



# Syphilis, ce qu'il faut retenir de la grande simulatrice en 2015

**Annie-Claude Labbé, MD**

**Médecin microbiologiste et infectiologue  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal  
Université de Montréal  
Québec**

# Déclaration d'intérêts de 2012 à 2015

- **Aucun intérêt financier / liens durables ou permanents / intervention ponctuelle / intérêt indirect**
- **Pas de lien d'intérêt avec les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation**
  - Une étude portant sur les TAAN *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* financée (en partie et conjointement) par les compagnies Roche, BD, Hologic et Abbott

# Syphilis, ce qu'il faut retenir de la grande simulatrice en 2015

## **SYPHILITIC CHORIORETINITIS MIMICKING AN ANTERIOR CHIASMAL SYNDROME**

Marjorie A. Murphy, MD,\*† Michele S. Todman, MD,\*† Vijay Khetpal, MD\*†

## Rectal Syphilis Mimicking Rectal Cancer

A Nodular Syphilid Presenting as a Pseudolymphoma:  
Mimicking a Cutaneous Marginal Zone B-Cell Lymphoma

Neurosyphilis in psychiatric practice: a case-based discussion of clinical evaluation and diagnosis

Gastric syphilis mimicking lymphoma

EASILY MISSED

## **Syphilitic condylomata lata mimicking anogenital warts**

Secondary syphilis mimicking inflammatory  
bowel disease

Late secondary syphilis with nodular lesions mimicking  
Kaposi sarcoma in a patient with human  
immunodeficiency virus

Neurosyphilis Initially Presenting as Hemorrhagic  
Exudative Optic Neuropathy in an  
Immunocompetent Patient

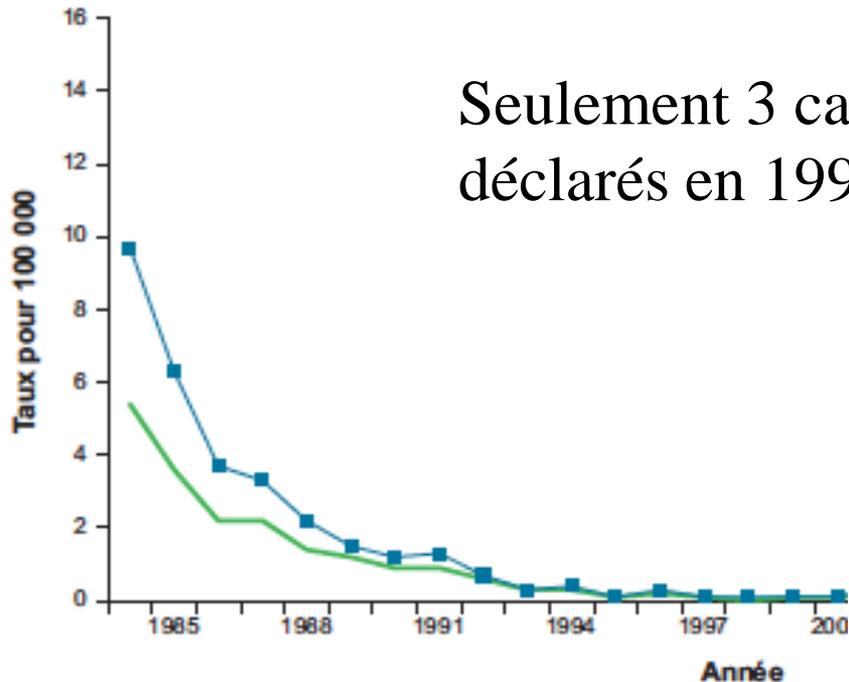
**Syphilis: mimicking yet another disease!**

# Objectifs

- Décrire l'épidémiologie de la syphilis infectieuse
- Discuter de l'interprétation (complexe) de la sérologie
- Discuter de quelques controverses chez les PVVIH:
  - Traitement de la syphilis infectieuse (1 ou 3 doses de Pénicilline?)
  - Indications de ponction lombaire
- Comparer les indications et la fréquence du dépistage (France et Québec)

# Portrait de la syphilis au Québec

Figure 9: Syphilis infectieuse\*: taux brut d'incidence sexes réunis et hommes seulement, Québec



	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
— Hommes	9,7	6,3	3,7	3,3	2,2	1,5	1,2	1,3	0,7	0,3	0,4	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1
— Sexes réunis	5,4	3,6	2,2	2,2	1,4	1,2	0,9	0,9	0,6	0,3	0,3	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1

Données extraites du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

\* Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an)

\*\* Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2012, il s'agit du taux projeté à partir du nombre (période du 1<sup>er</sup> janvier au 14 août 2012).

Pour les années 1984 à 1989, les taux sont tirés du rapport de 2003. Ces taux n'ont pas été ce 1990 à 2011 qui reposent sur le recensement de 2006.

INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

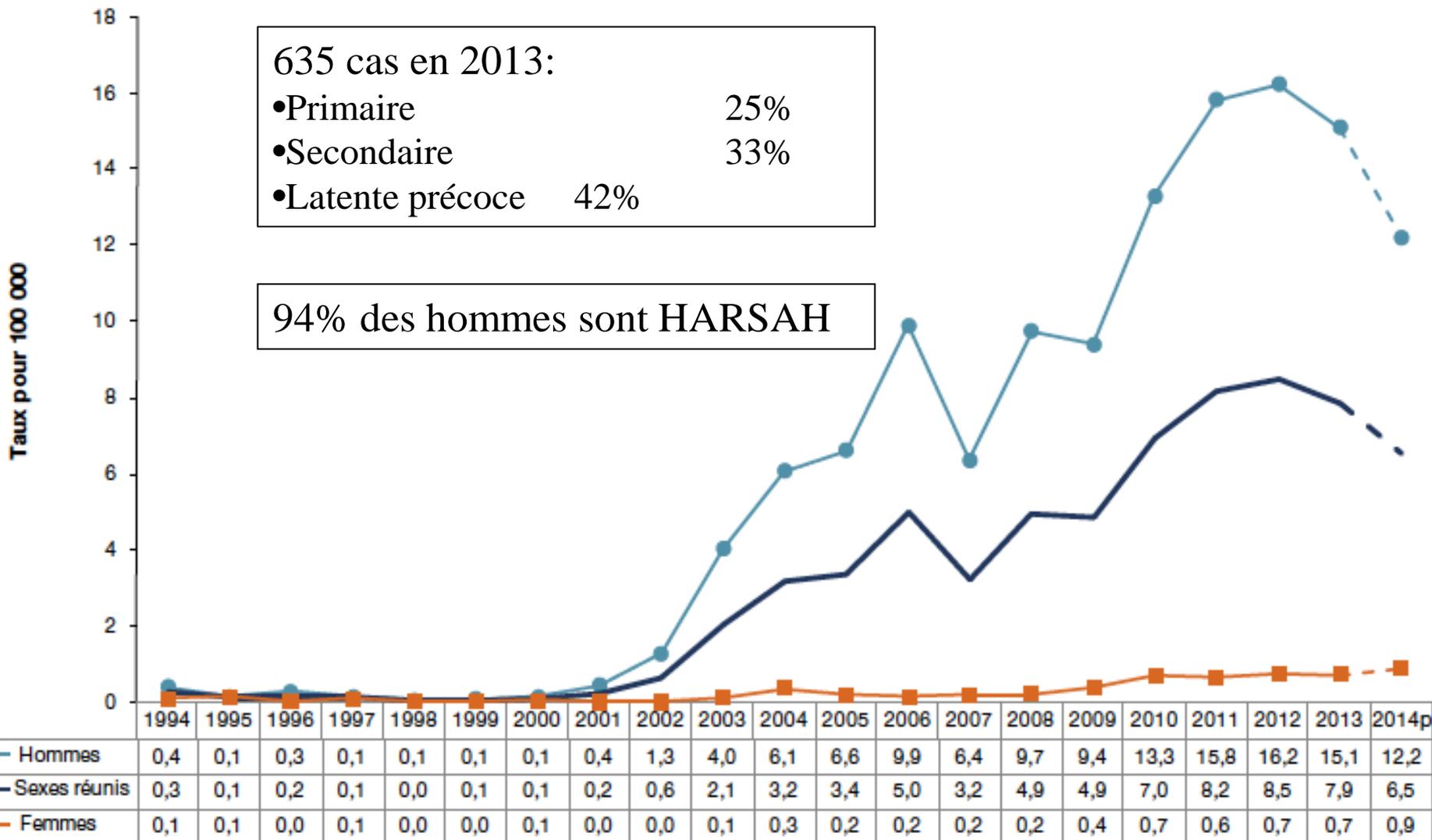


Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec

ANNÉE 2013 (ET PROJECTIONS 2014)

Maladie à déclaration obligatoire (MADO)

Québec



635 cas en 2013:

- Primaire 25%
- Secondaire 33%
- Latente précoce 42%

94% des hommes sont HARSAH

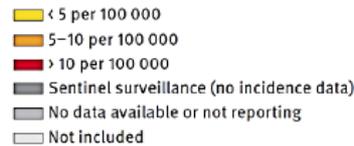
Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre le 5 août 2014 (1994 à 2013) et le 27 octobre 2014 (projections 2014).

# Taux d'incidence

- Au Québec:  
8/100 000  
personnes en  
2013



## Syphilis récentes : Nombre de cas pour 100 000, Europe, 2012



### Modes de transmission :

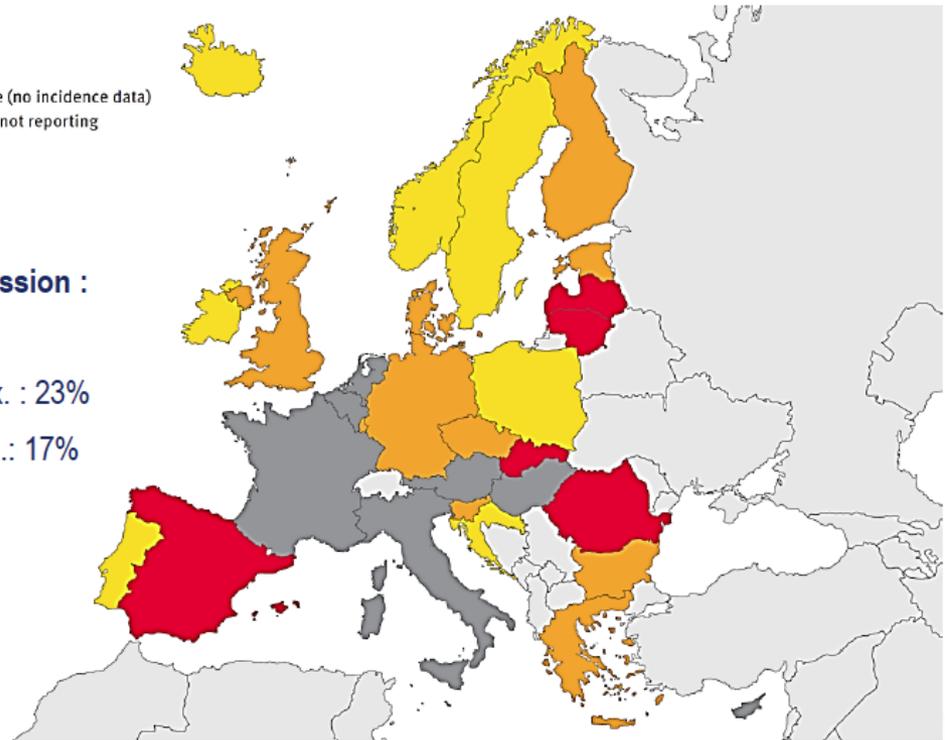
HSH : 48%

Hommes hétérosex. : 23%

Femmes hétérosex.: 17%

Inconnu : 12%

Non-visible countries  
■ Luxembourg  
■ Malta

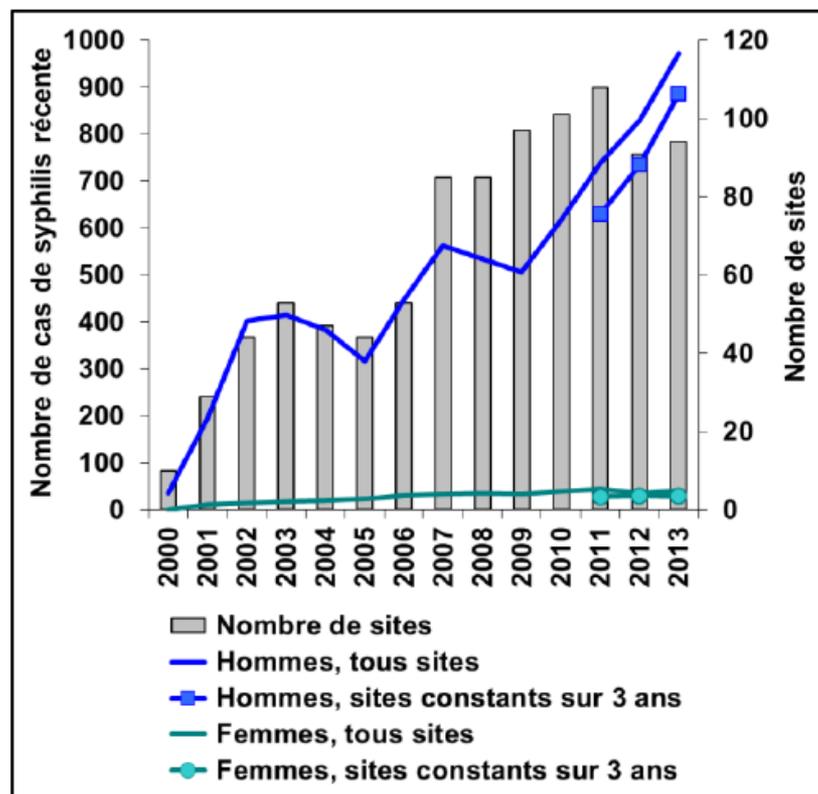


Source: European Centre for Disease Prevention and Control. Sexually transmitted infections in Europe 2012. Stockholm: ECDC; 2014.



