

# Syphilis et Femmes Enceintes

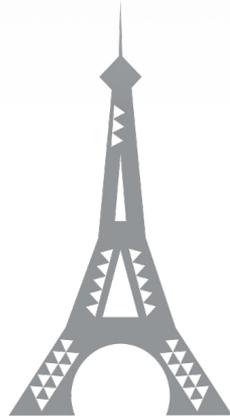
Jeanne Sibiude

Service de Gynécologie-Obstétrique Hôpital Armand Trousseau

Paris

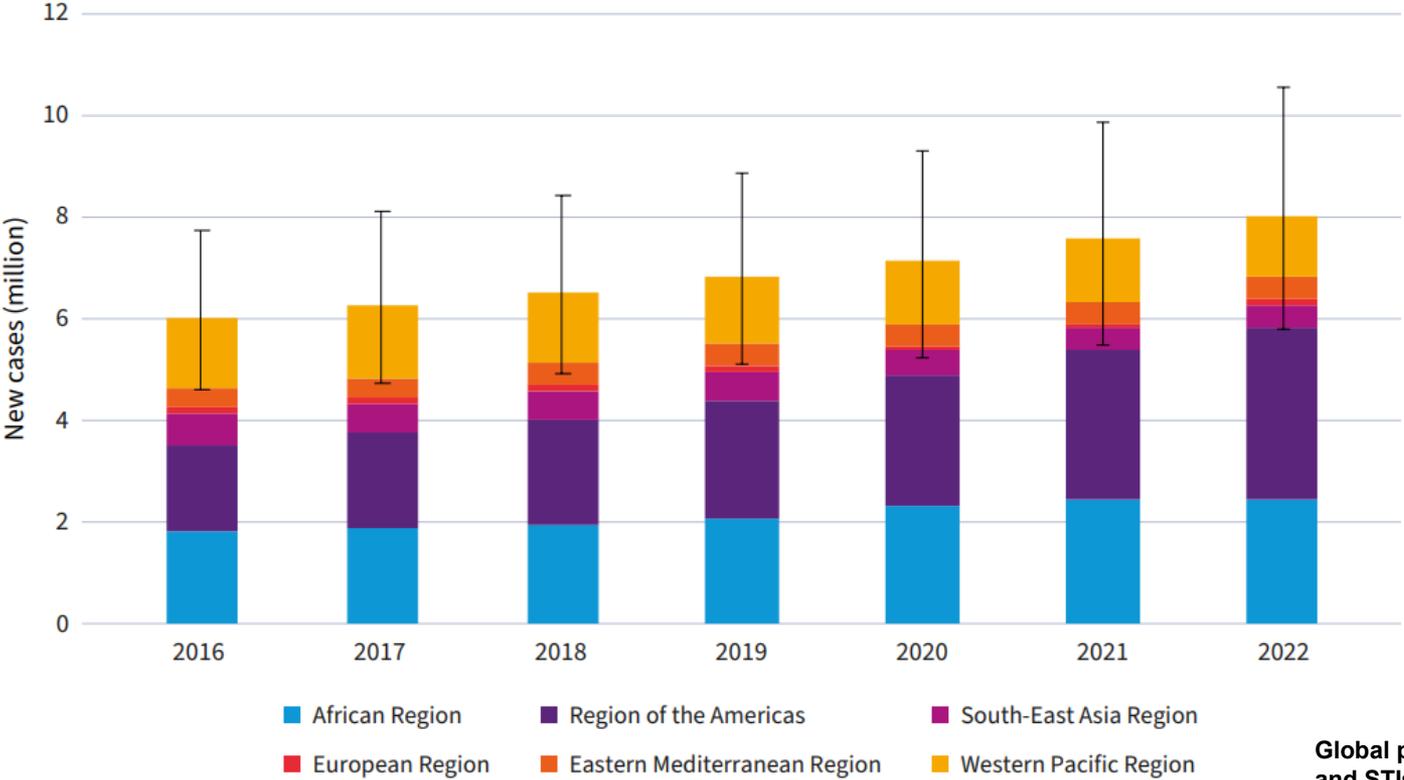
28-29 mai  
