

# Prévention et prise en charge de la syphilis chez la femme enceinte et en périnatalité

## Recommandation SPILF et CNGOF 2025



# Prévention et prise en charge infectiologiques de la syphilis chez la femme enceinte et en périnatalité

## Introduction et méthodologie



### Contexte

- Circulation élevée de syphilis en France et en Europe
- Augmentation d'incidence de la syphilis chez les femmes enceintes
- Epidémie actuelle dans les DROM, en particulier Ouest Guyane
- Gravité de la syphilis pour la grossesse, le fœtus et le nouveau-né
- Absence de recommandation nationale sur la prise en charge d'une syphilis chez la femme enceinte et le NN

# Prévention et prise en charge infectiologiques de la syphilis chez la femme enceinte et en périnatalité

## Introduction et méthodologie



### Méthode

- **Données littérature**
  - Rares, hétérogènes
  - Séries de cas rétrospectives
  - Pas d'essai contrôlé
  - Pas d'études de haut niveau de preuve
- **Consensus formalisé d'experts**

### Experts rédacteurs pluridisciplinaires

Infectiologues, microbiologistes, obstétriciens, pédiatres, hygiénistes, sage-femme

### Audition d'experts /CNR/Sociétés savantes

Rédaction commune

Relecture pluridisciplinaire

Correction du texte



### Champ de la recommandation

- Infectiologique et obstétrical
- Grossesse et enfant < 28 jours

# Définition, Epidémiologie, Physiopathologie, Clinique de la syphilis maternelle – Roxane Gibert

**Définition** Infection due à une bactérie spirochète *Treponema pallidum*

## Syphilis adulte

- IST
- classée en précoce (évolution < 1an) ou tardive (au-delà ou non datable)

## Syphilis congénitale

- acquise *in utero* ou au passage filière génitale
- classée en précoce (s. cliniques avant âge de 2 ans ) ou tardive (au-delà)



# Epidémiologie de la syphilis maternelle et néonatale

**Epidémiologie** infection strictement humaine

## Dans le monde haute endémicité en 2022

- > 8 millions de cas parmi les 15-49 ans
- > 115 000 enfants atteints de syphilis congénitale

**En France** : augmentation incidence  
3/100 000 femmes entre 15-49 ans en 2022  
+26% entre 2016 et 2018, +116% dans DROM  
1 à 7 cas de syphilis congénitale/an

Newman PLoS Med 2013  
OMS 2024

## Augmentation majeure incidence DROM

- **Ouest Guyanais**  
*151 cas entre 2020 et 2023 soit 0.8% des nais.*
- **Ile de la Réunion**  
*108 cas de 2017 à 2022*

SPF 2022  
SFP Nantes Christine DJOMKOUÉ MONKAM  
PSF 2024 Camille Cramez

# Epidémiologie de la syphilis maternelle et néonatale

**Epidémiologie** infection strictement humaine

## Transmission

### Contact cutané-muqueux non protégé avec

- une éruption ou
- une lésion cutané-muqueuse Ire ou IIre non guérie (non traitée ou traitement depuis moins de 7 j) ou
- des sécrétions infectées

> **Risque de transmission 50%**

### Transmission mère enfant

- *In utero* via spirochétémie maternelle
- *Per partum* au contact de lésions maternelles muqueuses contagieuses

# Epidémiologie de la syphilis maternelle et néonatale

## Transmission mère-enfant

### Contamination de l'enfant

- *In utero hématogène* via spirochetémie maternelle
- *Per partum au passage de filière génitale* au contact de lésions maternelles muqueuses contagieuses

### Transmission hématogène dépend de :

- **Stade de l'infection,**  
+ Infection est récente + spirochétémie est élevée
- **Stade de la grossesse**  
Placenta devient permissif dès 16SA  
La transmission augmente avec terme de grossesse

Stade	Taux de transmission
<b>Primaire/ secondaire</b>	<b>60-100%</b>
Latence précoce	40%
Latence tardive	8-10%

# Epidémiologie de la syphilis maternelle et néonatale

## Transmission mère-enfant

### Contamination de l'enfant

- *In utero hématogène* via spirochetémie maternelle
- *Per partum au passage de filière génitale* au contact de lésions maternelles muqueuses contagieuses

### Transmission hématogène dépend de

- **Stade de l'infection**  
+ Infection est récente + spirochétémie est élevée
- **Stade de la grossesse**  
Placenta devient permissif dès 16SA  
La transmission augmente avec terme de grossesse

### Transmission en per partum dépend de :

- **Stade de l'infection** : la transmission cutanée cesse en phase de latence
- **Délai traitement/naissance**: si < 30j 75% SC

# Risques d'une syphilis pendant la grossesse

## Femme enceinte

- Pas de changement d'incidence, de présentation, ni de sévérité

## Fœtus/ nouveau-né

- **Perte fœtale 40%**
- **Prématurité 25%**
- **Poids de naissance < 2500 g 33%**
- **Syphilis congénitale (SC) : de révélation précoce (< 2 ans) ou tardive (> 2 ans)**

**> Au total 80% de complications**

**Pronostic sombre : 20% de décès, 40% de séquelles chez les survivants**

# Syphilis congénitale

## Signes anténataux Fœtopathie infectieuse

Perte fœtale  
Retard croissance  
Ascite  
Anasarque  
Hépatomégalie  
Hydrocéphalie

Aucun de ces signes  
n'est spécifique

## Syphilis congénitale précoce Infections disséminée sévère

**Ostéite 61%**  
Hépatomégalie 61-100%  
Splénomégalie 49%  
Lésions cutanées pétéchiales 41%  
**Autres éruptions contagieuses  
35%**  
**Méningite 25%**  
Adénomégalie 32%  
Ictère 30%  
Anémie 30%  
**Rhinorrhée 22%**  
Syndrome néphrotique 20%

Dans la majorité des cas, les signes de SC précoce ne sont pas visibles à la naissance, et apparaissent dans les 4 premières semaines de vie.

**Un examen clinique normal à la naissance n'élimine donc pas une SC**



# Syphilis congénitale

## Signes anténataux Fœtopathie infectieuse

Perte fœtale  
Retard croissance  
Ascite  
Anasarque  
Hépatomégalie  
Hydrocéphalie

## Syphilis congénitale précoce Infections disséminée sévère

**Ostéite 61%**  
Hépatomégalie 61-100%  
Splénomégalie 49%  
Lésions cutanées pétéchiales 41%  
**Autres éruptions contagieuses 35%**  
**Méningite 25%**  
Adénomégalie 32%  
Ictère 30%  
Anémie 30%  
**Rhinorrhée 22%**  
Syndrome néphrotique 20%

## Syphilis tardive

Bosses frontales 30-87%  
Nez en selle  
Kératite 25-50%  
Surdité  
**Dents Hutchison 55%**  
**Déformations osseuses 30-46%**  
**Raghadés 76%**



# Prévention et prise en charge infectiologiques de la syphilis chez la femme enceinte et en périnatalité



Infectious diseases now 55 (2025) 105162



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Infectious Diseases Now

journal homepage: [www.sciencedirect.com/journal/infectious-diseases-now](http://www.sciencedirect.com/journal/infectious-diseases-now)



Guidelines

Prevention and management of syphilis in pregnant and perinatal women



1. **Comment prévenir la syphilis congénitale ?**
2. Comment diagnostiquer une syphilis maternelle pendant la grossesse?
3. Quelle prise en charge maternelle et obstétricale?
4. Quelle prise en charge néonatale?