## Figure S1

Évolution des nombres de cas de syphilis récente et de sites participants selon le sexe, réseau RésIST, France, 2000-2013





## | Figure S4 |

Distribution des cas de syphilis récente par classe d'âge selon le sexe, réseau RésIST, France, 2013

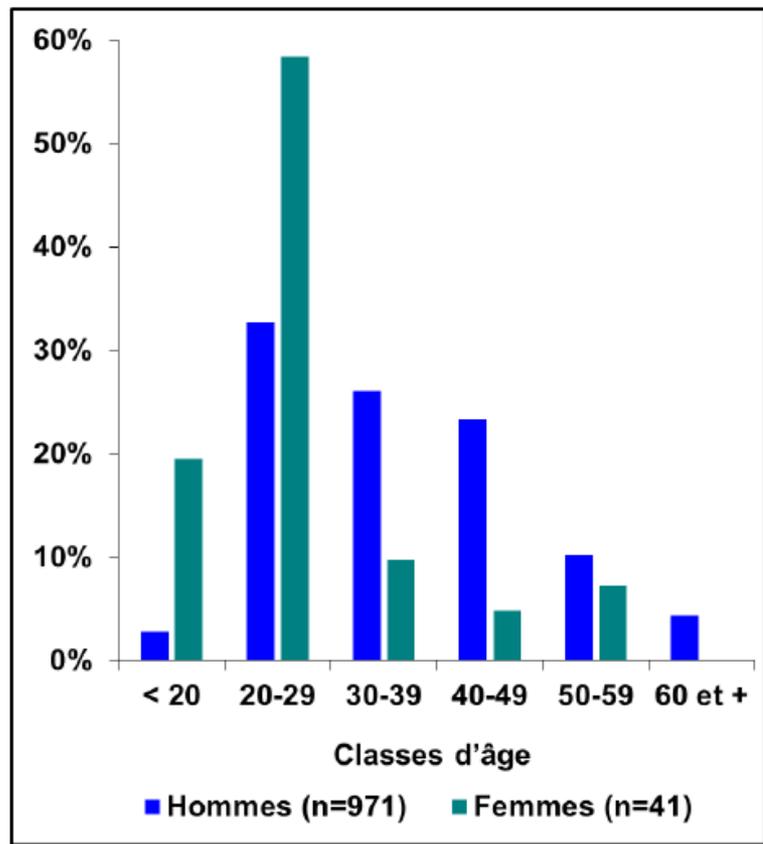
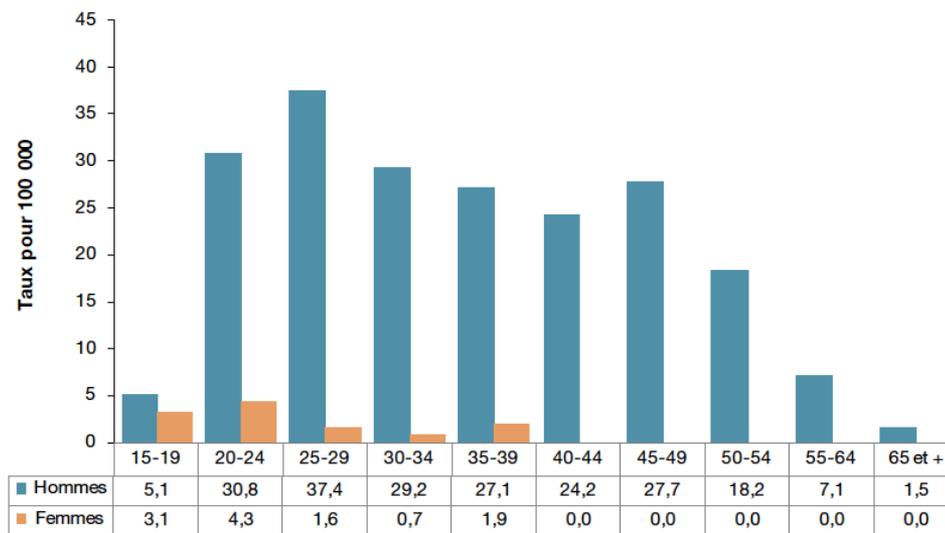


Figure 11 Syphilis infectieuse<sup>40</sup> : taux d'incidence<sup>41</sup> des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2013



Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre le 5 août 2014

Incidence de 37/100 000 chez les hommes de 25-29 ans

# Cas clinique

# HARSAH (HSH) - PVVIH

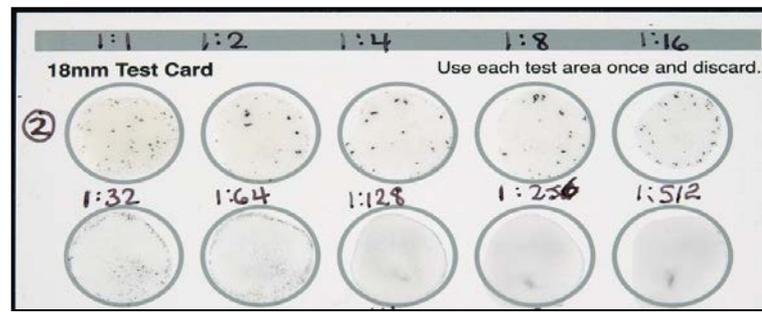


*Source: Dr Claude Fortin*

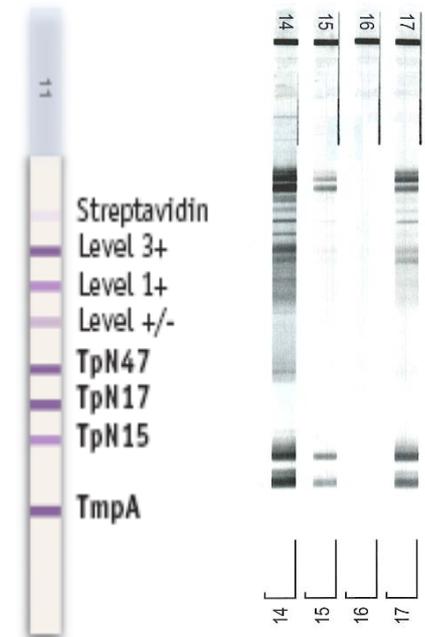
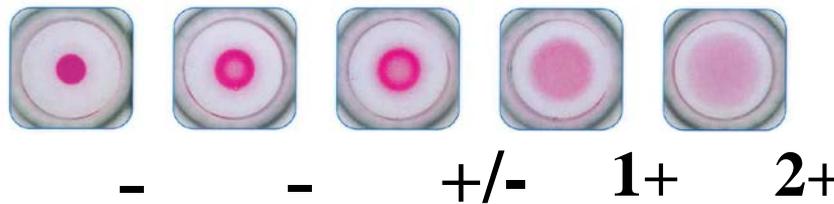
Résultat de la sérologie:  
EIA réactif / **RPR négatif** / TPPA positif.  
Est-ce possible?



*Source: Dr Claude Fortin*



RPR, EIA/CIA, TPPA, FTA-abs, Innolia,  
Western Blot ... Interpréter le résultat de la  
sérologie: un cauchemar?



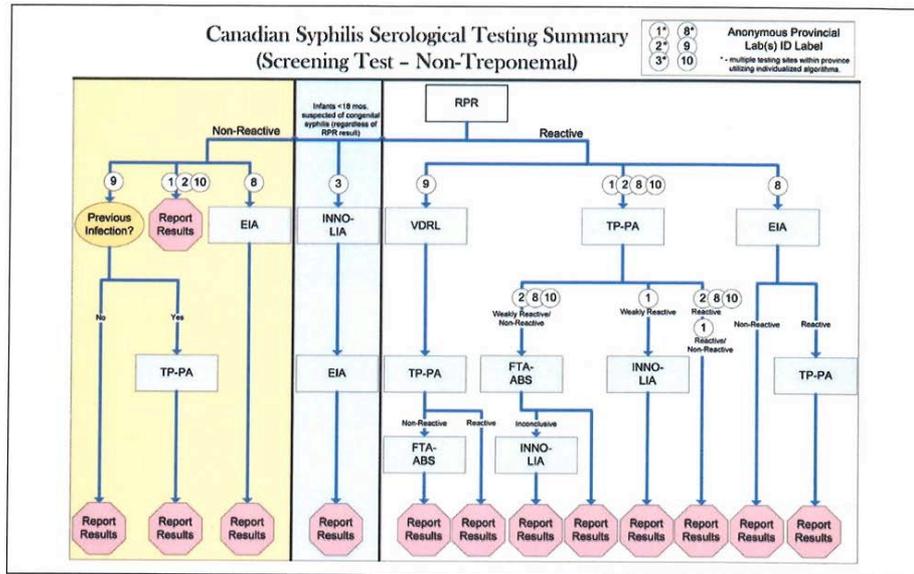


Figure 1) 2009 Canadian syphilis survey serological testing summary for non-treponemal screening (41).

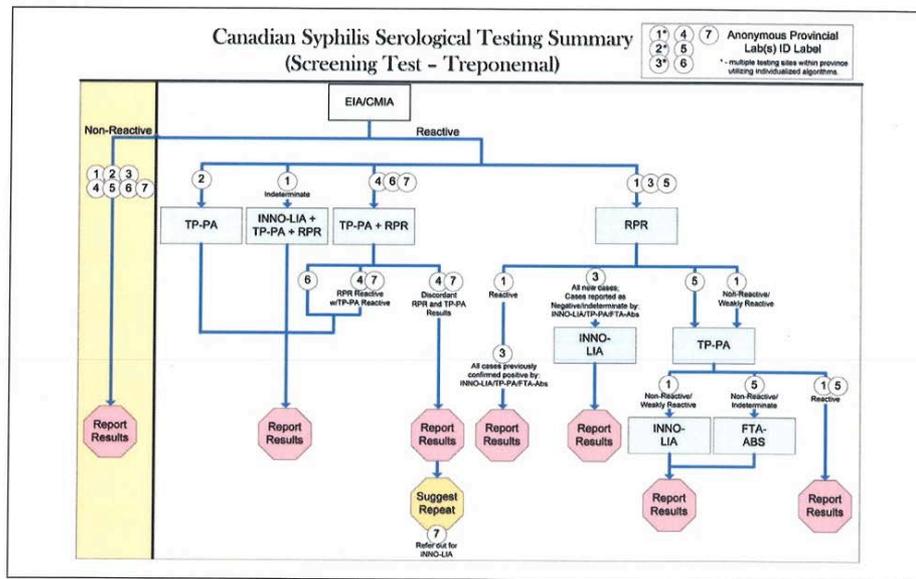
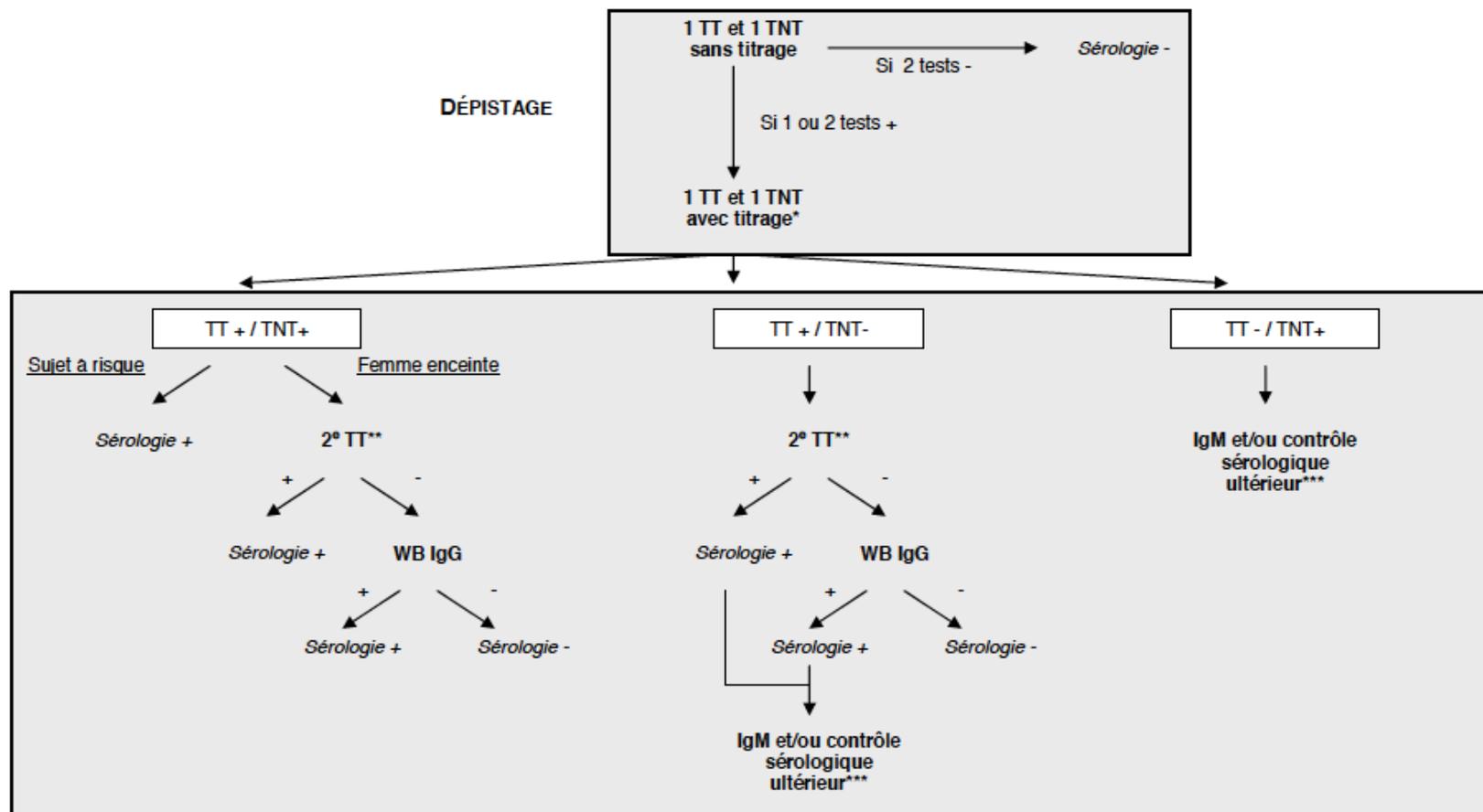