**2024**

Journées Thématiques Santé Sexuelle



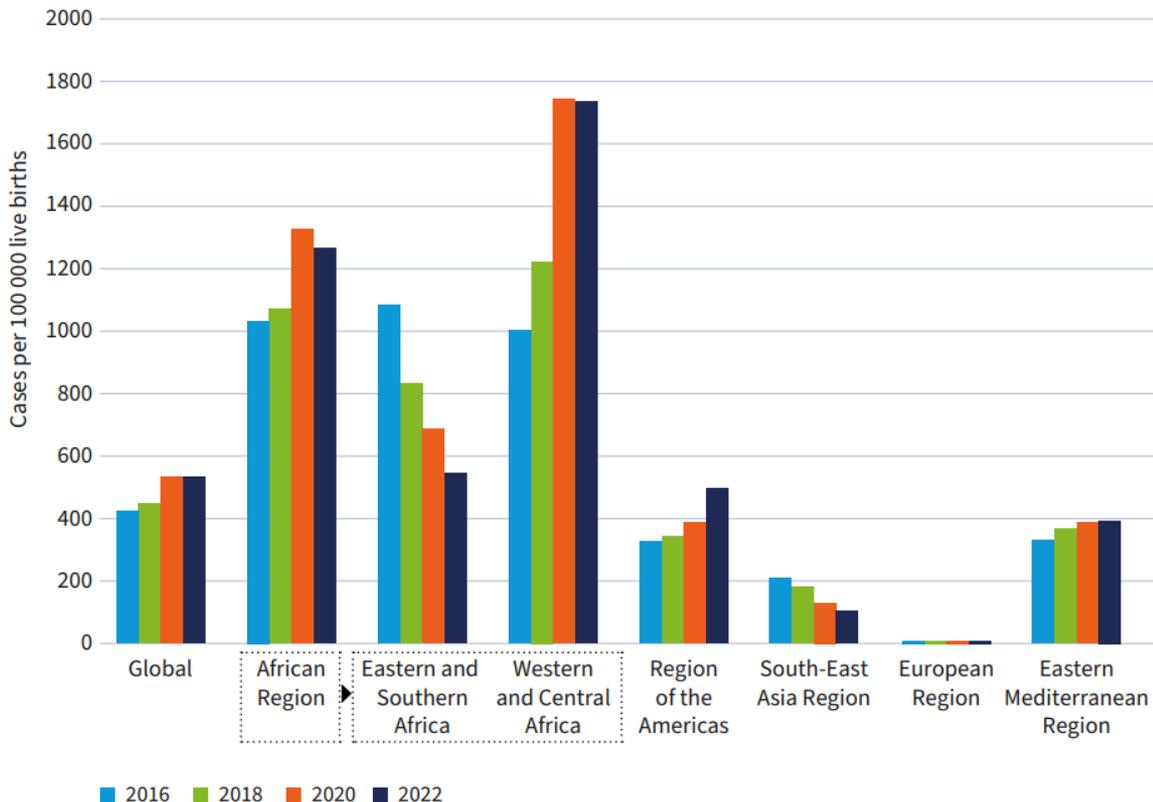
# Incidence mondiale en augmentation

Estimates of the total number of new cases of syphilis among people aged 15–49 years by WHO region, 2016–2022