# Prévention de la syphilis congénitale



## Facteurs de risque d'IST et de syphilis

- Partenaires sexuels multiples
- Rapports sexuels non ou mal protégés (pénétration vaginale ou anale, ou rapports oro-génitaux)
- Travail du sexe
- Viol
- Antécédent d'IST ou diagnostic actuel d'IST
- Diagnostic actuel d'IST chez le ou les partenaire(s) sexuel(s)
- Parcours migratoire ou sans domicile fixe ou précarité
- Usage de drogue(s) ou partenaire(s) rapportant un usage de drogue(s)
- Personne vivant dans un lieu de privation de liberté

# Prévention de la syphilis congénitale



## RECOMMANDATION 1 : Comment prévenir la syphilis congénitale ?

- Informer les femmes avant et pendant leur grossesse sur les modes de transmission des IST et sur leur prévention
- Proposer un dépistage de la syphilis aux femmes en âge de procréer avec facteur(s) de risque d'IST (au minimum une fois par an en cas de facteur de risque persistant, en consultation pré-conceptionnelle et après chaque rapport sexuel à risque)
- Dépister la syphilis pendant chaque grossesse, au mieux avant 10 SA
- Répéter le dépistage de la syphilis pendant la grossesse en cas de changement de partenaire(s) et/ou de rapport sexuel à risque
- Informer la patiente de l'importance du dépistage de son(ses) partenaire(s) en cas de facteur(s) de risque, et de son traitement éventuel en cas de positivité de ce dépistage

Après un rapport à risque : dès que possible après ET six semaines plus tard

# Prévention et prise en charge infectiologiques de la syphilis chez la femme enceinte et en périnatalité



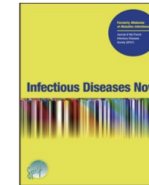
Infectious diseases now 55 (2025) 105162



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Infectious Diseases Now

journal homepage: [www.sciencedirect.com/journal/infectious-diseases-now](http://www.sciencedirect.com/journal/infectious-diseases-now)

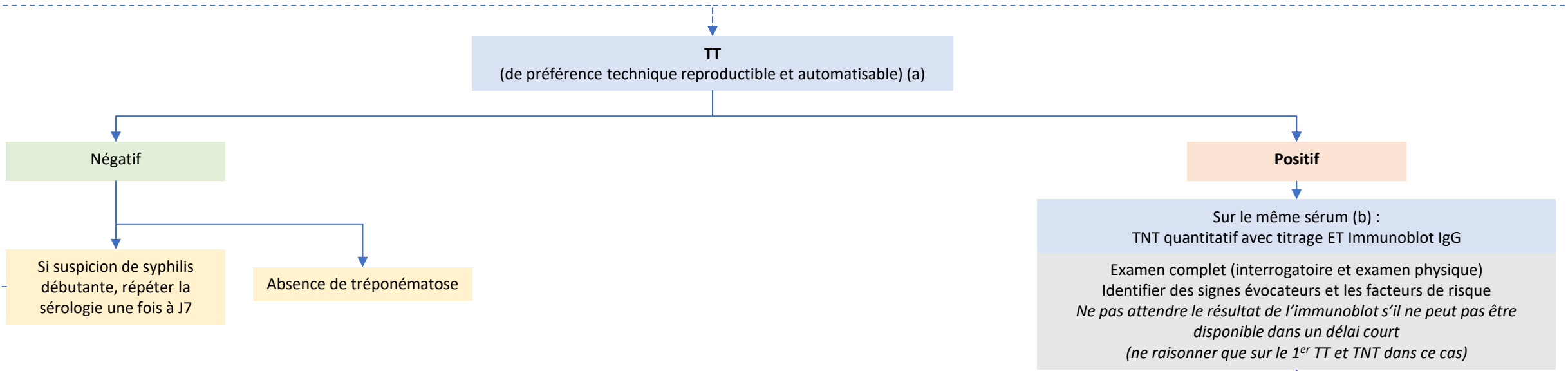


Guidelines

Prevention and management of syphilis in pregnant and perinatal women

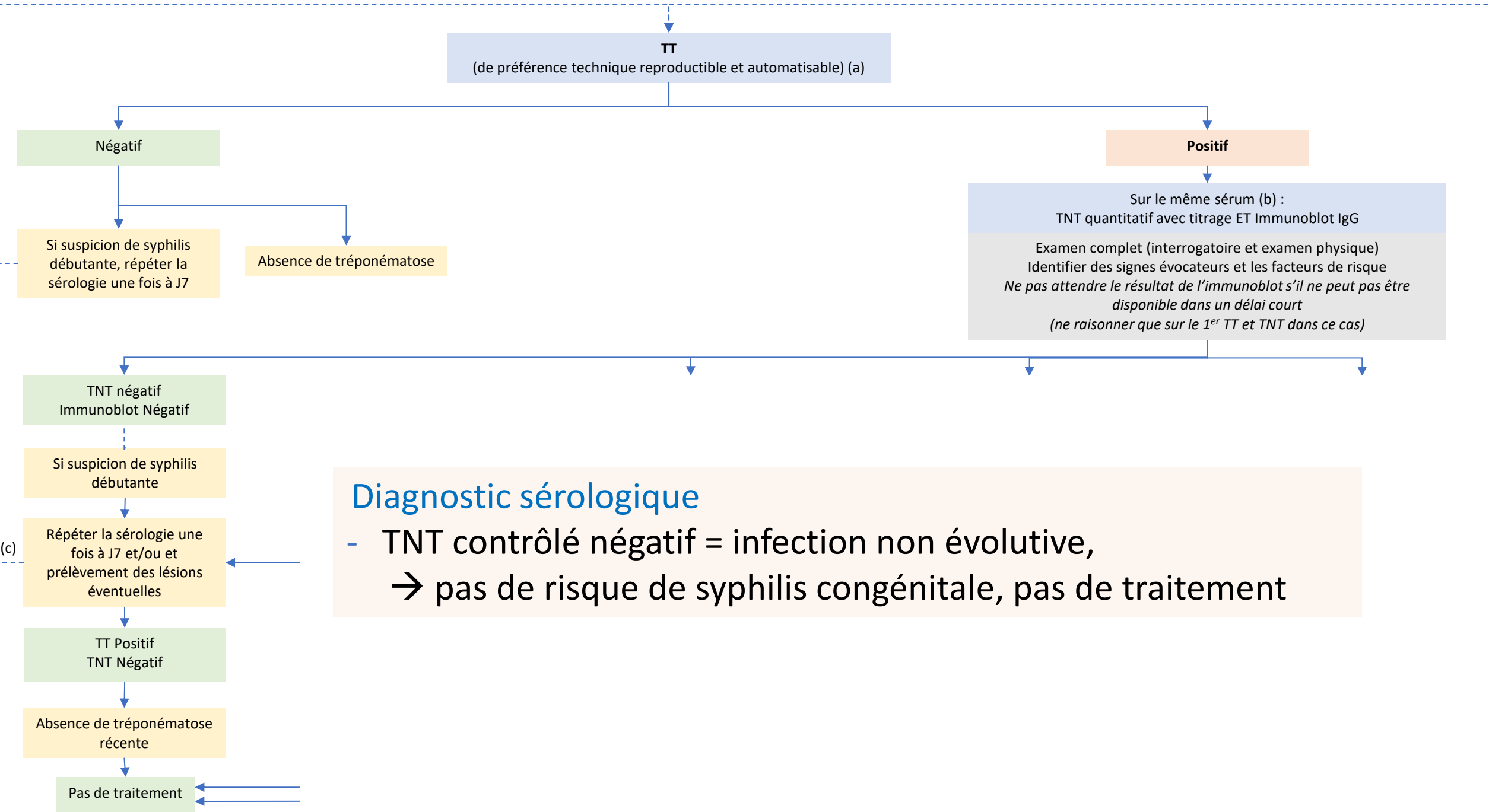


1. Comment prévenir la syphilis congénitale ?
2. **Comment diagnostiquer une syphilis maternelle pendant la grossesse?**
3. Quelle prise en charge maternelle et obstétricale?
4. Quelle prise en charge néonatale?