Figure 2) 2009 Canadian syphilis survey serological testing summary for treponemal screening (41)



TT : tests tréponémiques classiques (TPHA, TPPA, FTA-ABS) et Elisa (IgG ou IgG/IgM)  
 TNT : tests non tréponémiques (VDRL, RPR)  
 WB : western-blot  
 Remarque : les tests se font sur le même sérum sauf dans le cas où il est indiqué  
 « contrôle sérologique ultérieur »

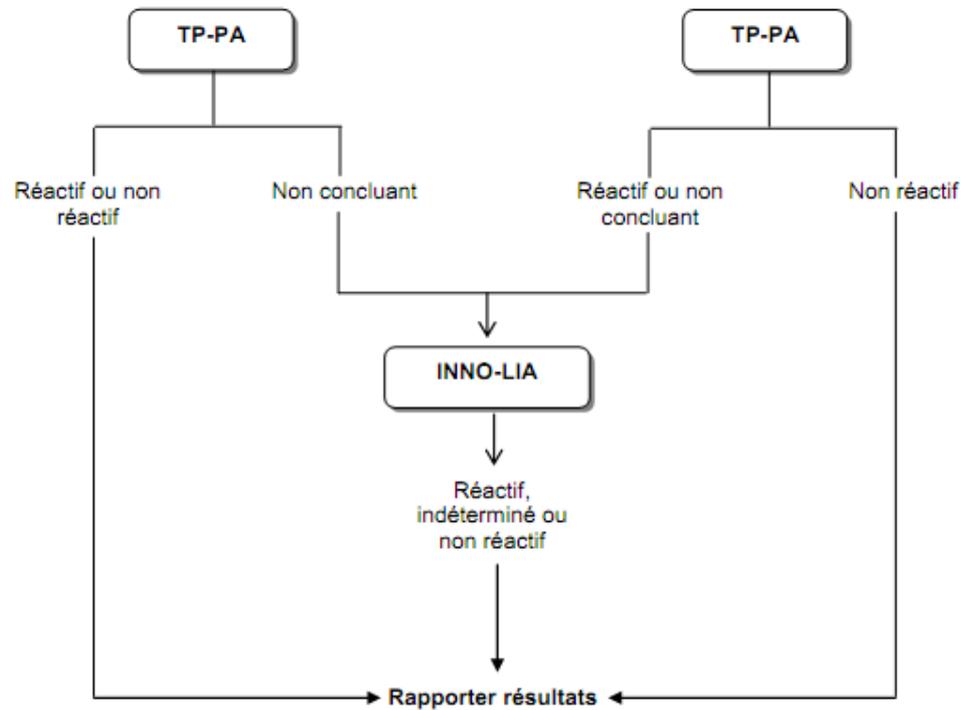
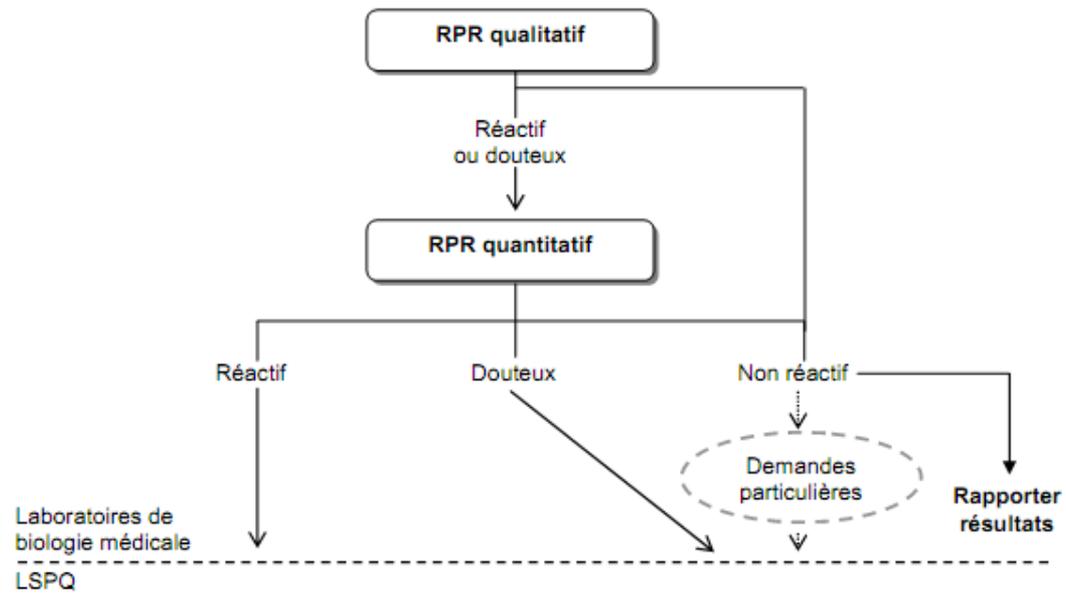
\* pas de titrage du TT si dépistage en Elisa  
 \*\* Elisa si dépistage avec un TT classique, TT classique si dépistage en Elisa  
 \*\*\* option possible en cas de suspicion de syphilis précoce

# Au Québec: deux algorithmes de sérodiagnostic

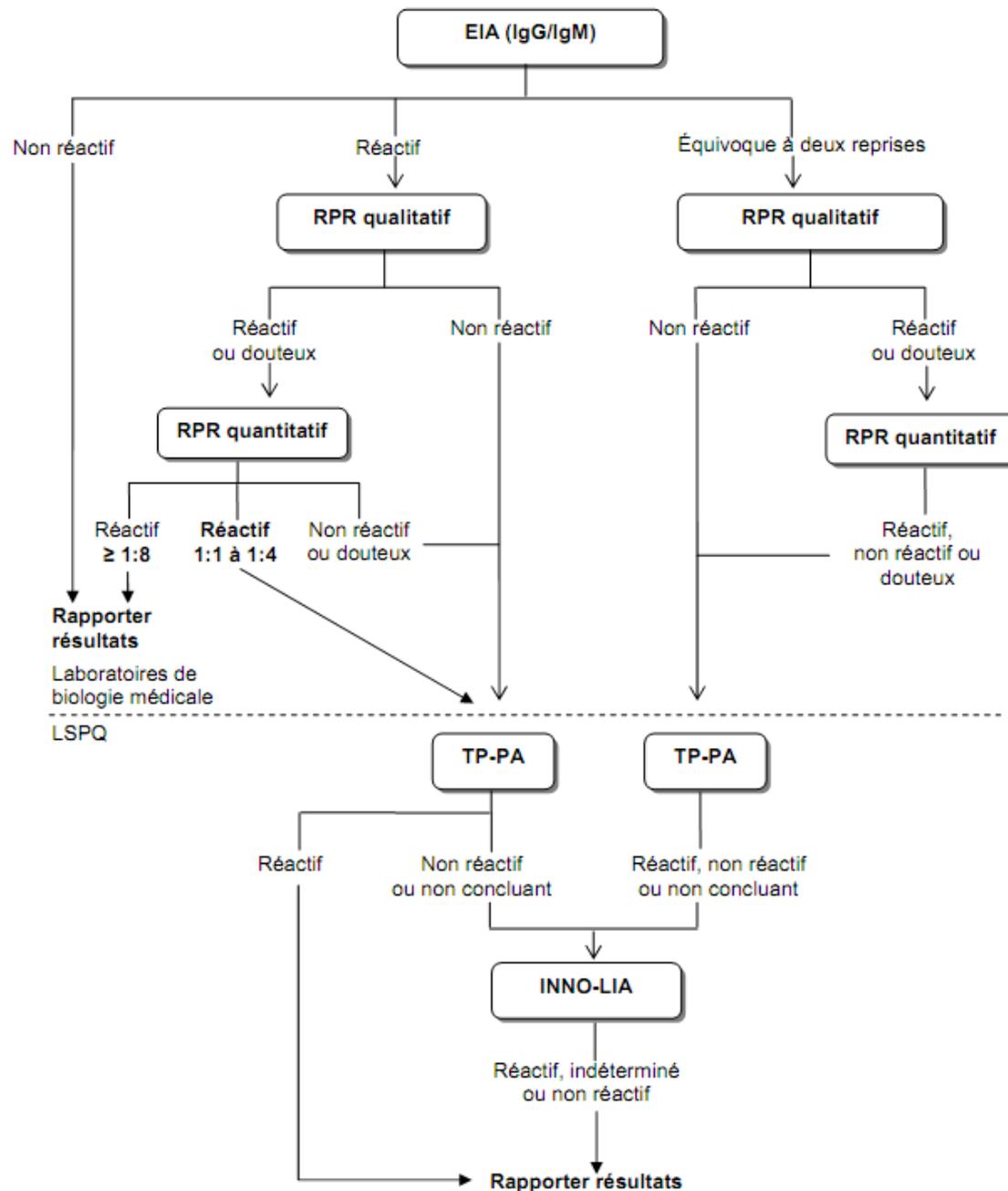
- Algorithme #1 débute par un test non tréponémique (RPR)
  - Test tréponémique (confirmation) lorsque RPR positif
- Algorithme #2 débute par un test tréponémique (EIA ou CIA)
  - Test non tréponémique réalisé lorsqu'EIA/CIA positif
  - Deuxième test tréponémique (confirmation) lorsque RPR négatif ou titre faible ( $<1/8$ )