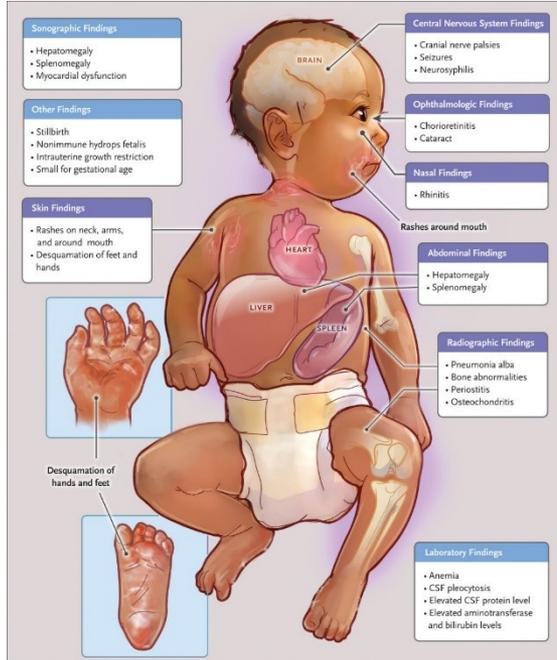
# Syphilis congénitale

Estimates of congenital syphilis case rates per 100 000 live births, global and by WHO region, 2016–2022



- **390 000 issues de grossesse défavorables**
  - 150 000 pertes fœtales
  - 70 000 décès neonataux
  - 55 000 prématurés ou PAG
  - 115 000 enfants atteints de syphilis congénitale
- **Intérêt de la prise en charge précoce et du traitement efficace**

# Quelle prise en charge en cas de diagnostic de syphilis chez une femme enceinte ?



- Cas clinique

# Dépistage

Femme de 31 ans, enceinte de 12 SA.

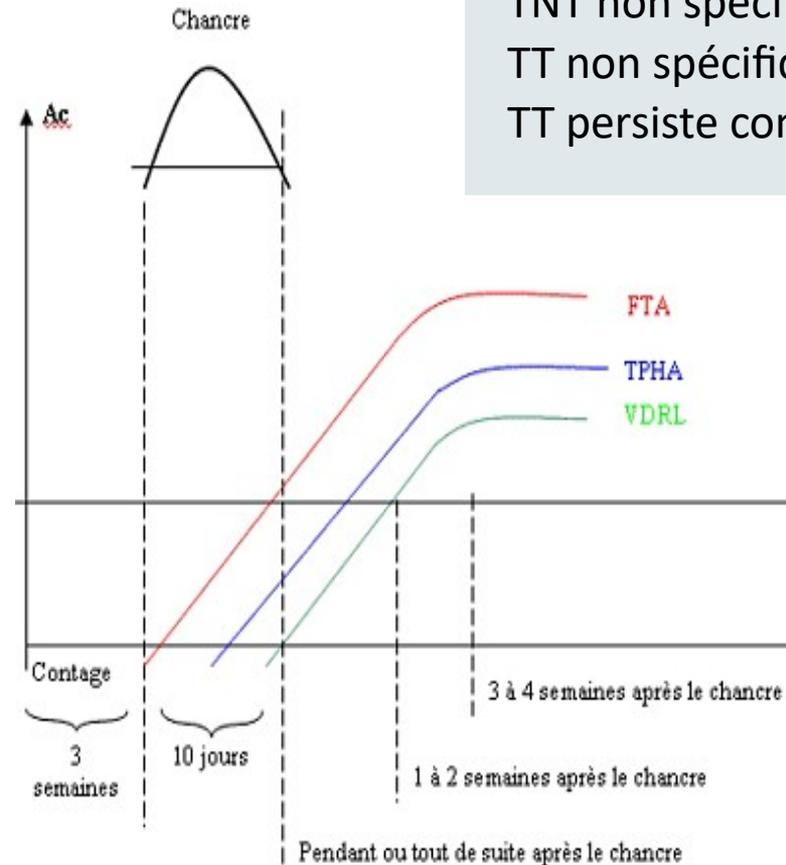
Dans le cadre de son suivi prénatal, un test sérologique de la syphilis est effectué:

CLIA (test tréponémique) positif 1252U  
RPR (test non tréponémique) positif 8U

Comment analyser ce test sérologique ?

# Du dépistage au diagnostic

TNT non spécifique de *Treponema*  
 TT non spécifique de *T. pallidum* sp.  
 TT persiste comme cicatrice sérologique



## 3 trucs

TNT+, TT-  
 → Faux positif

Anticoagulant circulant ?