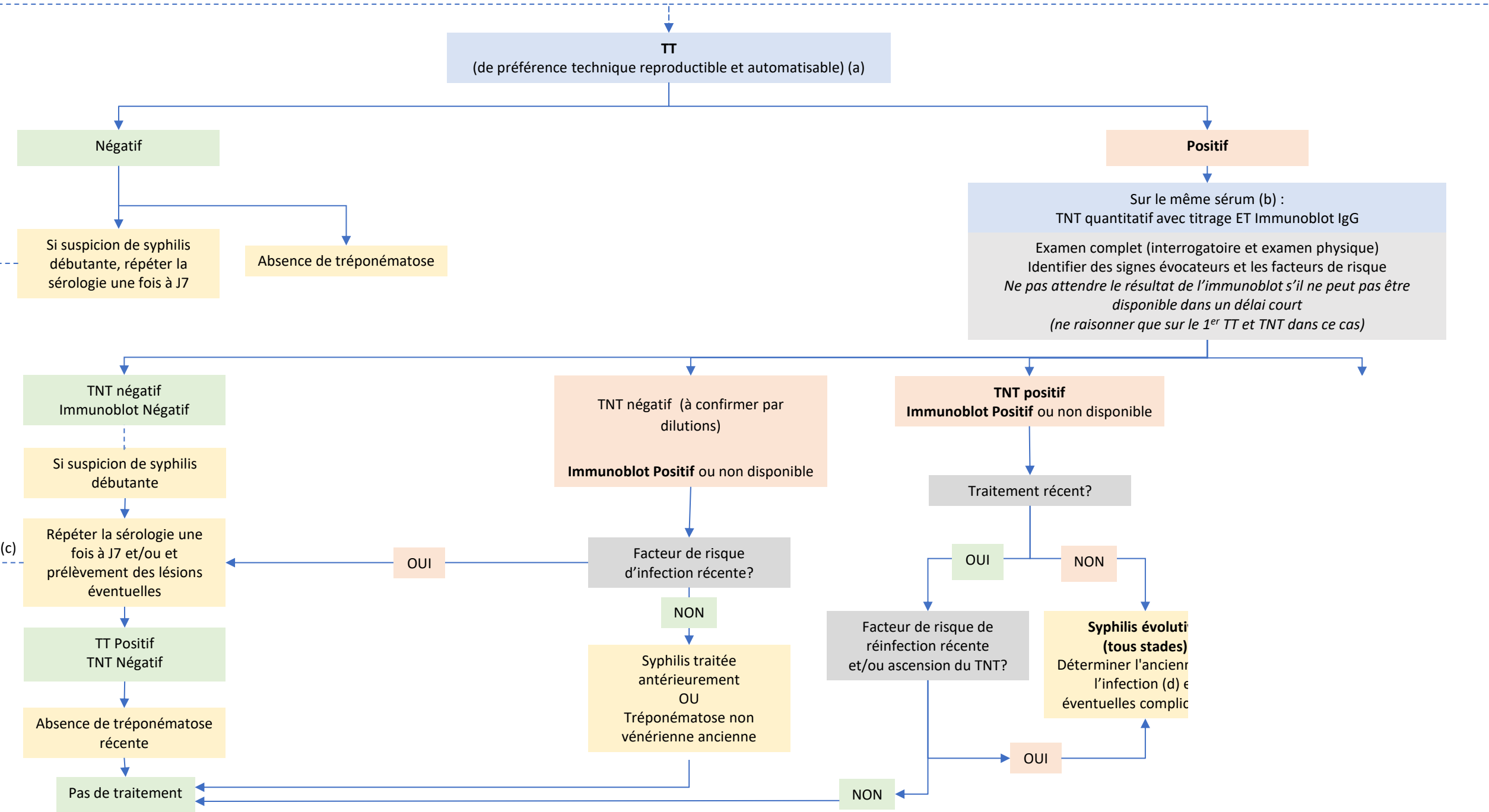
## Diagnostic est sérologique

- TT en premier , si +: à confronter au TNT et à l'immunoblot
- Répéter sérologie J7 si doute sur infection récente
- Ne pas attendre l'immunoblot



## Diagnostic sérologique

- TNT contrôlé négatif = infection non évolutive,  
→ pas de risque de syphilis congénitale, pas de traitement



**TT**  
(de préférence technique reproductible et automatisable) (a)

**Négatif**

**Positif**

Si suspicion de syphilis  
débutante, répéter la  
sérologie une fois à J7

Absence de tréponématose

Sur le même sérum (b) :  
TNT quantitatif avec titrage ET Immunoblot IgG  
Examen complet (interrogatoire et examen physique)  
Identifier des signes évocateurs et les facteurs de risque  
*Ne pas attendre le résultat de l'immunoblot s'il ne peut pas être  
disponible dans un délai court  
(ne raisonner que sur le 1<sup>er</sup> TT et TNT dans ce cas)*

TNT négatif  
Immunoblot Négatif

TNT négatif (à confirmer par  
dilutions)  
Immunoblot Positif ou non disponible

TNT positif  
Immunoblot Positif ou non disponible

Si suspicion de syphilis  
débutante

Traitement récent?

Répéter la sérologie une  
fois à J7 et/ou et  
prélèvement des lésions  
éventuelles

OUI

Facteur de risque  
d'infection récente?

OUI

NON

TT Positif  
TNT Négatif

NON

Facteur de risque de  
réinfection récente  
et/ou ascension du TNT?

**Syphilis évolutive  
(tous stades)**  
Déterminer l'ancienneté de  
l'infection (d) et les  
complications éventuelles

Absence de tréponématose  
récente

Syphilis traitée  
antérieurement  
OU  
Tréponématose non  
vénérienne ancienne

OUI

NON

Pas de traitement

(c)

# Prévention et prise en charge infectiologiques de la syphilis chez la femme enceinte et en périnatalité



1. Comment prévenir la syphilis congénitale ?
2. Comment diagnostiquer une syphilis maternelle pendant la grossesse?
3. **Quelle prise en charge maternelle et obstétricale?**
4. Quelle prise en charge néonatale?

# 3. Quelle prise en charge maternelle et obstétricale?

## Consultation au moment du diagnostic

### 1. Examen clinique complet + Bilan IST

- Stade ?
- Neurosyphilis ?
- IST associée ?
- Allergie à la pénicilline ?

### 2. Traitement

#### En l'absence d'allergie à la pénicilline

- Syphilis précoce : 2 doses de BPG 2,4 MUI IM à 1 semaine d'intervalle
  - Syphilis tardive ou non datée : 3 doses de BPG 2,4 MUI IM à 1 semaine d'intervalle
  - Neurosyphilis : Pénicilline G 20 MUI/j IV 14 j
- Si intervalle > 9 j entre 2 doses pour syphilis précoce, tardive ou non datée ou si interruption > 24h (neurosyphilis), recommencer complètement le traitement.*

Remplacer 0,5-1 cc de solvant par de la lidocaïne 1% non adrénalinée à visée antalgique

#### Prévention de la réaction de JH :

- Paracétamol PO 1g 2h avant l'injection de BPG, puis 1g/ 8 h pendant 72h
- Alternative ou si temp > 38°C > 2 h :  
prednisone 0,3 à 0,5 mg/kg/j PO 48h (max 60 mg/j)

**Le traitement doit idéalement être complété à 16 SA**

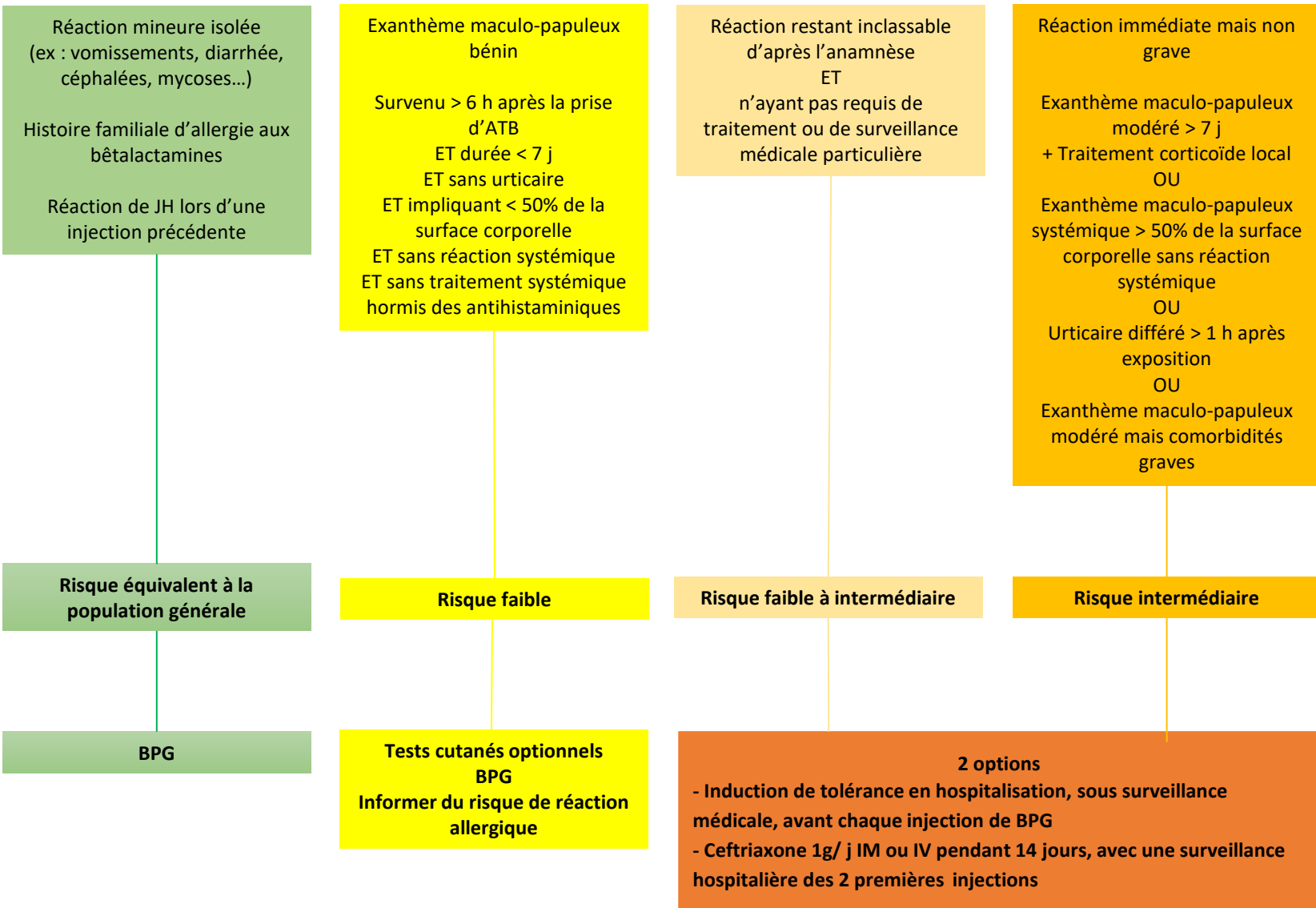
**Réaction de Jarish-Herxheimer (JH)**  
Fièvre, arthralgies, myalgies: résolutive en 12-24h  
+ +/- CU (40-65%), baisse des MAF, ARCF (40%)