# Algorithme 1

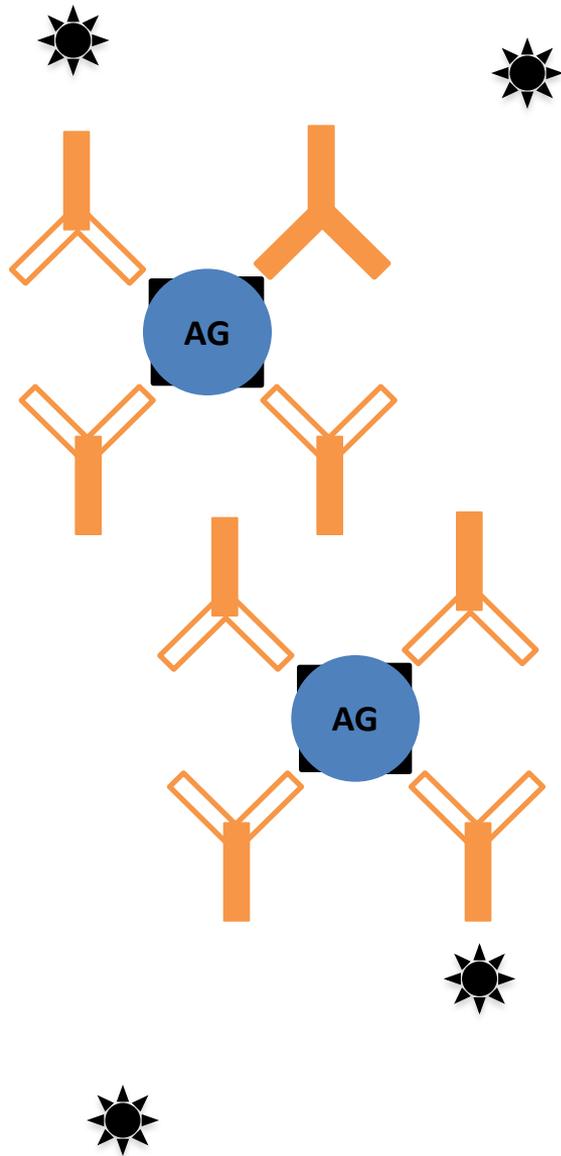


# Algorithme 2

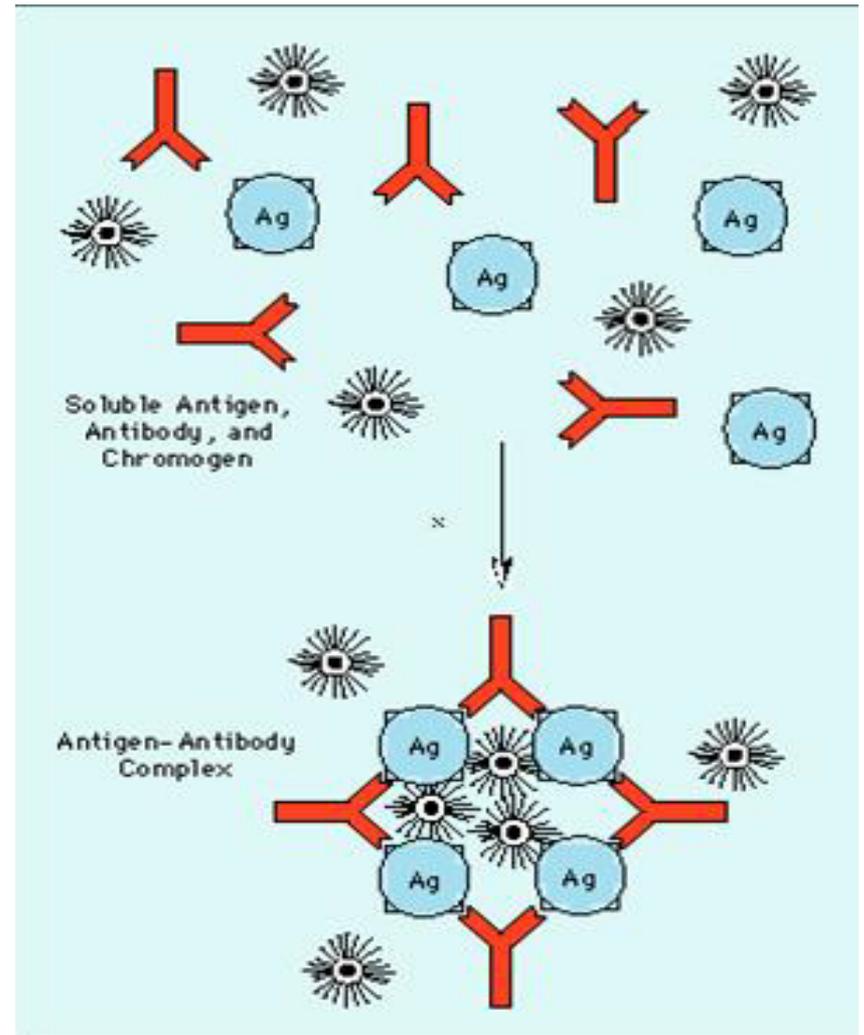


GRILLE D'INTERPRÉTATION DU SÉRODIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS			
RÉSULTAT DES ANALYSES SÉROLOGIQUES			INTERPRÉTATION
RPR	EIA ou CIA	RÉSULTAT DES ÉPREUVES DE CONFIRMATION <sup>1</sup>	
Non réactif	S.O.	S.O.	1) Pas de tréponématose (pas de syphilis). 2) Si une syphilis en phase d'incubation est suspectée, prélever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

PROZONE  
EXCÈS D'ANTICORPS



ZONE D'ÉQUIVALENCE



Source: Morse SA Ed. Atlas of Sexually Transmitted Diseases and AIDS

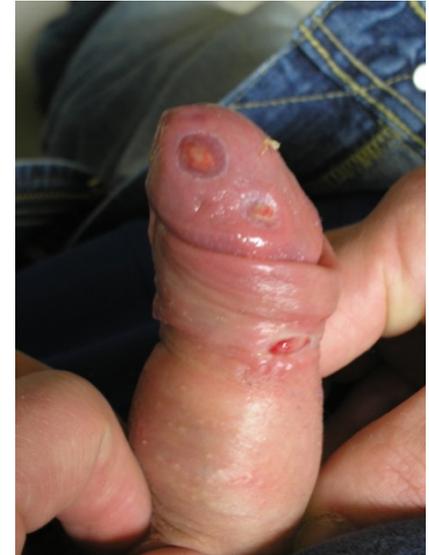
GRILLE D'INTERPRÉTATION DU SÉRODIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS			
RÉSULTAT DES ANALYSES SÉROLOGIQUES			INTERPRÉTATION
RPR	EIA ou CIA	RÉSULTAT DES ÉPREUVES DE CONFIRMATION <sup>1</sup>	
Non réactif	S.O.	S.O.	1) Pas de tréponématose (pas de syphilis). 2) Si une syphilis en phase d'incubation est suspectée, prélever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

# L'infectiologue appelle le microbiologiste...

Après dilution du sérum, le titre de RPR est de 1:64.

Un des ses 25 partenaires des 6 derniers mois a eu un diagnostic de syphilis primaire récemment...

## Quel sera le traitement?



*Source: Dr Claude Fortin*

## Alternatives pour le traitement des syphilis non neurologiques dans un contexte de rupture de stock de benzathine pénicilline +/- doxycycline

Communiqué commun de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), de la Société Française de Dermatologie (SFD), du Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT) et de la Société Française de Lutte contre le SIDA (SFLS)  
10 Février 2014

	Syphilis récente <sup>1</sup>	Syphilis ancienne <sup>2</sup>	Remarques
<b>Benzathine pénicilline G</b>	2,4 M UI 1 injection IM	2,4 M UI 3 injections (J1, J8, J15)	Premier choix, à privilégier si disponible
<b>Doxycycline</b>	100 mg x 2/j x 14 j	100 mg x 2/j x 28 j	Contre-indications: enfants < 8 ans, grossesse
<b>Ceftriaxone</b>	1 g/j x 8-10 jours	?	Spectre large
<b>Minocycline<sup>3</sup></b>	100 mg x 2/j x 14 j	100 mg x 2/j x 28 j	Risque de Dress syndrome (contre-indiqué si peau noire)
<b>Azithromycine<sup>3</sup></b>	2 g prise unique	?	Prévalence des syphilis résistantes élevée dans certains pays, inconnue en France

<sup>1</sup> Syphilis primaire, secondaire, ou latente précoce (la contamination date de moins d'un an, de manière certaine)

<sup>2</sup> Syphilis tardive ou latente (contamination datant de plus d'un an ou impossible à dater)

<sup>3</sup> Dernier recours uniquement (seulement si allergie vraie à la pénicilline + doxycycline indisponible)



- ▶ Compte tenu des rapports d'échec au traitement et du développement de la résistance, l'azithromycine n'est pas recommandée pour le traitement de la syphilis, ni pour la personne atteinte, ni pour ses partenaires.

## TRAITEMENT RECOMMANDÉ<sup>1</sup>

STADE

ANTIBIOTIQUE PRIVILÉGIÉ<sup>2</sup>

SI ALLERGIE À LA PÉNICILLINE<sup>2</sup>

### ADULTES ET ADOLESCENTS DE 14 ANS OU PLUS

Primaire  
Secondaire  
Latent précoce

**Pénicilline G benzathine (Bicillin<sup>MC</sup>L-A) 2,4 millions d'unités, IM, en dose unique**

**Doxycycline<sup>3</sup> (Vibramycine<sup>MC</sup>), 100 mg, PO, BID pour 14 jours**  
OU  
**APRÈS DÉSENSIBILISATION : Pénicilline G benzathine (Bicillin<sup>MC</sup>L-A) 2,4 millions d'unités, IM, en dose unique**

Latent tardif  
Latent de durée inconnue

**Pénicilline G benzathine (Bicillin<sup>MC</sup>L-A) 2,4 millions d'unités, IM, 1 fois par semaine pour 3 doses**

**APRÈS DÉSENSIBILISATION : Pénicilline G benzathine (Bicillin<sup>MC</sup>L-A) 2,4 millions d'unités, IM, 1 fois par semaine pour 3 doses**  
OU  
**Doxycycline<sup>3</sup> (Vibramycine<sup>MC</sup>), 100 mg, PO, BID pour 28 jours**

- ▶ Pour le traitement de la syphilis chez une personne infectée par le VIH, amorcer le traitement en fonction du stade de l'infection selon le tableau de traitement suivant ET orienter cette personne vers un collègue expérimenté en-deçà d'un délai d'une semaine afin de préciser le suivi médical approprié (investigation, traitement, suivi sérologique).

Études rétrospectives de réponse sérologique chez PVVIH réalisées à l'ère de la TARV: succès 70-92%

# One Dose versus Three Weekly Doses of Benzathine Penicillin G for Patients Co-Infected with HIV and Early Syphilis: A Multicenter, Prospective Observational Study

Chia-Jui Yang<sup>1</sup>, Nan-Yao Lee<sup>2</sup>, Tun-Chieh Chen<sup>3,4</sup>, Yu-Hui Lin<sup>5</sup>, Shiou-Haur Liang<sup>6</sup>, Po-Liang Lu<sup>3</sup>, Wen-Chi Huang<sup>7</sup>, Hung-Jen Tang<sup>8</sup>, Chen-Hsiang Lee<sup>7</sup>, Hsi-Hsun Lin<sup>6</sup>, Yen-Hsu Chen<sup>3</sup>, Wen-Chien Ko<sup>2\*</sup>, Chien-Ching Hung<sup>9,10,11\*</sup>

- Étude prospective observationnelle, Taiwan 2007-2012
- 94% HARSAN, 36% CD4<350, 63% sous TARV, 58% syphilis secondaire
- Suivi ad 12 mois: 1 dose (n=291) vs 3 doses (n=278)
- Échec si absence de baisse d'au moins 4 fois le titre de RPR **ou augmentation de 4 fois le titre suite à réponse sérologique**
- Réponse sérologique 67.1% vs 74.8% (p=0.002)
- Facteurs associés à meilleure réponse sérologique: syphilis secondaire, RPR  $\geq$  1:32 et 3 doses de PGB
- Mais... plus de patients dans le groupe « 1 dose » avaient plus d'échecs sur la base d'une augmentation du titre: **réinfections plutôt qu'échecs?**
- Lettre à l'éditeur (CID, Mai 2015) suite à l'étude de Ganesan *et al.*
  - Réanalyse de l'étude de Yang *et al.*: en considérant comme succès l'atteinte de la baisse de 4 fois le titre: réponse 88.1% vs 86.0%

# Recommandations québécoises pour le traitement de la syphilis précoce (infectieuse) chez PVVIH

Traiter avec une seule dose mais si réponse insatisfaisante à 6 mois, administrer 3 doses

*Source: Dr Claude Fortin  
(document sous presse)*

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

Avril 2015

# Suivi de la réponse sérologie

6. Quelle que soit l'alternative proposée, elle doit être impérativement encadrée d'une surveillance stricte de la décroissance du titre de la sérologie VDRL, qui doit être divisée par 4 (2 dilutions), à 6 mois.