TNT-, TT +  
 → Infection précoce **RISQUE LE PLUS ELEVE**  
 → Ou cicatrice sérologique **AUCUN RISQUE**

Comment faire la distinction ?  
 → ATCD médicaux  
 → Examen Clinique  
 → IgM  
 → Répéter le test deux semaines plus tard

Répéter TT et TNT à 28 SA

Partenaires multiples  
 - ATCD ou diagnostic d'IST

# Conséquences

Femme de 31 ans, enceinte de 12 SA.

Dans le cadre de son suivi prénatal, un test sérologique de la syphilis est effectué:

CLIA (test tréponémique) positif 1252U  
RPR (test non tréponémique) positif 8U

Quelles sont les conséquences d'une syphilis pendant la grossesse ?

# Conséquences : issues de grossesse

Enfant né d'une mère non traitée / mal traitée

Enfant présentant une syphilis congénitale clinique/ biologique

## Conséquences

**Perte fœtale 40%**

**Accouchement prématuré 20 %**

**Infection congénitale 40%**

Précoce < 2 ans (1/3)

Tardive < 2 ans (2/3)



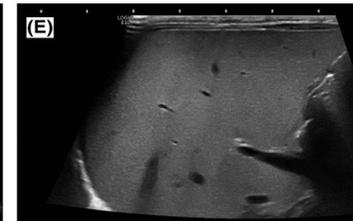
Mortalité néonatale 20%

Séquelles à long terme 20%

# Signes échographiques

## Anomalies échographiques

Hépatomégalie 83%  
Signes échographiques évocateurs  
d'anémie (V max ACM) 38%  
Placentomégalie 34%  
Ascite 19%  
Splénomégalie 16%  
RCIU 14%  
Anasarque foeto-placentaire 12%  
Hydramnios 11%  
Oligoamnios 9%  
Oedème sous-cutané 7%  
Hyperéchogénicité intestinale 2%  
Épanchement péricardique 2%



# Syphilis précoce

## Syphilis précoce

- Ostéochondrite 61%**
- Hépatomegalie 61-100%
- Splénomégalie 49%
- Pétéchies 41%
- Autres lésions cutanées (contagieuses) 35%**
- Méningite 25%**
- Adénomégalie 32%
- Ictère 30%
- Anémie 30%
- Rhinorrhée 22%**
- Syndrome néphrotique 20%



# Syphilis précoce



Skin rash



Hydrocephalus



Multiple, punched out, pale, blistered lesions, with associated desquamation of palms & plantars



Osteochondritis of femur & tibia



early evidence of infection - bullae and vesicular rash

# Syphilis tardive

## Syphilis tardive

Bosses frontales 30-87%

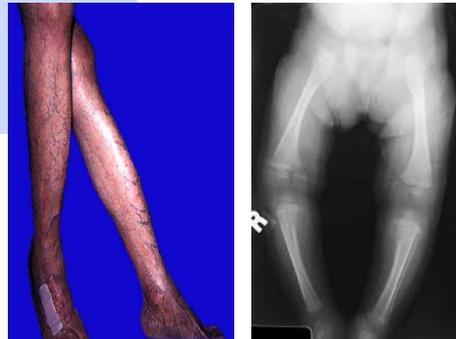
Nez de selle

Kératite 25-50%

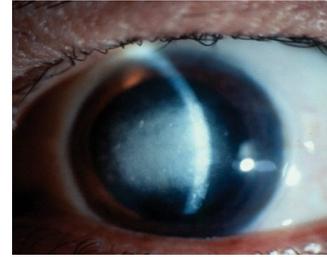
**Dents de Hutchinson 55%**

**Lésions osseuses 30-46%**

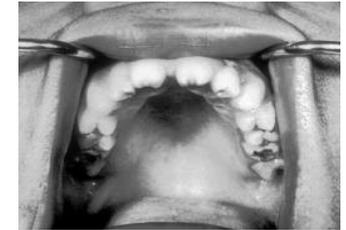
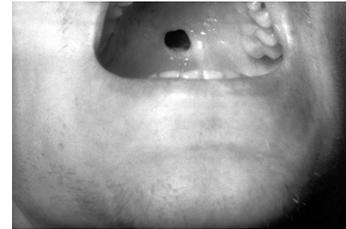
**Raghades 76%**



Tibia en lame de sabre



Interstitial keratitis



Hutchinson teeth



# Risque de transmission materno-fœtale

Femme de 31 ans, enceinte de 12 SA.

