, anomalies à l'échographie si présentes.

## Nouveau-nés de mère ayant obtenu une sérologie réactive à la syphilis en grossesse

### Évaluation préliminaire du risque de syphilis congénitale

Afin de soutenir l'infectiologue pédiatrique dans l'évaluation du risque de syphilis congénital pour le nouveau-né exposé, les critères suivants doivent être évalués :

#### Les critères pour considérer la mère traitée concernant le risque de transmission au fœtus sont-ils atteints ?

- Traitement complet reçu (3 doses reçues dans les délais) plus de 30 jours avant l'accouchement
- Pénicilline G benzathine reçue comme traitement et non pas une alternative.
- Évolution souhaitée des RPR de la mère

#### Y-a-t-il des éléments supplémentaires rehaussant le niveau de suspicion ?

- Suspicion de réexposition ou réinfection non traitée adéquatement chez la mère
- Signe(s) de syphilis congénitale à l'échographie
- Manifestation(s) clinique(s) de syphilis chez la mère à l'accouchement

### Évaluation initiale du nouveau-né

- Procéder à une sérologie syphilis à la naissance par ponction veineuse et pas via le cordon ombilical.
- Procéder à un examen physique du nouveau-né à la naissance. Le tableau 1 en annexe présente les caractéristiques et manifestations cliniques de la syphilis congénitale à surveiller.

### Consultation avec l'infectiologue pédiatrique

Procéder **systematiquement** à une consultation avec l'infectiologue pédiatrique à la naissance pour déterminer le suivi sérologique et, le cas échéant les examens physiques et de laboratoire supplémentaires nécessaires<sup>3</sup>. Le tableau 2 en annexe présente les suivis sérologiques qui pourraient être recommandés selon la situation.

En cours de suivi, consulter l'infectiologue pédiatrique au besoin et notamment dans les situations suivantes :

- Présence de symptômes de syphilis congénitale chez l'enfant
- Augmentation des RPR de l'enfant
- RPR toujours réactif après 6 mois de vie.
- Persistance d'un EIA réactif chez l'enfant à 18 mois de vie

### Interprétation des sérologies et évolution attendue chez le nourrisson en absence de syphilis congénitale

- Il est attendu que le EIA, le RPR et les tests de confirmation puissent être positifs chez le nouveau-né par transfert des anticorps de la mère sans nécessairement signifier un diagnostic de syphilis congénitale. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence et corrélés au RPR de la mère. Le risque d'infection congénitale est marqué lorsque le RPR sérique du nouveau-né est quatre fois plus élevé (deux dilutions) que celui de la mère à l'accouchement.
- Chez le nourrisson non infecté, un résultat de RPR réactif causé par un transfert passif d'anticorps maternels est souvent devenu négatif à trois mois de vie et devrait l'être à six mois de vie. Le transfert passif de l'EIA de la mère peut persister plus longtemps, mais est souvent négatif à 12 mois de vie et devrait l'être à 18 mois de vie chez tous les nourrissons non infectés.

<sup>3</sup> Par exemple, le bilan suivant pourrait être recommandé : FSC, enzymes hépatiques et bilirubine, radiographies des os longs et clavicules, ponction lombaire: glycorachie, protéinorachie, VDRL et décompte cellulaire sur LCR, glucose sanguin simultané, audiogramme et examen ophtalmologique.

## Annexe

**Tableau 1 : Caractéristiques et manifestations cliniques de la syphilis congénitale**

Système	Caractéristiques
Croissance	Faible poids à la naissance, retard staturopondéral*
Général	Fièvre, pâleur, ictère, anasarque non immune, lymphadénopathie généralisée, syndrome de sepsis généralisé
Tête et cou	Rhinite, chorioretinite, cataractes, uvéite, kératite
Cutané	Lésions maculopapulaires*, desquamantes* ou vésicobulleuses
Cardiorespiratoire	Myocardite, insuffisance cardiaque congestive, détresse respiratoire, pneumonie
Gastro-intestinal	Hépatosplénomégalie*, funiculite nécrosante, pancréatite, transaminite
Système nerveux central	Neuropathies crâniennes, méningite, convulsions, perte auditive
Musculosquelettique	Dactylite, périostite* responsable d'une pseudoparalysie
Rénal	Protéinurie, hématurie ou syndrome néphrotique
Autre	Peut imiter d'autres syndromes infectieux, infections congénitales ou affections non infectieuses (p. ex., la leucémie myélomonocytaire juvénile)

\*Observations courantes

**Tableau 2 : À titre de référence, suivis sérologiques qui pourraient être recommandés selon la situation**

Situation	Recommandation de suivi sérologique
Nourrisson non traité d'une mère adéquatement traitée <b>avant</b> la grossesse (et sans réinfection de la mère pendant la grossesse)	Naissance 3 mois* 6 mois 12 à 18 mois
Nourrisson non traité d'une mère ayant eu une syphilis traitée adéquatement <b>pendant</b> la grossesse	Naissance 2 mois 4 mois 6 mois 12 à 18 mois
Nourrisson qui a été traité pour suspicion/risque de syphilis congénitale à la naissance	Naissance 3 mois 6 mois 18 mois
Nourrisson non traité d'une mère ayant eu une syphilis non adéquatement traitée pendant la grossesse	Naissance 1 mois 2 mois 3 mois 6 mois 12 mois 18 mois

\* Si les résultats du RPR et de l'EIA sont non réactifs à plus de trois mois de vie et que le risque de réinfection de la mère en fin de grossesse demeure faible, aucun autre test n'est indiqué.

### Références

[INESSS - Guide d'usage optimal : Syphilis](#)

[Société canadienne de pédiatrie - Le diagnostic et la prise en charge de la syphilis congénitale](#)

[Gouvernement du Canada - Guide sur la Syphilis](#)