GUIDELINES

2014 European guideline on the management of syphilis

M. Janier,<sup>1\*</sup> V. Hegyi,<sup>2</sup> N. Dupin,<sup>3</sup> M. Unemo,<sup>4</sup> G.S. Tiplica,<sup>5</sup> M. Potočnik,<sup>6</sup> P. French,<sup>7</sup> R. Patel<sup>8</sup>

Alternatives pour le traitement des syphilis non neurologiques dans un contexte de rupture de stock de benzathine pénicilline +/- doxycycline

Communiqué commun de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), de la Société Française de Dermatologie (SFD), du Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT) et de la Société Française de Lutte contre le SIDA (SFLS)  
10 Février 2014



STADE	FRÉQUENCE DES RPR	RÉPONSE ATTENDUE
Syphilis primaire	3, 6 et 12 mois après le traitement	Baisse de 4 fois <sup>1</sup> après 6 mois Baisse de 8 fois après 12 mois
Syphilis secondaire	3, 6 et 12 mois après le traitement	Baisse de 8 fois après 6 mois Baisse de 16 fois après 12 mois
Syphilis latente précoce	3, 6 et 12 mois après le traitement	Baisse de 4 fois après 12 mois
Syphilis latente tardive, tertiaire (à l'exception de la neurosyphilis)	12 et 24 mois après le traitement	Consulter un collègue expérimenté
Neurosyphilis	6, 12 et 24 mois après le traitement	
Co-infection par le VIH	3, 6, 12 et 24 mois après le traitement, puis une fois l'an	



Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015

CDC 2015:

- Primaire/secondaire: baisse de 4 fois en 6-12 mois (4 fois en 12-24 mois si VIH)
- Latente précoce avec titre initial > 1/16: baisse de 4 fois en 12-24 mois (4 fois en 24 mois si VIH)

# Devrait-il avoir une ponction lombaire?

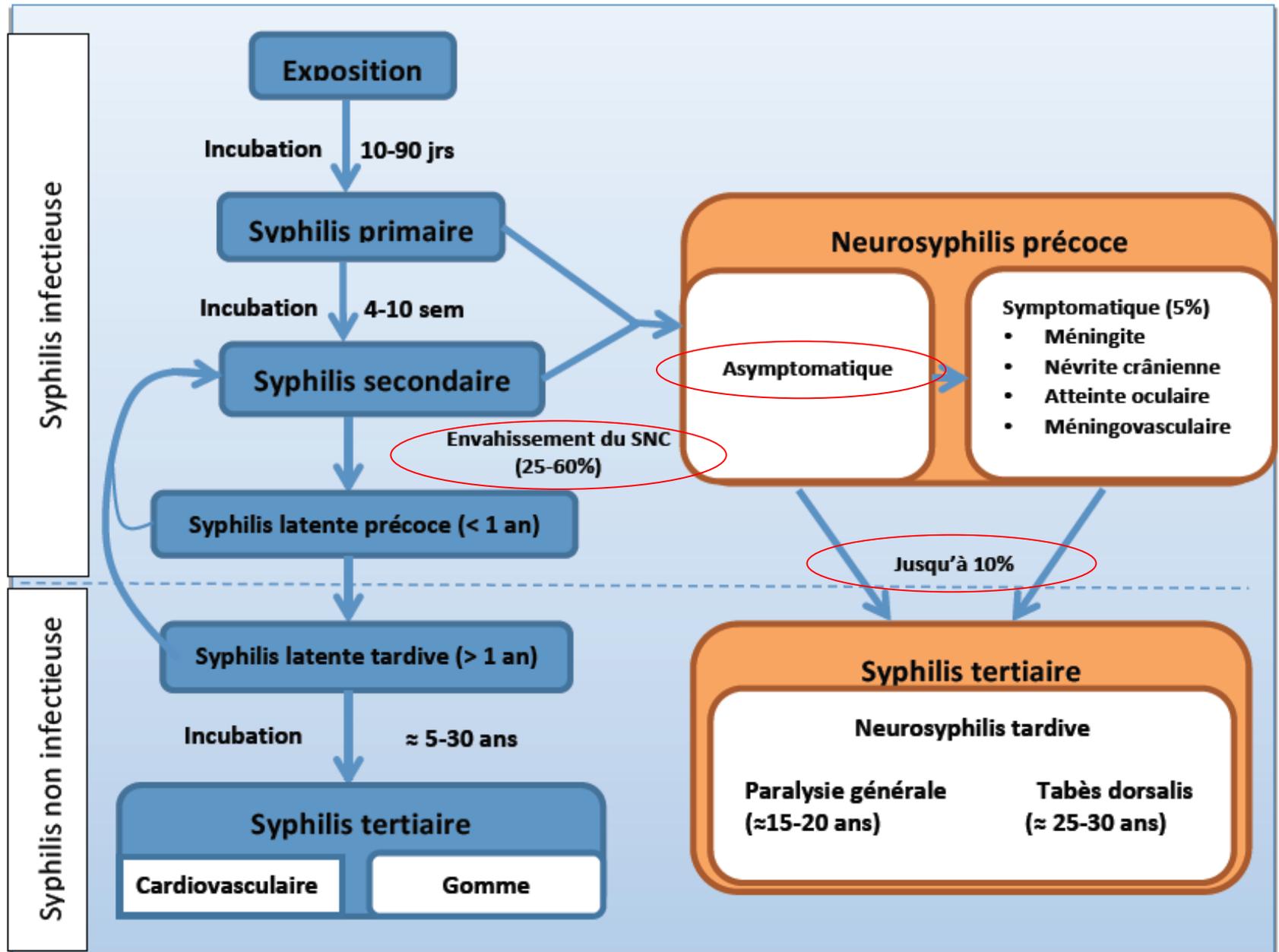


*Source: Dr Claude Fortin*



*Source: Dr Claude Fortin*

**Figure 2. Histoire naturelle de la syphilis**



Source: Dr Claude Fortin (adapté de Golden MR, JAMA 2003; 290: 1510-1514)

# Lignes directrices canadiennes sur les ITS (2010): Indications de PL



- Présence de symptômes ou de signes neurologiques ou ophtalmiques;
  - Syphilis tertiaire (gomme syphilitique ou atteinte cardiovasculaire);
  - Patients ne présentant pas une réponse sérologique adéquate au traitement;
  - Chez les patients atteints du VIH **avec**:
    - des signes ou des symptômes neurologiques,
    - une syphilis latente tardive,
    - un **RPR  $\geq$  1:32**,
    - des taux de lymphocytes **CD4  $<$  350/ $\mu$ L** ou
    - d’une syphilis traitée accompagnée d’une baisse sous-optimale des titres VDRL/RPR.
- Note: Certains experts recommandent un examen du LCR chez tout patient infecté par le VIH;*
- Certains experts recommandent un examen du LCR chez tout patient présentant un RPR  $\geq$  1:32 dilutions.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Au total, selon le groupe de travail :**

- en dehors de l'infection à VIH, les indications de la PL sont celles du CDC reprises également par les dernières recommandations de la Société française de dermatologie (signes neurologiques, oculaires, tertiaires non neurologiques et échec du traitement). Son indication systématique dans les syphilis tardives éventuellement en fonction du taux des TNT n'est pas consensuelle ;
- les indications de la PL chez le sujet VIH+ ne font pas consensus et les données de la littérature ne permettent pas de trancher. Des pratiques hétérogènes sont observées : de la PL systématique à l'absence systématique de PL, et ce parfois en fonction de l'ancienneté de la syphilis (dans les syphilis tardives uniquement pour certains).

- À moins qu'il y ait signes ou symptômes d'atteinte neurologique ou oculaire, **une analyse de routine** du LCS n'est **pas recommandée** pour les personnes avec syphilis primaire ou secondaire (même si PVVIH)

# Études de cohorte: facteurs prédictifs d'obtenir des anomalies au LCS chez PVVIH

- Marra *et al.* JID 2004 (prospective)
- Libois *et al.* STD 2007
- Ghanem *et al.* CID 2009
- Dumaresq *et al.* JCM 2013 (seulement syphilis précoce)

Résultats discordants quant à l'association avec taux de CD4 et titre du RPR

... manque de données probantes démontrant un bénéfice clinique à réaliser une PL chez les patients asymptomatiques, peu importe le stade de la syphilis

Source: Dr Claude Fortin  
(document sous presse)

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

# HARSAH-PVVIH



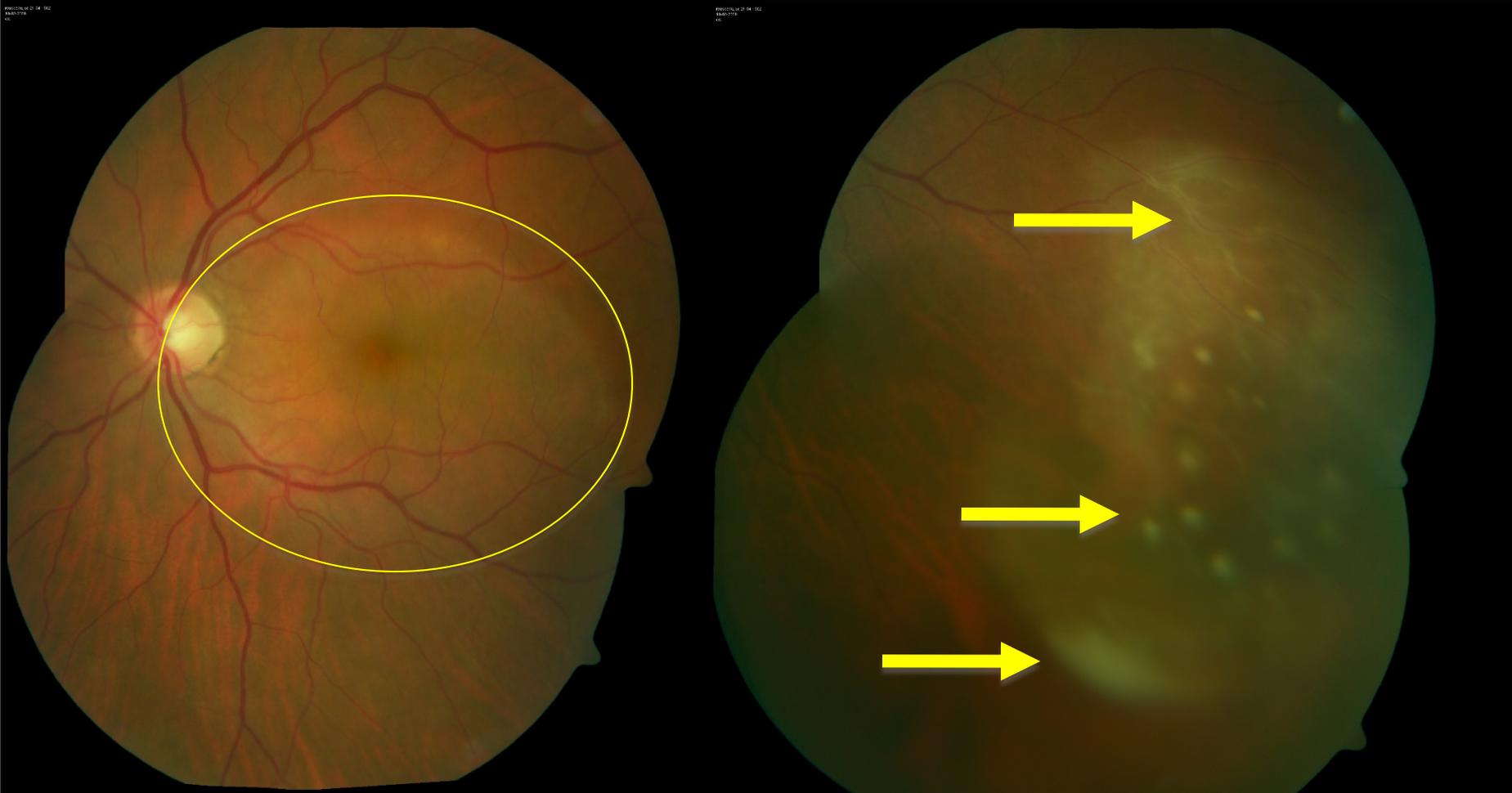
*Source: Dr Claude Fortin*

Mais... en le questionnant à nouveau adéquatement...

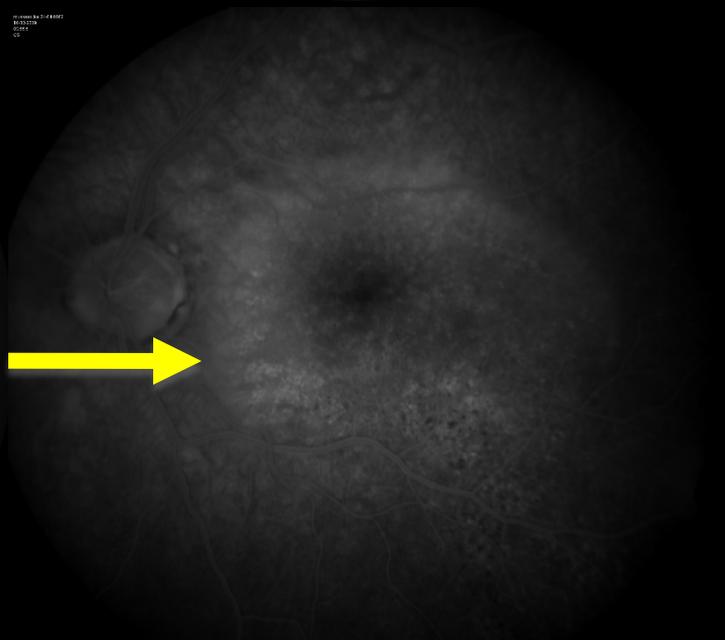
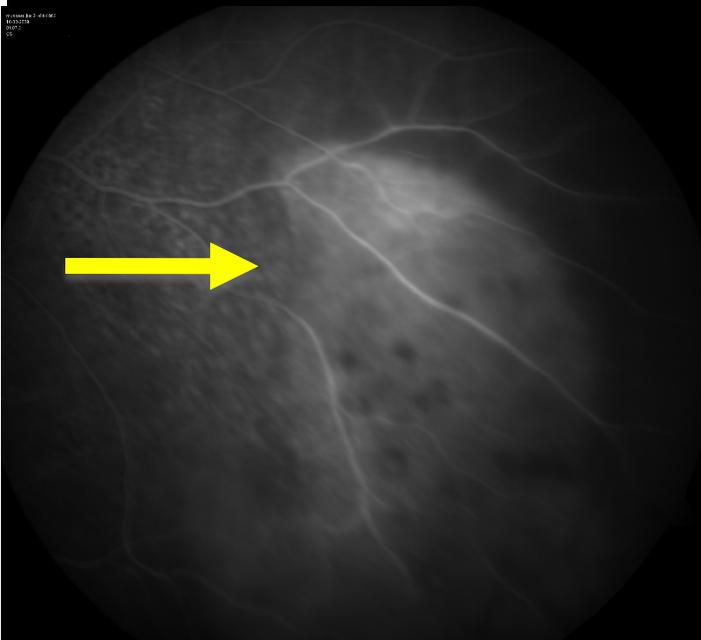
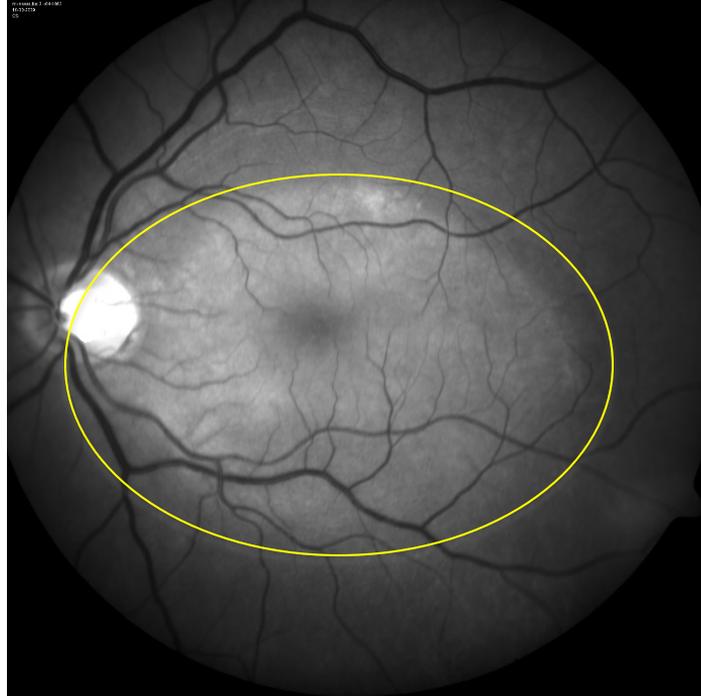