**BPG**= benzathine pénicilline  
= péni G retard  
**≠**  
**Benzylpénicilline**=péni G IV ou IM  
Nécessite une administration quotidienne

**En population générale**, ttmt de référence = 1 dose de BPG

Les données de la littérature semblent en faveur d'une **réduction du risque de SC** plus importante par un ttmt par 2 doses de BPG, renforcé par les données pharmaco

**Figure 3. Evaluation du risque allergique aux bêtalactamines et proposition pour la prise en charge de la syphilis chez la femme enceinte**



### Induction de tolérance

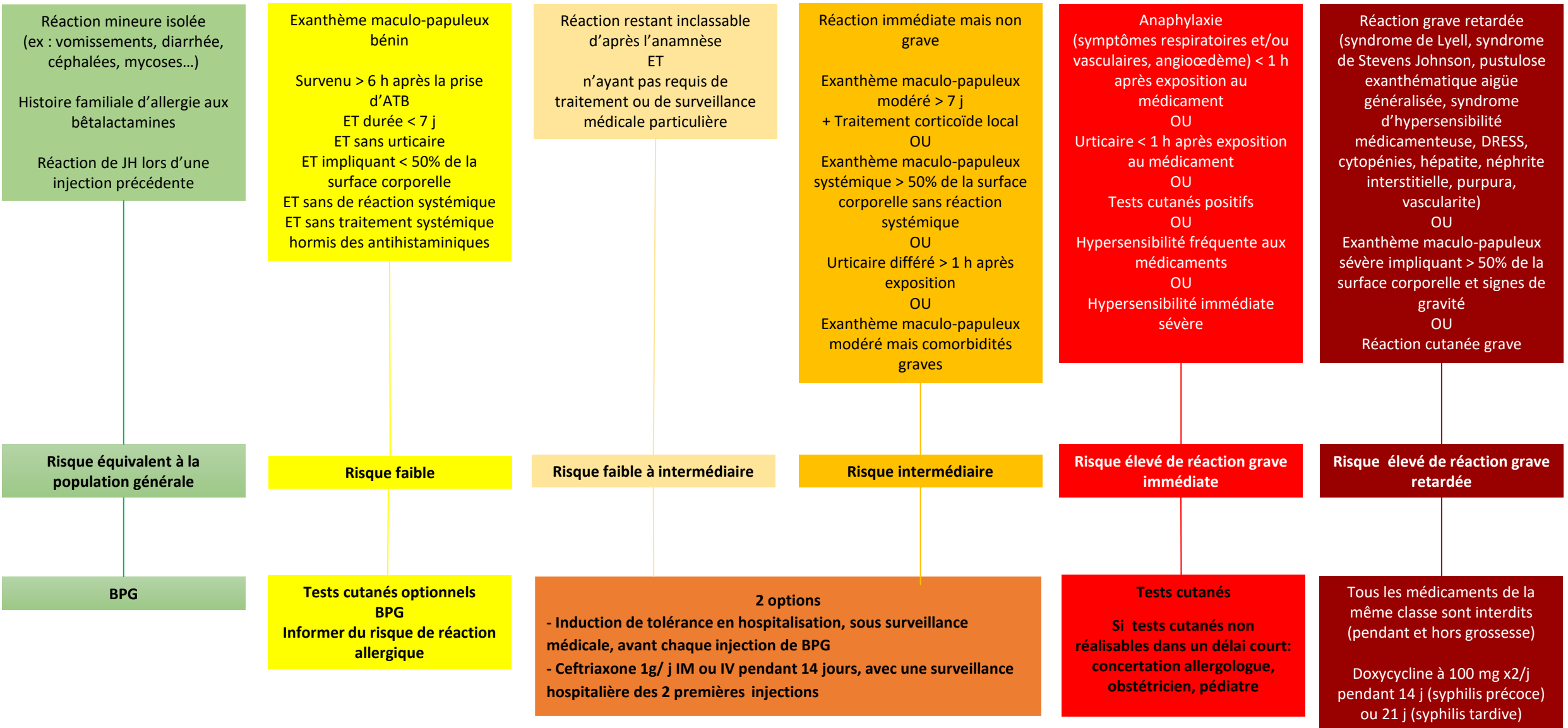
- Réintroduction à toutes petites doses en hospit
- Risque d'effet grave 2 à 20%

### Place des céphalosporines

- Allergie croisée <2%
- Efficacité démontrée hors grossesse comparable à celle de la BPG
- Passent la barrière placentaire 50%
- 91 observations pendant grossesse, pas de SC, dont 11 avec suivi NN
- Recommandées pdt grossesse (OMS)

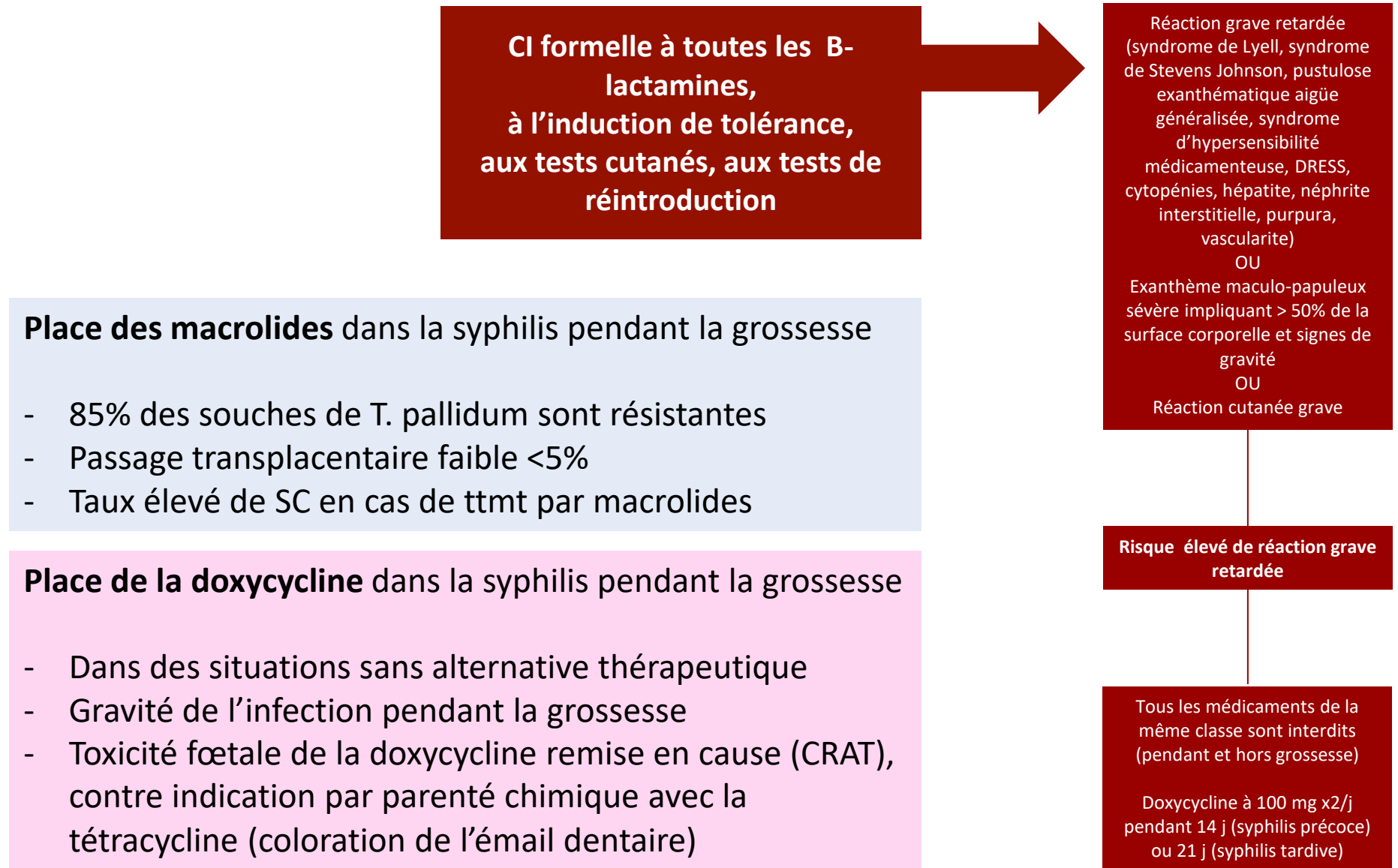
IM : intramusculaire; IV : intraveineux; BPG : benzathine pénicilline; JH : Jarisch-Herxheimer (réaction de); DRESS : drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms

**Figure 3. Evaluation du risque allergique aux bêtalactamines et proposition pour la prise en charge de la syphilis chez la femme enceinte**



IM : intramusculaire; IV : intraveineux; BPG : benzathine pénicilline; JH : Jarisch-Herxheimer (réaction de); DRESS : drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms

**Figure 3. Evaluation du risque allergique aux bêtalactamines et proposition pour la prise en charge de la syphilis chez la femme enceinte**



## Figure 4. Traitement et suivi de la syphilis chez la femme enceinte

IST : Infection sexuellement transmise; BPG : benzathine pénicilline; CPDPN : centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal; SC : syphilis congénitale; M : mois; JH : Jarisch-Herxheimer (réaction de); NN : nouveau-

### Consultation au moment du diagnostic

#### 1. Examen clinique complet + Bilan IST

- Stade ?
- Neurosyphilis ?
- IST associée ?
- Allergie à la pénicilline ?

#### 2. Traitement

##### En l'absence d'allergie à la pénicilline

- Syphilis précoce : 2 doses de BPG 2,4 MUI IM à 1 semaine d'intervalle
  - Syphilis tardive ou non datée : 3 doses de BPG 2,4 MUI IM à 1 semaine d'intervalle
  - Neurosyphilis : Pénicilline G 20 MUI/j IV 14 j
- Si intervalle > 9 j entre 2 doses pour syphilis précoce, tardive ou non datée ou si interruption > 24h (neurosyphilis), recommencer complètement le traitement.*

Remplacer 0,5-1 cc de solvant par de la **lidocaïne 1%** non adrénalinée à visée antalgique

##### Prévention de la réaction de JH :

- Paracétamol PO 1g 2h avant l'injection de BPG, puis 1g/ 8 h pendant 72h
- Alternative ou si fièvre > 38°C > 2 h : prednisone 0,3 à 0,5 mg/kg/jour PO 48h (max 60 mg/j)

**Le traitement doit idéalement être complété à 16 SA**

#### 3. Mesures associées

- Abstinence sexuelle jusqu'à au moins 7 j après traitement complet  
ET cicatrisation des lésions contagieuses
- Informer la patiente de l'importance du dépistage et du traitement de ses partenaires (risque de réinfection)

#### Consultation à 1 mois :

Vérification de la réalisation du traitement adéquat et du dépistage des autres IST  
Evaluer le risque de réinfection (s'enquérir auprès de la patiente du dépistage et du traitement des partenaires)

#### Suivi efficacité thérapeutique

TNT à M2 puis mensuel jusqu'à l'accouchement et après l'accouchement poursuivre à M3, M6 et M12 de la fin du traitement (+ M24 si syphilis tardive ou datation impossible)  
ET  
TNT dans tous les cas à l'accouchement (pour dosage comparatif avec TNT du NN)  
**Toutes les sérologies doivent si possible être effectuées dans le même laboratoire**  
Si ré-ascension du TNT : échec du traitement ou réinfection => avis spécialisé

## Figure 4. Traitement et suivi de la syphilis chez la femme enceinte

IST : Infection sexuellement transmise; BPG : benzathine pénicilline; CPDPN : centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal; SC : syphilis congénitale; M : mois; JH : Jarisch-Herxheimer (réaction de); NN : nouveau-

### Consultation au moment du diagnostic

#### 1. Examen clinique complet + Bilan IST

- Stade ?
- Neurosyphilis ?
- IST associée ?
- Allergie à la pénicilline ?

#### 2. Traitement

##### En l'absence d'allergie à la pénicilline

- Syphilis précoce : 2 doses de BPG 2.4MUI IM
- Syphilis tardive ou non datée : 1 dose de BPG 2.4MUI IM
- Neurosyphilis : Pénicilline G
- Si intervalle > 9 j entre 2 doses (neurosyphilis), recommencer

Remplacer 0,5-1 cc de solvan

##### Prévention de la réaction de

Paracétamol PO 1g 2  
Alternative ou si fièvre

Le traitement doit idéalement

#### 3. Mesures associées

- Abstinence sexuelle jusqu'à au moins 7 j après traitement complet

### Précautions contact

- Le risque concerne tout contact cutanéomuqueux non protégé
  - avec une éruption ou une lésion cutanéomuqueuse
  - de phase primaire ou secondaire non guérie
  - (non traitée ou traitement complété depuis moins de 7 jours)
- ou des sécrétions infectées
- ou un accident d'exposition au sang pendant une phase bactériémique



**Soignant exposé : 1 dose BPG 2.4MUI IM**

Evaluer le risque de réinfection (s'enquérir auprès de la patiente du dépistage et du traitement des partenaires)

#### Suivi efficacité thérapeutique

TNT à M2 puis mensuel jusqu'à l'accouchement et après l'accouchement poursuivre à M3, M6 et M12 de la fin du traitement (+ M24 si syphilis tardive ou datation impossible)

ET

TNT dans tous les cas à l'accouchement (pour dosage comparatif avec TNT du NN)

**Toutes les sérologies doivent si possible être effectuées dans le même laboratoire**

Si ré-ascension du TNT : échec du traitement ou réinfection => avis spécialisé

## Figure 4. Traitement et suivi de la syphilis chez la femme enceinte

IST : Infection sexuellement transmise; BPG : benzathine pénicilline; CPDPN : centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal; SC : syphilis congénitale; M : mois; JH : Jarisch-Herxheimer (réaction de); NN : nouveau-

### Consultation au moment du diagnostic

#### 1. Examen clinique complet + Bilan IST

- Stade ?
- Neurosyphilis ?
- IST associée ?
- Allergie à la pénicilline ?