Dans le cadre de son suivi prénatal, un test sérologique de la syphilis est effectué:

CLIA (test tréponémique) positif 1252U  
RPR (test non tréponémique) positif 8U

Quels sont les paramètres associés à un risque plus élevé de transmission ?

# Transmission maternelle liée à 3 paramètres

---

## 1. Terme de la grossesse au moment de l'infection

- **A partir de 16 SA** ☒ Traversée du placenta
- La transmission verticale augmente avec l'âge gestationnel /diminue la gravité.
- **A l'accouchement ++** Contact avec les sécrétions génitales maternelles infectées

## 2. Stade de l'infection

Stade	Taux de transmission
Primaire/ secondaire (début)	60-100%
Latente précoce	40%
Latente tardive	8-10%

## 3. Traitement maternel

- Avant le troisième trimestre
- et au moins > 30 jours avant l'accouchement
- La transmission passe de 75% (<30j) à 20% (>30j)

Harter AJOG 1976

Carles JGOBR 2008

Fiumara Clin Obstet Gynecol1975



# Traitement maternel

Femme de 31 ans, enceinte de 12 SA.

Dans le cadre de son suivi prénatal, un test sérologique de la syphilis est effectué:

CLIA (test tréponémique) positif 1252U  
RPR (test non tréponémique) positif 8U

Quel traitement ?



# Traitement maternel

---

**Infection précoce : < 1 an**

Pénicilline 2,4 M unités/ semaine 1-2 semaines : 1-2 doses

Xylocaïne autorisée pendant la grossesse

**Infection tardive : > 1 an**

**Situation la plus fréquente en France Métropolitaine**

Pénicilline 2,4 M unités/ semaine 3 semaines

**PAS DE DOSE OUBLIÉE    Une dose oubliée = schéma complet à refaire**

**Induction de la tolérance en cas d'allergie**

<https://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>

# Principes du traitement et mesures associées

Traiter idéalement avant le 16e WG, au moins avant le T3

Pénicilline dans tous les cas

Prévention de la maladie de Jarisch-Herxheimer dans les infections précoces

Évaluation d'autres STI

Évaluer les partenaires

Évaluer le nouveau-né

Vérifier la diminution du NTT aux points M3, M6 et M12 + à l'accouchement++.

# Allergie médicamenteuse

Réactions mineures isolées  
(ex: vomissements, diarrhée,  
céphalées, mycoses)

Histoire familiale d'allergie aux  
béta-lactamines

réaction d'Herxheimer lors  
d'une injection précédente



Anaphylaxie  
(symptômes  
respiratoires/vasculaires,  
angioœdème) < 1h après  
exposition au médicament  
OU  
Urticaire < 1h après exposition  
au médicament  
Hypersensibilité immédiate  
sévère

Réactions graves différées



Autres situations : avis allergologue

## DÉSENSIBILISATION ORALE À LA PÉNICILLINE

(d'après Stark et Sullivan J. Allergy and Clin. Immunol. 1987)

Consentement éclairé signé par le patient

### SURVEILLANCE MÉDICALE RÉGULIÈRE ++++

N° dose	Unités administrées	Voie d'administration	Espacement entre les doses	Dose et concentration
1	100 ui			1 ml (100 u/ml)
2	200 ui			2 ml
3	400 ui			4 ml
4	800 ui			8 ml
5	1 600 ui			1,6 ml (1 000 u/ml)
6	3 200 ui	ORALE	15 minutes	3,2 ml
7	6 400 ui			6,4 ml
8	12 800 ui			12,8 ml
9	25 000 ui			2,5 ml (10 000 u/ml)
10	50 000 ui			5 ml
11	100 000 ui			1 ml (100 000 u/ml)
12	200 000 ui			2 ml
13	400 000 ui			4 ml
14	200 000 ui			
15	400 000 ui	SC	15 minutes	
16	800 000 ui			
17	1 000 000 ui	IM	15 minutes	
18	Dose thérapeutique	IV	Chronologie habituelle sans jamais espacer plus de 8 heures les doses délivrées	