*Source: Dr Claude Fortin*

# Perte d'acuité visuelle



Source: Dr Laurence Jaworski et Dr Marie-Josée Aubin



Source: Dr Laurence Jaworski et Dr Marie-Josée Aubin

# Syphilis

Syphilis	
Facts & Brochures	+
Statistics	+
Treatment and Care	-
<b>Clinical Advisory: Ocular Syphilis in the United States</b>	
Other Resources	
Archive	+

[Sexually Transmitted Diseases \(STDs\)](#) > [Syphilis](#) > [Treatment and Care](#)

## Clinical Advisory: Ocular Syphilis in the United States



**Updated April 16, 2015**

Since December 2014, 24 cases of ocular syphilis have been reported from California and Washington, with several other states reporting potential cases. The majority of cases have been among HIV-infected MSM; a few cases have occurred among HIV-uninfected persons including heterosexual men and women. Several of the cases have resulted in significant sequelae including blindness.

Neurosyphilis can occur during **any** stage of syphilis including primary and secondary syphilis. Ocular syphilis, a clinical manifestation of neurosyphilis, can involve almost any eye structure, but posterior uveitis and panuveitis are the most common. Additional manifestations may include anterior uveitis, optic neuropathy, retinal vasculitis and interstitial keratitis. Ocular syphilis may lead to decreased visual acuity including permanent blindness. While previous research supports evidence of neuropathogenic strains of syphilis, it remains unknown if some *Treponema pallidum* strains have a greater likelihood of causing ocular infections.

- **Clinicians should be aware of ocular syphilis and screen for visual complaints in any patient at risk for syphilis** (MSM, HIV-infected persons, others with risk factors and persons with multiple or anonymous partners).
- **All patients with syphilis should receive an HIV test if status is unknown or previously HIV-negative**

<b>STDs Home Page</b>
<a href="#">Bacterial Vaginosis (BV)</a>
<a href="#">Chlamydia</a>
<a href="#">Gonorrhea</a>
<a href="#">Genital Herpes</a>

	1°	2°	3°	Congénitale
Paupière	Chancre	Blépharite Madarose	Gommes	
Conjonctive	Chancre	Conjonctivite papillaire	Conjonctivite granulomateuse	
Glande lacrymale		Dacryocystite Dacryoadénite		
Sclère et épisclère		Sclérite Épisclérite	Sclérite Épisclérite	Épisclérite limbique adjacente à KI
Cristallin		Cataracte	Cataracte	Cataracte
Cornée		Kératite	Kératite interstitielle (unilat.)	Kératite interstitielle (bilat.)
Iris		Nodules	Gommes	
CA		Uvéite antérieure	Uvéite antérieure	Glaucome Kératouvéite
Vitré		Vitriite	Vitriite	
Rétine		Rétinite DR exsudatif Périvasculite	Rétinite DR exsudatif Vasculite Occlusions artérielles et veineuses Oedème maculaire Pseudo-RP	Rétinite sel et poivre
Choroïde		Choriorétinite	Choriorétinite	
NO		Neurorétinite	Neurorétinite Atrophie optique	<i>Source: Dr Laurence Jaworski</i>

- 1584 patients avec test tréponémique positif aux laboratoires de l'HMR et du CHUM
  - 337 avec visite en ophtalmologie
  - Atteinte possiblement reliée à syphilis: **n=91**
  
- 80% hommes
- 30% HARSAH, 13% hétérosexuel, 2% bisexuel
  - 55 % données non disponibles

# Symptômes de présentation oculaire

- Baisse d'AV (**le + fréquent**)
- Douleur, rougeur, photophobie (Sx uvéite antérieure aiguë)
- Flashes et flottants
- Autres (diplopie, scotome, perte de champ visuel)

# Diagnostics ophtalmologiques

□ 12,1%

□ 30,8%

□ 12,1%

□ 16,5%

□ 14,3%

□ 19,8%

rétrobulbaire,  
optique, papillite)

□ 35,2%

ischémique,

**Kératite interstitielle**

**Uvéite antérieure**

**Uvéite intermédiaire**

**Uvéite postérieure**

(rétinite, vasculite, choroïdite multifocale)

**Panuvéite**

**Atteinte nerf optique**

(œdème, névrite optique  
neuropathie)

**Autre diagnostic ophtalmologique**

(épisclérite, sclérite, syndrome oculaire  
paralysie VI, neurosyphilis)

# Ponction lombaire

- Réalisée chez 55%
- Anomalies:
  - Protéines élevées: 39%
  - Globules blancs élevés: 24%
  - VDRL positif: 11% (mais plusieurs données manquantes)

Syphilitic uveitis or other ocular manifestations (e.g., neuroretinitis and optic neuritis) can be associated with neurosyphilis. A CSF examination should be performed in all instances of ocular syphilis, even in the absence of clinical neurologic findings. Ocular syphilis should be managed in

# Coinfection par le VIH

- Déjà connus PVVIH: **26%**
- Positif de novo: **8%**
- Négatif: **29%**
- Non précisé: **37%**

if a CSF examination is normal. In instances of ocular syphilis and abnormal CSF test results, follow-up CSF examinations should be performed to assess treatment response.

## Recommended Regimen

### Neurosyphilis and Ocular Syphilis

**Aqueous crystalline penicillin G** 18–24 million units per day, administered as 3–4 million units IV every 4 hours or continuous infusion, for 10–14 days

benzathine penicillin, 2.4 million units IM once per week for up to 3 weeks, can be considered after completion of these neurosyphilis treatment regimens to provide a comparable total duration of therapy.

Limited data suggest that ceftriaxone 2 g daily either IM or IV for 10–14 days can be used as an alternative treatment for persons with neurosyphilis (426,427). Cross-sensitivity

# Intervention préventive auprès des cas index et auprès de leurs partenaires sexuels (IPPAP)

**LES PARTENAIRES SEXUELS, IL FAUT S'EN OCCUPER !**

Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) et auprès de leurs partenaires (IPPAP)

**POURQUOI AVOIR RECOURS À L'IPPAP ?**

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

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

Si les personnes atteintes d'une ITS ne bénéficient pas du soutien d'un professionnel, jusqu'à 60 % de leurs partenaires ne seront pas avisés de leur exposition. Un grand nombre de ces partenaires demeureront asymptomatiques, mais pourront transmettre l'infection et présenter ultérieurement des complications.

**QU'EST-CE QUE L'IPPAP ?**

L'IPPAP est une intervention qui vise à soutenir les personnes atteintes d'une ITS pour qu'elles avisent leurs partenaires de leur exposition à une ITS et de la nécessité pour eux d'être évalués, dépistés et traités.

**À QUI S'ADRESSE L'IPPAP ?**

**L'IPPAP s'adresse à toutes les personnes atteintes d'une ITS ou d'un syndrome clinique compatible avec ce type d'infection**

Le counseling post-test, qui propose du soutien à la personne atteinte d'une ITS afin qu'elle avise ses partenaires, suffit dans plusieurs cas<sup>1</sup>. Certaines situations nécessitent toutefois une intervention plus intense, généralement offerte par un professionnel mandaté par la santé publique. Pour les ITS à déclaration obligatoire, chaque direction de santé publique détermine quelles sont les situations prioritaires en fonction des données probantes et des données épidémiologiques. Les modalités d'intervention varient selon les régions.

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

**L'IPPAP s'adresse aussi à tous les partenaires sexuels exposés (partenaires réguliers ou occasionnels et partenaires d'une nuit)**

Les partenaires sexuels de personnes ayant reçu un diagnostic d'ITS doivent être évalués, dépistés et traités (traitement épidémiologique) le plus rapidement possible. Le traitement épidémiologique est administré d'emblée aux partenaires sexuels exposés, avant la réception de leurs résultats d'analyse de laboratoire et même s'ils n'ont pas de symptômes. Le traitement doit être administré aux partenaires sexuels exposés même si leurs résultats d'analyse sont négatifs.

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

**LE CLINICIEN JOUE UN RÔLE ESSENTIEL DANS L'IPPAP**

Dans la plupart des situations, le rôle du clinicien consiste à :

- aborder le sujet avec la personne atteinte dès la visite initiale (counseling prétest);
- établir avec la personne, au moment de la transmission des résultats, la liste de tous les partenaires sexuels à joindre en fonction de la période de contagiosité propre à l'ITS en cause (voir la section « Les partenaires à joindre en fonction de la période de contagiosité »);
- discuter des façons de procéder à la notification :
  - si la personne atteinte veut aviser elle-même ses partenaires : examiner avec elle les difficultés possibles et les solutions envisageables,
  - si la personne atteinte préfère ne pas aviser elle-même ses partenaires : lui proposer le soutien d'une tierce personne (p. ex. : ami, infirmière, médecin, professionnel de la santé publique);
- préparer la personne à aviser ses partenaires (voir la section « Comment préparer la personne atteinte à aviser ses partenaires ? »);
- diriger la personne atteinte vers un professionnel de la santé publique, au besoin;
- faire un suivi auprès de la personne atteinte afin de s'assurer que ses partenaires ont effectivement été avisés, si le clinicien le juge à propos;
- offrir d'évaluer et de traiter les partenaires ou indiquer quels sont les services disponibles dans la région pour l'évaluation et le traitement des partenaires.

13-508-095W @ Gouvernement du Québec 2014

**Québec** 

Collaboration entre les cliniciens de première ligne et les professionnels de santé publique: condition essentielle à la lutte contre la syphilis.

# Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!