#### 2. Traitement

##### En l'absence d'allergie à la pénicilline

- Syphilis précoce : 2 doses de BPG 2,4 MUI IM à 1 semaine d'intervalle
  - Syphilis tardive ou non datée : 3 doses de BPG 2,4 MUI IM à 1 semaine d'intervalle
  - Neurosyphilis : Pénicilline G 20 MUI/j IV 14 j
- Si intervalle > 9 j entre 2 doses pour syphilis précoce, tardive ou non datée ou si interruption > 24h (neurosyphilis), recommencer complètement le traitement.*

Remplacer 0,5-1 cc de solvant par de la lidocaïne 1% non adrénalinée à visée antalgique

##### Prévention de la réaction de JH :

- Paracétamol PO 1g 2h avant l'injection de BPG, puis 1g/ 8 h pendant 72h
- Alternative ou si fièvre > 38°C > 2 h : prednisone 0,3 à 0,5 mg/kg/jour PO 48h (max 60 mg/j)

**Le traitement doit idéalement être complété à 16 SA**

#### 3. Mesures associées

- Abstinence sexuelle jusqu'à au moins 7 j après traitement complet  
ET cicatrisation des lésions contagieuses
- Informer la patiente de l'importance du dépistage et du traitement de ses partenaires (risque de réinfection)

#### Consultation à 1 mois :

Vérification de la réalisation du traitement adéquat et du dépistage des autres IST  
Evaluer le risque de réinfection (s'enquérir auprès de la patiente du dépistage et du traitement des partenaires)

#### Suivi efficacité thérapeutique

TNT à M2 puis mensuel jusqu'à l'accouchement et après l'accouchement poursuivre à M3, M6 et M12 de la fin du traitement (+ M24 si syphilis tardive ou datation impossible)  
ET  
TNT dans tous les cas à l'accouchement (pour dosage comparatif avec TNT du NN)  
**Toutes les sérologies doivent si possible être effectuées dans le même laboratoire**  
Si ré-ascension du TNT : échec du traitement ou réinfection => avis spécialisé

#### Syphilis traitée de façon adéquate avant 16SA

Suivi de grossesse habituel

#### Si syphilis non complètement traitée avant 16 SA :

Evaluation fœtale initiale à l'échographie à la recherche de signes de SC  
ET  
+/- avis CPDPN  
ET  
Discussion d'une amniocentèse si anomalies échographiques

# 3 bis. Quelle prise en charge en salle de naissance?



## Bilan à l'accouchement

- Réaliser un **TNT maternel** à l'accouchement pour dosage comparatif avec le TNT du NN
- Dans les dans les situations **à risque élevé et intermédiaire de SC**, il est possible de réaliser en complément les examens suivants à visée diagnostique, s'ils sont facilement accessibles : recherche d'ADN de *T. pallidum* sur placenta, examen immunohistochimique sur placenta restant en anatomopathologie, PCR sur le sang de cordon

## Post-partum et allaitement

- La **surveillance du TNT** doit être poursuivie en post-partum, à 3, 6 et 12 mois de la fin du traitement et à 24 mois en cas de syphilis tardive
- La femme doit être informée des modes **de prévention des IST** et le dépistage des partenaires doit être réalisé.
- **L'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué.** La découverte d'une lésion mammaire contagieuse chez une femme allaitante doit conduire à un avis spécialisé.

# 3 bis. Quelle prise en charge en salle de naissance?



## RECOMMANDATION 9 : Quelle prise en charge du peripartum en cas de syphilis maternelle ?

### Bilan à l'accouchement

- Réaliser un TNT maternel à l'accouchement pour dosage comparatif avec le TNT du NN
- Dans les dans les situations à risque élevé et intermédiaire de SC, il est possible de réaliser en complément les examens suivants à visée diagnostique, s'ils sont facilement accessibles : recherche d'ADN de *T. pallidum* sur placenta, examen immunohistochimique sur placenta restant en anatomopathologie, PCR sur le sang de cordon

### Post-partum et allaitement

- L'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué. La découverte d'une lésion mammaire contagieuse chez une femme allaitante doit conduire à un avis spécialisé.
- La femme doit être informée des modes de prévention des IST et le dépistage des partenaires doit être réalisé.

## 4. Prise en charge néonatale - Check list en salle de naissance

Pour les patientes avec diagnostic de syphilis pendant la grossesse		
<input type="checkbox"/>	<p><b>Informations permettant d'évaluer le niveau de risque de SC renseignées dans le dossier obstétrical:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Date de la fin du traitement maternel</li> <li>➢ Antibiotique administré</li> <li>➢ Stade de l'infection maternelle</li> <li>➢ Evolution du TNT si disponible</li> </ul>	<p><b>Risque élevé</b></p> <p>Syphilis maternelle précoce (&lt; 1 an) après 16 SA            OU titre de TNT maternel initial &gt; 8 après 16 SA            OU traitement maternel non reçu ou incomplet            OU traitement maternel sans pénicilline G            OU traitement maternel initié après 28 SA            OU traitement maternel complété &lt; 1 mois avant l'accouchement            OU pas de décroissance du TNT maternel d'un facteur 4 après 2-3 mois de traitement (si ≥ 4 au diagnostic)</p> <p><b>Risque nul</b></p> <p>Syphilis maternelle traitée de manière adéquate &lt; 16 SA, avec décroissance sérologique, et absence d'argument pour une réinfection</p> <p><b>Risque intermédiaire</b></p> <p>Autres cas</p>
<input type="checkbox"/>	<b>Respect des précautions standards et des règles d'asepsie</b> pendant l'accouchement et la prise en charge du NN	Précautions standards Précautions de type contact si contact avec muqueuses ou lésions cutanées contagieuses
<input type="checkbox"/>	<b>Examen clinique</b> du NN	Recherche de signes de SC, respect des précautions complémentaires contact Prélèvement éventuel pour PCR de toute lésion ou écoulement nasal
<input type="checkbox"/>	<b>Prélèvement sérum mère et enfant</b> (sang périphérique)	Comparaison des titres de TNT enfant/mère Dosage IgM anti-tréponème enfant si disponible Prélèvements à analyser dans le même laboratoire
Pour les patientes avec risque élevé ou intermédiaire de syphilis congénitale pour leur enfant		
<input type="checkbox"/>	Prélever fragment placenta pour PCR et IHC si disponible dans le centre de prise en charge	

# Prévention et prise en charge infectiologiques de la syphilis chez la femme enceinte et en périnatalité



1. Comment prévenir la syphilis congénitale ?
2. Comment diagnostiquer une syphilis maternelle pendant la grossesse?
3. Quelle prise en charge maternelle et obstétricale?
4. **Quelle prise en charge néonatale?**

## 4. Quelle prise en charge néonatale ?

### 1. Collecter les informations permettant de grader le RISQUE de SC avant la naissance

- Date de la fin du traitement maternel,
- Antibiotique administré,
- Stade de l'infection maternelle,
- Evolution du TNT si disponible

AU moins 1 item parmi :

Syphilis mat précoce (primaire ou < 1 an) > 16 SA

TNT maternel initial > 8 après 16 SA

Traitement maternel non reçu ou incomplet

Traitement maternel sans pénicilline G

Traitement maternel initié après 28 SA

Traitement maternel fini < 1 mois avant accouch

Pas de décroissance du TNT maternel d'un facteur 4 après 2-3 mois de traitement (si  $\geq 4$  au diagnostic)

Risque élevé

TNT négatif pendant toute la grossesse OU traitement maternel par BPG complet < 16 SA  
ET absence d'argument en faveur d'une réinfection maternelle  
ET aucun critère de risque élevé

Risque nul

Autre cas  
ET 0 critère risque élevé

Risque intermédiaire

# 4. Quelle prise en charge néonatale ?



## 2. Bilan NN à la naissance

### RECOMMANDATION 11 : Quelles explorations réaliser pour poser le diagnostic de SC chez le NN?

- Examiner tout NN avec un diagnostic de syphilis maternelle à la recherche de signes de SC (*dès la naissance pour tous les enfants à risque élevé ou intermédiaire de SC*)
- Réaliser un prélèvement sanguin chez tout NN d'une mère ayant présenté une sérologie syphilitique positive pendant la grossesse (hors cicatrice sérologique) le plus tôt possible après la naissance (au maximum dans les 3 jours de vie) pour réaliser TT et TNT maternel et du NN sur sang périphérique envoyés dans le même laboratoire pour calcul du ratio TNT NN/TNT maternel et pour recherche d'IgM par Immunoblot sur sang périphérique du NN
- Ces examens seront réalisés y compris chez un NN à risque nul pour vérifier l'absence de réinfection maternelle.
- Récupérer le résultat du ratio TNT NN/TNT maternel avant la sortie d'hospitalisation de l'enfant en cas de risque élevé de SC
- Dans les situations à risque élevé et intermédiaire de SC, il est possible de réaliser en complément les examens suivants s'ils sont facilement accessibles : recherche d'ADN de *T. pallidum* sur échantillon placentaire, examen immunohistochimique du placenta, PCR sur le sang de cordon et autres sécrétions

# 4. Quelle prise en charge néonatale ?

4 possibilités: SC exclue/peu probable/possible/confirmée ou probable

APRÈS LA NAISSANCE

Examen clinique + TT + TNT + IgM par immunoblot (sérum nouveau-né) le plus tôt après la naissance + **Sérologie maternelle** envoyée dans le même laboratoire +/- PCR Placenta/prélèvement fœtus/enfant