Voie veineuse impérative - Chariot de réanimation à proximité  
adrénaline, corticoïde injectable, antihistaminique disponibles

Faire préparer par la pharmacie de l'hôpital les dilutions de pénicilline de 100 000 ui/ml à 100 ui/ml  
à partir de la phénoxyéthylpénicilline (Oraciline suspension 1 000 000 ui/10 ml).

Passer à la péni G (flacons à 1 000 000 ui) pour les injections.

# Evaluation du nouveau-né

Femme de 31 ans, enceinte de 12 SA.

Dans le cadre de son suivi prénatal, un test sérologique de la syphilis est effectué:

CLIA (test tréponémique) positif 1252U  
RPR (test non tréponémique) positif 8U

Le traitement s'achève à 18 SA mais la patiente est perdue de vue.  
Comment prévoyez vous de prendre en charge le nouveau-né ?

# Évaluation néonatale

---

1. Clinique : écoulement nasal/ septicémie/ SNC/retard de croissance
2. Sérum mère/sang NN périphérique
3. Placenta : 1 cotylédon → CNR pour PCR

Situation présentant un risque maximal de transmission

Situation sans risque de transmission

Situation présentant un risque minimal de transmission

## RISQUE

Clinique BB

Traitement maternel

TNT BB

TNT BB/maman

IgM BB

PCR BB

CAT

Surveillance

RISQUE	MAX
Clinique BB	Signes cliniques
Traitement maternel	<b>AUCUN OU MAUVAIS OU &lt; 1mois avant accouchement</b>
TNT BB	+
TNT BB/maman	<b>&gt;4</b>
IgM BB	+
PCR BB	+
CAT	Rx/PL/bio <b>PENI G 10-14j</b> <b>150.000U/kg/j</b>
Surveillance	Séro 2 ans

RISQUE	MAX	NUL
Clinique BB	<b>Signes cliniques</b>	Examen normal
Traitement maternel	<b>AUCUN OU MAUVAIS OU &lt; 1mois avant accouchement</b>	Complet < 16 SA
TNT BB	+	-
TNT BB/maman	<b>&gt;4</b>	O
IgM BB	+	-
PCR BB	+	-
CAT	Rx/PL/bio <b>PENI G 10-14j 150.000U/kg/j</b>	<b>RIEN</b>
Surveillance	Séro 2 ans	<b>RIEN</b>

RISQUE	MAX	NUL	MINIMAL
Clinique BB	<b>Signes cliniques</b>	Examen normal	Examen normal
Traitement maternel	<b>AUCUN OU MAUVAIS OU &lt; 1mois avant accouchement</b>	Complet < 16 SA	COMPLET > 16SA mais > 1 MOIS
TNT BB	+	-	+
TNT BB/maman	>4	0	<4
IgM BB	+	-	-
PCR BB	+	-	-
CAT	Rx/PL/bio <b>PENI G 10-14j 150.000U/kg/j</b>	<b>RIEN</b>	<b>1 IM Extencilline 50.000 U/kg 1 fois</b>
Surveillance	Séro 2 ans	<b>RIEN</b>	OUI

# Syphilis et grossesse

Une infection materno-foetale de gravité majeure

Une incidence en augmentation dans le monde et en France

Un traitement efficace et accessible

**Le dépistage est la clef**

Traitement des partenaires

**En cas de traitement efficace et rapide : disparition de l'ensemble  
des risques associés à l'infection**



C N O F



AP-HP. Centre  
Université  
de Paris

***CNR Syphilis***



C N O F