Infections	Partenaires à joindre: partenaires qui ont eu un contact sexuel avec la personne atteinte	
Syphilis primaire et secondaire	<p>Primaire</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• jusqu'à 3 mois avant le début des symptômes</li><li>• jusqu'à 4 mois et une semaine avant le diagnostic si la date du début des symptômes est inconnue</li></ul>	<p>Secondaire</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• jusqu'à 6 mois avant le début des symptômes</li><li>• jusqu'à 8 mois avant le diagnostic si la date du début des symptômes est inconnue</li></ul>
Syphilis latente précoce	<ul style="list-style-type: none"><li>• pendant qu'elle avait des symptômes</li><li>• avant la fin du traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• jusqu'à 1 an avant le début des symptômes</li><li>• avant la fin du traitement ou moins de 7 jours après un traitement unidose</li></ul>	

Disponible sur le site internet du MSSS:

[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-308-09W.pdf>]

# Dépistage de la syphilis

Indications et fréquence

### Chez qui dépister la syphilis acquise ?

- Proposer le dépistage de la syphilis :
  - aux hommes ayant des rapports sexuels non protégés avec des hommes, fellation comprise
  - aux travailleurs du sexe ayant des rapports non protégés (fellation comprise)
  - aux personnes ayant des rapports non protégés (fellation comprise) avec des travailleurs du sexe
  - lors du diagnostic ou en cas d'antécédent de gonococcie, de lymphogranulomatose vénérienne et d'infection à VIH
  - aux personnes ayant des rapports non protégés (fellation comprise) avec plusieurs partenaires par an
  - aux migrants en provenance de pays d'endémie (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique du Sud)
  - lors d'une incarcération
  - après un viol

# ITSS À RECHERCHER SELON LES FACTEURS DE RISQUE DÉCELÉS (à titre indicatif)

FACTEURS DE RISQUE ✓ : DÉPISTAGE RECOMMANDÉ ✓) : DÉPISTAGE RECOMMANDÉ DANS CERTAINES SITUATIONS	ITSS À RECHERCHER					
	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	Infection gonococcique	Syphilis	Infection par le VIH	Hépatite B <sup>1</sup>	Hépatite C
<i>La personne qui a eu des relations sexuelles non protégées avec une personne appartenant à l'un ou l'autre des groupes 2, 3, 5, 6, 7 ou 15 devrait se soumettre aux mêmes analyses que si elle faisait partie de ce groupe. Cela ne s'applique généralement pas pour l'hépatite C, dont la transmission sexuelle dans les couples hétérosexuels est rare.</i>						
CRITÈRES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET FACTEURS LIÉS AUX COMPORTEMENTS SEXUELS						
1. Personne de 25 ans et moins sexuellement active sans autre facteur de risque	Femme	✓	✓			
	Homme	✓	(✓ <sup>2</sup> )			
2. Personne ayant un nouveau partenaire sexuel ou plus d'un concurremment depuis le dernier dépistage	Femme	✓	✓			
	Homme	✓				
3. Personne ayant eu un partenaire anonyme ou plus de trois partenaires sexuels au cours de la dernière année		✓	✓	✓	✓	
4. Personne originaire d'une région où les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques <sup>3</sup>			(✓ <sup>4</sup> )	(✓ <sup>4</sup> )	✓	✓
5. Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes		✓	✓	✓	✓	(✓ <sup>5</sup> )
6. Travailleur ou travailleuse du sexe et ses clients		✓	✓	✓	✓	
7. Personne incarcérée ou l'ayant été				✓	✓	✓
8. Personne qui a eu un partenaire sexuel originaire d'une région où les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques <sup>3</sup>			✓	✓	✓	
9. Partenaire sexuel d'une personne vivant avec le VIH				✓		
DIAGNOSTIC D'ITSS <sup>6</sup>						
10. Personne ayant reçu un diagnostic <sup>7</sup> d'infection gonococcique, de syphilis, de LGV, d'infection par le VIH <sup>8</sup> , d'hépatite B ou d'hépatite C <sup>9</sup>		✓	✓	✓	✓	(✓ <sup>10</sup> )
11. Répéter le dépistage de l'infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> trois à six mois après le traitement d'une personne ayant reçu un diagnostic d'infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>		✓				
12. Répéter le dépistage de l'infection gonococcique trois à six mois après le traitement d'une personne ayant reçu un diagnostic d'infection gonococcique		✓	✓			

# Syphilis à rechercher selon les facteurs de risque

- Personne ayant eu **un partenaire anonyme ou >3 partenaires sexuels** au cours de la dernière année
- Personne originaire d'une région où les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques, si la personne est sexuellement active
  - Personne qui a eu un partenaire sexuel originaire d'une région où les ITS bactériennes, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C sont endémiques
- HARSAH
- Travailleur ou travailleuse du sexe et ses clients
- Personne ayant reçu un diagnostic d'infection gonococcique, de LGV d'hépatite B
- Femme enceinte : Bilan prénatal de base chez toutes les femmes
  - Répéter le dépistage si on note une nouvelle exposition, la persistance d'un comportement à risque ou si le partenaire présente un facteur de risque
- **Personne demandant un dépistage après un counseling prétest, même en l'absence de facteur de risque dévoilé : rechercher les infections pour lesquelles la personne demande un dépistage**

### Chez qui dépister la syphilis acquise ?

- Adapter le rythme de répétition du dépistage selon les situations à risque (du dépistage unique en cas de prise de risque ponctuelle au dépistage régulier, au minimum une fois par an, en cas de prise de risque récurrente).



GUIDE QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE

infections transmissibles  
sexuellement et par le sang

Mars à juin 2014

Québec

Il est recommandé d'offrir un dépistage au moins une fois par année :

- aux personnes pour qui un dépistage est indiqué (voir le tableau 1 – ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés, groupes 1, 4 à 6, 9 et 15) ;
- aux partenaires sexuels d'une personne appartenant aux groupes 2, 3, 5 à 7 et 15.

#### 8.4.3 Fréquence accrue du dépistage en présence de facteurs de risque

L'offre de dépistage pourra être plus fréquente si l'évaluation du risque permet de déceler l'une des caractéristiques suivantes :

- personne atteinte d'ITSS à répétition ;
- personne ayant des partenaires sexuels multiples, c'est-à-dire ayant eu plus de trois partenaires sexuels dans la dernière année.

Lorsque des facteurs de risque sont présents de manière continue ou répétée, il est recommandé d'offrir un dépistage tous les trois à six mois. La présence de facteurs de risque peut être ponctuelle ou, plus souvent, refléter des habitudes de vie.

Santé  
et Services sociaux

Québec



### Chez qui dépister la syphilis acquise ?

- Proposer le dépistage de la syphilis :
  - aux hommes ayant des rapports sexuels non protégés avec des hommes, fellation comprise
  - aux travailleurs du sexe ayant des rapports non protégés (fellation comprise)
  - aux personnes ayant des rapports non protégés (fellation comprise) avec des travailleurs du sexe
  - lors du diagnostic ou en cas d'antécédent de gonococcie, de lymphogranulomatose vénérienne et d'infection à VIH
  - aux personnes ayant des rapports non protégés (fellation comprise) avec plusieurs partenaires par an
  - aux migrants en provenance de pays d'endémie (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique du Sud)
  - lors d'une incarcération
  - après un viol
- Adapter le rythme de répétition du dépistage selon les situations à risque (du dépistage unique en cas de prise de risque ponctuelle au dépistage régulier, au minimum une fois par an, en cas de prise de risque récurrente).

Vous posez un diagnostic de syphilis primaire chez une femme enceinte au troisième trimestre, avec une histoire d'allergie sévère à la pénicilline. Quel traitement prescrirez-vous?

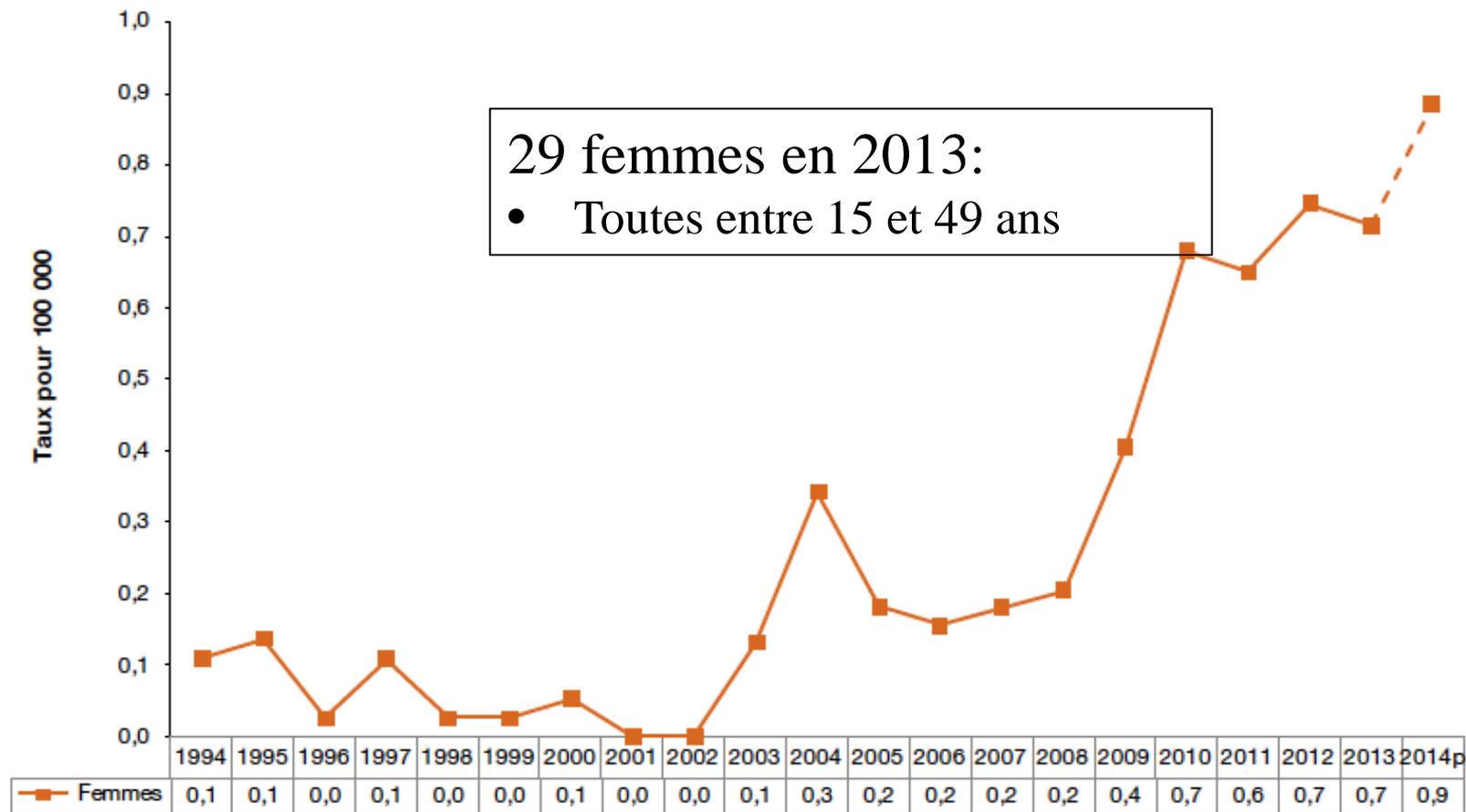
- a) Pénicilline benzathine après désensibilisation
- b) Doxycycline
- c) Ceftriaxone
- d) Azithromycine

Merci!

# Syphilis et grossesse

Figure 10

Syphilis infectieuse<sup>38</sup> : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 1994 à 2014p<sup>39</sup>



Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre le 5 août 2014 (1994 à 2013) et le 27 octobre 2014 (projections 2014).

Les femmes qui n'ont pas de facteur de risque et qui ne connaissent pas ceux de leurs partenaires sexuels, ne sont pas rejointes par le dépistage ciblé de la syphilis. Elles doivent être avisées rapidement d'une possible exposition et recevoir un traitement approprié le cas échéant.

# 1<sup>er</sup> cas de syphilis congénitale au Québec en Janvier 2011, depuis 10 ans

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal

Québec

Direction de santé publique

18 février 2011

Aux obstétriciens et gynécologues, médecins de famille,  
microbiologistes-infectiologues et sages femmes

Aux médecins et au personnel infirmier intervenant auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes  
(HARSAH)

## Situation

- En janvier dernier la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal a reçu une déclaration de syphilis congénitale chez un bébé alors âgé de 3 mois. Le tableau clinique comprenait des lésions érythémateuses desquamantes aux quatre membres, une hypotonie des membres supérieurs, ~~de la rhinite, un retard de croissance, une atteinte osseuse, une hépatosplénomégalie et de l'anémie.~~
- La mère d'origine canadienne française n'a jamais manifesté de signes ou de symptômes compatibles avec la syphilis. Alors qu'elle était enceinte de 4 mois, une épreuve ELISA s'est révélée non-réactive.
- Le père de l'enfant a reçu un diagnostic de syphilis de stade secondaire à l'été 2009 et a été traité.

## Épidémiologie

- Le dernier cas documenté de syphilis congénitale chez un bébé né au Québec d'une mère québécoise remonte à l'année 2000. Au Canada, un total de 39 cas de syphilis congénitale ont été déclarés entre 2005 et 2009.
- Le nombre de cas de syphilis en phase infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'une année) a littéralement explosé au Québec, au cours des dernières années, passant de 3 cas en 1998 à 511 cas en 2010.
- Plus de 90% des cas touchent des HARSAH. Environ 3,1% des HARSAH montréalais ayant présenté une syphilis en phase infectieuse entre 2002 et 2009 auraient eu des relations sexuelles avec des femmes au cours de l'année précédant leur diagnostic.
- Peu élevé depuis le début de la résurgence de la syphilis en phase infectieuse au Québec, le nombre de cas féminins a cependant fortement augmenté en 2009 et 2010 (les trois quarts de ces cas concernaient des femmes en âge de procréer).