**Signes cliniques de SC ET syphilis maternelle pendant la grossesse**  
**OU TNT NN/TNT maternel > 4**  
 OU PCR *T. pallidum* positive sur placenta ou tout prélèvement du fœtus/enfant  
 OU IHC *T. pallidum* positive sur placenta  
 OU IgM NN positives

OUI

NON  
ou en  
attente

**Syphilis confirmée ou probable**

**Traitement : Pénicilline G IV 10 jours** (14 j si neurosyphilis)  
 À débiter le plus précocement possible, et < 7 j suivant le diagnostic

- NN ≤ 7 jours : 50 000 UI/kg/12h jusqu'à J7 puis 50 000 UI/kg/8h
- NN > 7 jours : 50 000 UI/kg/8h

(pas de prévention systématique de la réaction de JH mais surveillance clinique)

**Si interruption de traitement > 24h : recommencer un traitement complet**

NN à risque nul de SC

TNT NN négatif  
IgM et PCR et IHC neg si faites

**SC exclue**  
Pas de traitement  
Pas de surveillance

NN à risque intermédiaire de SC

**SC peu probable**  
Pas de traitement  
Surveillance clinique et sérologique jusqu'à négativation TNT puis TT à 18 mois

NN à risque élevé de SC

**SC possible**  
Traitement : BPG dose unique 50 000 UI/kg IM

**Bilan complémentaire recommandé**

- NFS
- Bilan hépatique, Ionogramme sanguin créatininémie
- Bandelette urinaire (protéinurie)
- LCS (cytologie, protéinorachie, synthèse intrathécale VDRL)
- Radiographie des os longs
- Examen ophtalmologique complet (lampe à fente et fond d'oeil)
- Potentiels évoqués auditifs et échographie transfontanellaire

**Suivi**

**Sérologique (TT et TNT) tous les 3 mois** (si TNT NN positif à la naissance) et jusqu'à négativation du TNT puis TT à 18 mois

**Clinique** : dépister les séquelles cliniques et neurodéveloppementales et inclusion dans réseau "enfant vulnérable"

**Signes cliniques de SC ET syphilis maternelle pendant la grossesse**  
**OU TNT NN/TNT maternel > 4**

OU PCR *T. pallidum* positive sur placenta ou tout prélèvement  
du fœtus/enfant

OU IHC *T. pallidum* positive sur placenta

OU IgM NN positives

NON  
ou en  
attente

OUI

**Syphilis confirmée ou probable**

**Traitement : Pénicilline G IV 10 jours** (14 j si neurosyphilis)  
À débiter le plus précocement possible, et < 7 j suivant le diagnostic

- NN ≤ 7 jours : 50 000 UI/kg/12h jusqu'à J7 puis 50 000 UI/kg/8h
- NN > 7 jours : 50 000 UI/kg/8h

(pas de prévention systématique de la réaction de JH mais surveillance clinique)

**Si interruption de traitement > 24h : recommencer un traitement complet**

**Signes cliniques de SC ET syphilis maternelle pendant la grossesse**  
**OU TNT NN/TNT maternel > 4**

OU PCR *T. pallidum* positive sur placenta ou tout prélèvement du foetus/enfant

OU IHC *T. pallidum* positive sur placenta

OU IgM NN positives

NON  
ou en  
attente

OUI

**Syphilis confirmée ou probable**

**Bilan complémentaire recommandé**

Numération formule sanguine  
Bilan hépatique, Ionogramme sanguin créatininémie  
Bandelette urinaire (protéinurie)  
LCS (cytologie, protéinorachie, synthèse intrathécale VDRL)  
Radiographie os longs  
Examen ophtalmologique complet (lampe à fente et fond d'oeil)  
Potentiels évoqués auditifs et Echographie transfontanellair<sub>e</sub>

**Traitement : Pénicilline G IV 10 jours** (14 j si neurosyphilis)

À débiter le plus précocement possible, et < 7 j suivant le diagnostic

- NN ≤ 7 jours : 50 000 UI/kg/12h jusqu'à J7 puis 50 000 UI/kg/8h
- NN > 7 jours : 50 000 UI/kg/8h

(pas de prévention systématique de la réaction de JH mais surveillance clinique)

**Si interruption de traitement > 24h : recommencer un traitement complet**

# 4. Quelle prise en charge néonatale ?

4 possibilités: SC exclue/peu probable/possible/confirmée ou probable

APRÈS LA NAISSANCE

Examen clinique + TT + TNT + IgM par immunoblot (sérum nouveau-né) le plus tôt après la naissance + **Sérologie maternelle** envoyée dans le même laboratoire +/- PCR Placenta/prélèvement fœtus/enfant

**Signes cliniques de SC ET syphilis maternelle pendant la grossesse**  
**OU TNT NN/TNT maternel > 4**  
 OU PCR *T. pallidum* positive sur placenta ou tout prélèvement du fœtus/enfant  
 OU IHC *T. pallidum* positive sur placenta  
 OU IgM NN positives

NON  
ou en  
attente

OUI

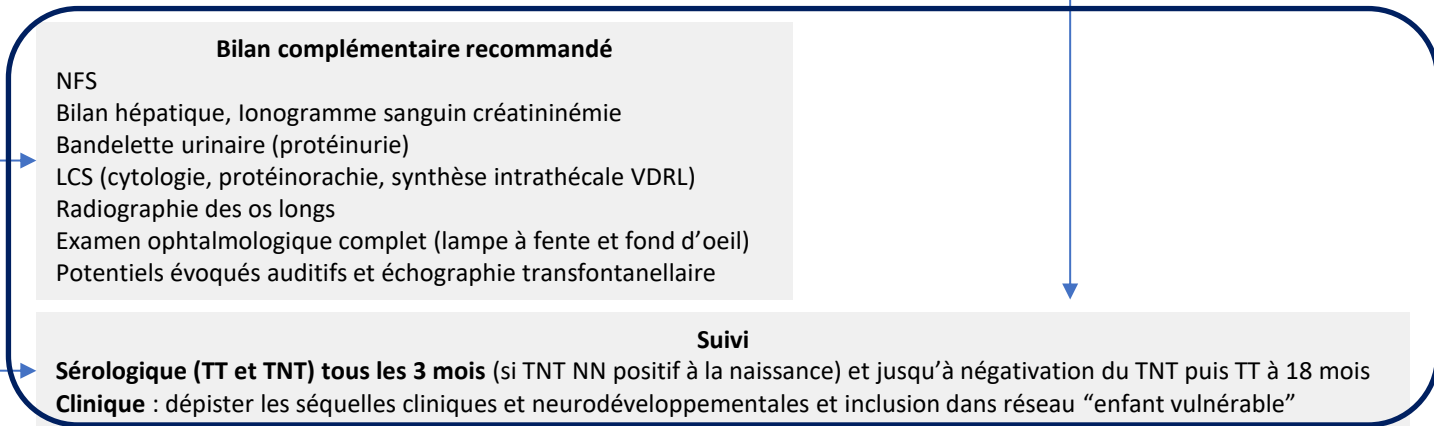
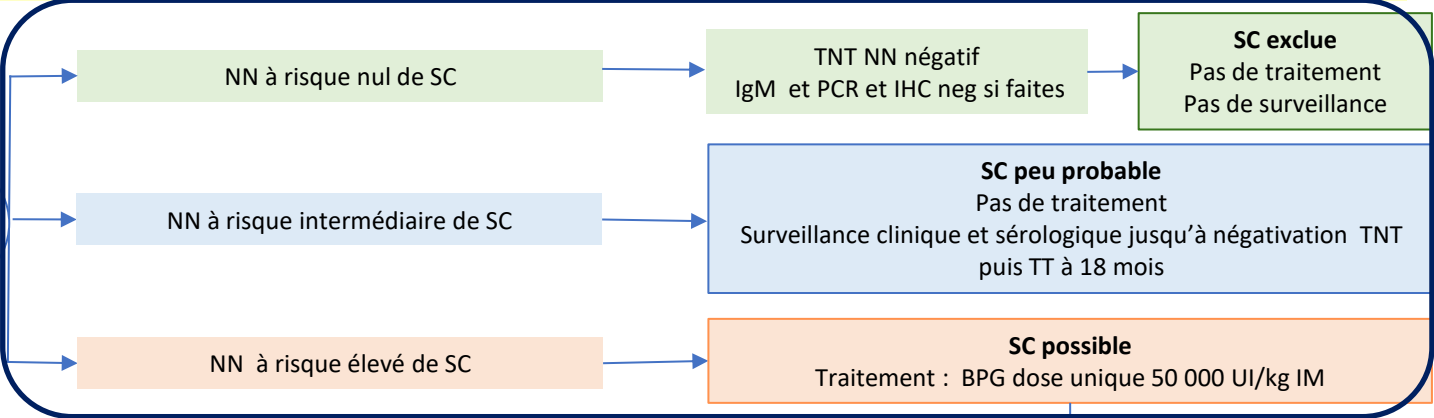
**Syphilis confirmée ou probable**

**Traitement : Pénicilline G IV 10 jours** (14 j si neurosyphilis)  
 À débiter le plus précocement possible, et < 7 j suivant le diagnostic

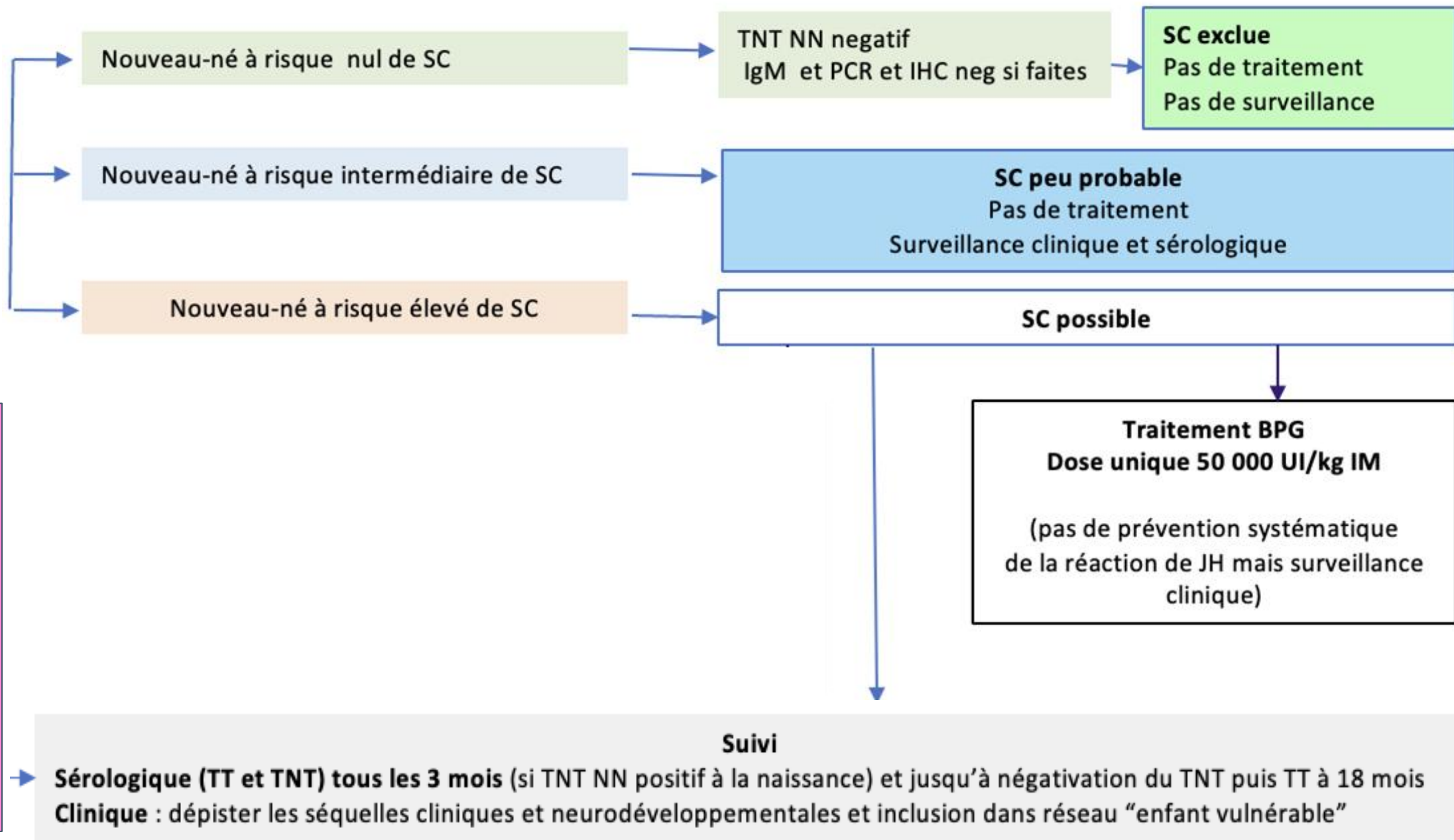
- NN ≤ 7 jours : 50 000 UI/kg/12h jusqu'à J7 puis 50 000 UI/kg/8h
- NN > 7 jours : 50 000 UI/kg/8h

(pas de prévention systématique de la réaction de JH mais surveillance clinique)

**Si interruption de traitement > 24h : recommencer un traitement complet**



# Récupérer le résultat du ratio TNT NN/TNT maternel avant la sortie d'hospitalisation si risque élevé

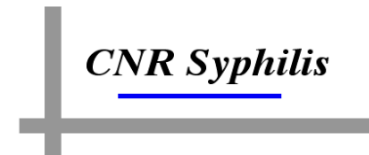


SC  
Confirmée  
Ou  
probable

## Suivi

- ➔ **Sérologique (TT et TNT) tous les 3 mois** (si TNT NN positif à la naissance) et jusqu'à négativation du TNT puis TT à 18 mois
- Clinique** : dépister les séquelles cliniques et neurodéveloppementales et inclusion dans réseau "enfant vulnérable"

# Merci de votre attention



Clara Flateau  
Charles Cazanave  
Philippe Lesprit  
Rozenn Le Berre  
Nicolas Dupin  
Christelle Djomkoue-Monkam  
Julie Guinaud  
Joël Gaudelus  
Anne Fichter  
Sophie Parat  
Cyril Huissoud  
Gilles Kayem  
Albane De Quillacq  
Julie Blanc  
Mathieu Dap  
Florence Eboué  
Olivier Picone  
Charles Garabédian  
André Birgy  
Philippe Bidet  
Hervé Lecuyer  
Cécile Bébéar  
Philippe Lanotte  
Valérie Lalande

*Anselem et al. IDNow 2025*  
*Anselem et al. MMI Formation 2025*

Slides en réserve

# Diagnostic biologique de la syphilis



## **RECOMMANDATION 2 : Comment faire le diagnostic microbiologique de la syphilis chez la femme enceinte ?**

- **Réaliser une sérologie syphilis**

*La prescription doit mentionner l'existence d'une grossesse, d'un contage et/ou de signes cliniques le cas échéant.*

- **Un TT positif doit être complété sans délai sur le même sérum par un deuxième TT (de préférence de type Immunoblot IgG) et un TNT quantitatif (VDRL/RPR)**
- **Réaliser un examen clinique complet devant tout TT positif**
- **Fonder l'interprétation de la sérologie sur la confrontation avec les données de l'anamnèse et de l'examen clinique**

# Diagnostic biologique de la syphilis

Diagnostic direct : Pas de culture possible en routine

Le diagnostic en France est indirect = sérologique = TT en premier

## Tests tréponémiques (TT)

- Antigènes de Tréponèmes

Ne différencient pas *pallidum* des tréponématoses endémiques non vénériennes

**Restent positifs à vie après une infection**

**TPPA TPLA** : (IgG+ IgM) quantitatifs et automatisés (TPPA remplace le TPHA)

**EIA, CMIA et CLIA** : (IgG et/ou IgM)

**Immunoblots et Western Blot + spécifiques**

## Tests non tréponémiques (TNT)

- **Antigènes non tréponémiques**  
**Se négativent avec traitement/guérison**

- **VDRL** (pour le LCR) ou **RPR**

- **Exprimé en titre : 1/dernière dilution +**

- **Faux positifs 0.8%**

**Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)**  
**en 15 min sur sérum ou sang total**

# Diagnostic biologique de la syphilis

TT + à J5-10  
Restent + à vie  
Ne permettent pas de suivre l'évolution

TNT rendus en titre  
Fluctuent selon évolution  
Non spécifiques (FP 0.8%)