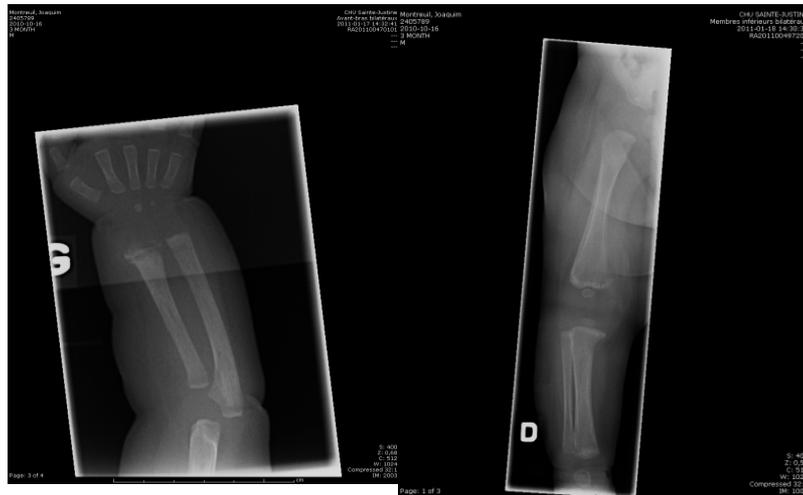
**Syphilis congénitale**  
**Bébé né d'une mère québécoise – premier**  
**cas depuis 10 ans**

**APPEL À LA VIGILANCE**

# Syphilis Congénitale



**Desquamation péribuccale**



**Réactions périostées os longs**



**Rash/Desquamation palmoplantaire**

Vous posez un diagnostic de syphilis primaire chez une femme enceinte au troisième trimestre, avec une histoire d'allergie sévère à la pénicilline. Quel traitement prescrirez-vous?

- a) Pénicilline benzathine après désensibilisation
- b) Doxycycline
- c) Ceftriaxone
- d) Azithromycine

## Review

# Treatment of Syphilis A Systematic Review

Meredith E. Clement, MD; N. Lance Okeke, MD; Charles B. Hicks, MD

**JAMA** November 12, 2014 Volume 312, Number 18

Risks associated with the Jarisch-Herxheimer reaction in pregnant women may be significant, including induction of early labor or fetal distress. Pregnant women should be warned about this potential outcome prior to treatment, but therapy should not be delayed or withheld. Alternatives to penicillin are not recommended because of potential fetal toxicity (doxycycline) or failure of treatment to cross the placenta (azithromycin). There is limited evidence suggesting that parenteral ceftriaxone is effective, but no controlled trials have been performed.<sup>7,101</sup>

## GUIDELINES

### 2014 European guideline on the management of syphilis

M. Janier,<sup>1\*</sup> V. Hegyi,<sup>2</sup> N. Dupin,<sup>3</sup> M. Unemo,<sup>4</sup> G.S. Tiplica,<sup>5</sup> M. Potočnik,<sup>6</sup> P. French,<sup>7</sup> R. Patel<sup>8</sup>

*First line option for treatment of early syphilis (i.e. acquired  $\leq 1$  year previously).*

- Benzathine penicillin G (BPG) 2.4 million units IM single dose (or 1.2 million units in each buttock) [I; B]  
Note: some specialists recommend two doses of BPG 2.4 million units (day 1 and 8) but this is not sufficiently evidence based.<sup>88-90</sup>  
Patients should be kept for 30 min clinical review after injection.

Centers for Disease Control and Prevention  
**MMWR**  
Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3

## Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015

### Recommended Regimen

Pregnant women should be treated with the penicillin regimen appropriate for their stage of infection.

**INESS**  
LE SAVOIR PREND FORME

MISE À JOUR JANVIER 2014  
TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE  
ITSS

SYPHILIS

## FEMMES ENCEINTES OU QUI ALLAITENT

Primaire  
Secondaire  
Latent précoce  
Latent tardif  
Latent de durée  
inconnue

Amorcer le traitement avec une dose de pénicilline G benzathine (Bicillin<sup>MC</sup>L-A) 2,4 millions d'unités, IM  
ET  
**Orienter la femme vers un collègue expérimenté en-deçà d'un délai d'une semaine pour évaluer la pertinence de poursuivre le traitement.**

**Orienter la femme vers un collègue expérimenté en-deçà d'un délai d'une semaine**  
ET  
Le traitement avec la pénicilline G benzathine (Bicillin<sup>MC</sup>L-A), après une désensibilisation, devrait être favorisé.

## Protocole de désensibilisation orale à la pénicilline V

NB. : 1 comprimé de 300 mg de Pen V = 500 000 unités

### Préparation

- a. Écraser 1 comprimé de Pen V dans un mortier et mouiller la poudre avec 2 mL de glycérine. Ajouter graduellement 8 mL de sirop simple et compléter ad 50 mL avec de l'eau stérile pour une concentration de 10 000 unités/mL (conserver) – *Étape 2 du protocole de désensibilisation de 10 000 unités/mL*. Faire les 3 seringues de l'étape 2; étiqueter.
- b. Prendre 2 mL (20 000 unités) de la solution préparée au point (a) et rediluer avec 18 mL d'eau stérile (total 20 mL) pour une concentration de 1 000 unités/mL – *Étape 1 du protocole de désensibilisation 1 000 unités/mL*. Faire les 7 seringues de l'étape 1; étiqueter.
- c. Écraser 3 comprimés de Pen V (1 500 000 unités) dans un mortier et mouiller avec 2 mL de glycérine. Ajouter 5 mL de sirop simple et 11,75 mL d'eau stérile (total 18,75 mL) – *Étape 3 du protocole de désensibilisation 80 000 unités/mL*. Préparer les 4 seringues de l'étape 3; étiqueter.

### Étapes du protocole de désensibilisation

Préparer les 14 seringues pour administration orale la veille de l'épreuve de désensibilisation. Les conserver au frigo de la distribution puis servir le jour même.  
Le contenu des seringues est dilué dans environ 30 mL d'eau puis administré par la bouche.

### Protocole de désensibilisation orale pour les patients dont le test cutané est positif

#### Étape

Après désensibilisation, la pénicilline doit être maintenue de façon continue. Une fois le traitement complété, si la pénicilline est à nouveau requise dans le futur, la procédure de désensibilisation doit être recommencée.

sensibilisation pénicilline).

*Source: Michel Savoie, pharmacien*

# 2014 European guideline on the management of syphilis

M. Janier,<sup>1,\*</sup> V. Hegyi,<sup>2</sup> N. Dupin,<sup>3</sup> M. Unemo,<sup>4</sup> G.S. Tiplica,<sup>5</sup> M. Potočnik,<sup>6</sup> P. French,<sup>7</sup> R. Patel<sup>8</sup>

*JEADV* 2014, 28, 1581–1593

## Table 1 Syphilis screening in Europe

### Primary screening test

Option 1: a TT (TPHA, MHA-TP, TPPA or EIA/CIA)

Option 2: a NTT (ideally **quantitative**) (RPR or VDRL)

Option 3: both a TT and a NTT

### Confirmatory test(s) on the same serum if any screening test is positive

Option 1: another TT of a different type AND a quantitative NTT if second TT is positive

Option 2: a TT

Option 3: NTT must be performed quantitatively

Parmi les profils sérologiques suivants,  
lequel est impossible?

- a) EIA syphilis positif et RPR 1/4096
- b) EIA syphilis positif, RPR négatif et TPPA positif
- c) EIA syphilis positif, RPR négatif et TPPA négatif
- d) EIA syphilis positif et RPR 1/8

# Clinical Prediction and Diagnosis of Neurosyphilis in HIV-Infected Patients with Early Syphilis

Jeannot Dumaresq,<sup>a</sup> Stéphanie Langevin,<sup>b</sup> Simon Gagnon,<sup>b</sup> Bouchra Serhir,<sup>c</sup> Benoît Deligne,<sup>d</sup> Cécile Tremblay,<sup>b,c</sup> Raymond S. W. Tsang,<sup>e</sup> Claude Fortin,<sup>b,f</sup> François Coutlée,<sup>b,f</sup> Michel Roger<sup>b,f,g</sup>

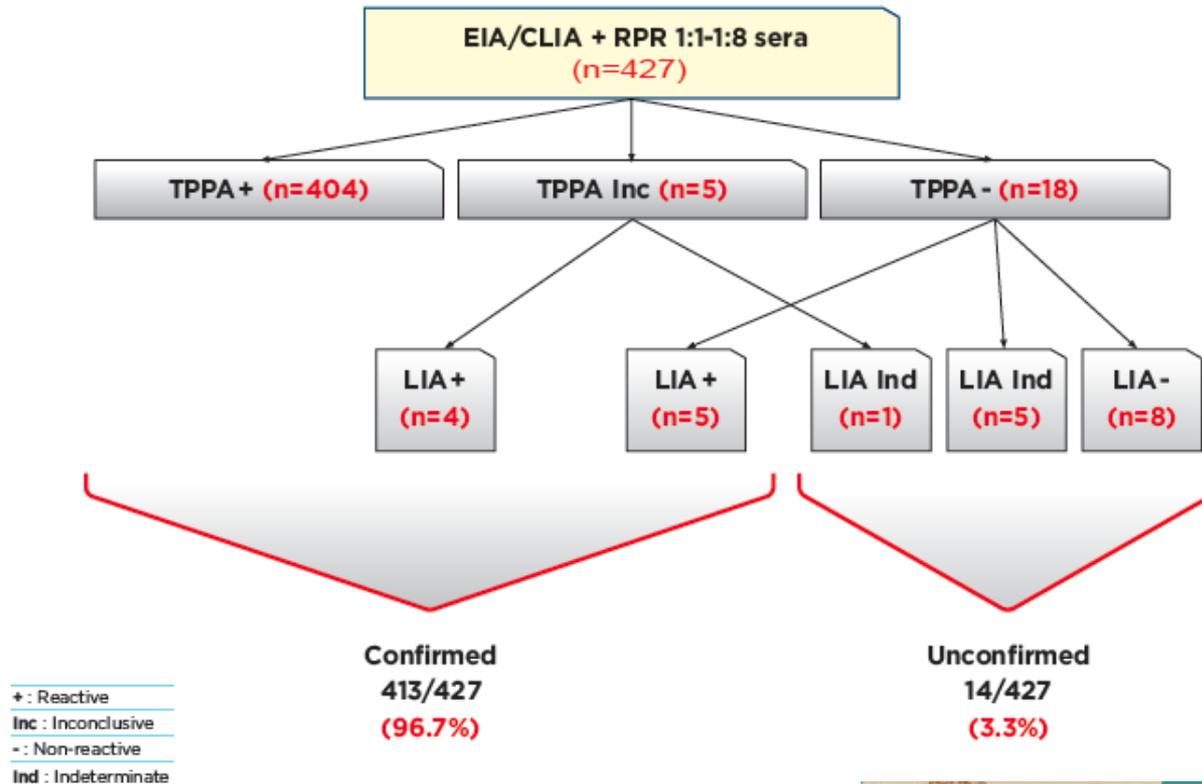
- Étude rétrospective 2006-2009
- N=122 avec syphilis récente (primaire 2, secondaire 60, latente <1 an 60)
- Définition de neurosyphilis: VDRL+ ou GB >20/ul (n=30; 25%)

**TABLE 2** Clinical and laboratory characteristics and their association with NS in univariate analysis<sup>a</sup>

Patient and laboratory characteristics	Data by NS status:		P	Crude OR (95% CI) <sup>b</sup>
	With NS (n = 30)	Without NS (n = 92)		
Median age (range) (yr)	39 (22–66)	43 (23–64)	0.034	0.95 (0.90–0.99)
Stage of syphilis (n [%])			0.400	
Primary	1 (3)	1 (1)		
Secondary	17 (57)	43 (47)		
Early latent	12 (40)	48 (52)		
ART (n [%]) <sup>c</sup>	10 (33)	75 (82)	<0.001	0.11 (0.05–0.29)
Viral load $\geq$ 50 (n [%])	21 (70)	24 (26)	<0.001	7.44 (2.88–19.18)
CD4 cell count				
Mean (range)	333 (30–560)	464 (80–1,180)	0.004	0.52 (0.33–0.82)
$\leq$ 500 (n [%])	27 (90)	57 (62)	0.008	5.53 (1.54–19.83)
$\leq$ 350 (n [%])	18 (60)	29 (32)	0.007	3.26 (1.38–7.71)
$\leq$ 200 (n [%])	4 (13)	8 (9)	0.334	1.61 (0.45–5.80)
RPR titers <sup>d</sup>				
Median (range)	256 (32–8,192)	128 (4–8,192)	0.639	
$\geq$ 1:16 (n [%])	30 (100)	86 (94)	0.364	41.86 (0.34–>1,000)
$\geq$ 1:32 (n [%])	30 (100)	82 (89)	0.119	73.17 (0.63–>1,000)
$\geq$ 1:64 (n [%])	28 (93)	75 (82)	0.154	3.17 (0.69–14.63)
$\geq$ 1:128 (n [%])	22 (73)	55 (60)	0.200	1.85 (0.75–4.60)
$\geq$ 1:256 (n [%])	16 (53)	45 (49)	0.834	1.19 (0.52–2.73)
Symptoms (n [%])				
Any	24 (80)	32 (35)	<0.001	7.50 (2.75–20.43)
Headache	14 (47)	18 (20)	0.004	3.60 (1.47–8.78)
Visual	14 (47)	10 (11)	<0.001	7.18 (2.69–19.16)
Hypoacusis	5 (14)	11 (12)	0.533	0.82 (0.21–3.15)

# Est-ce que des cas EIA/CIA+ et RPR à faible titre pourraient être mal classifiés?

Figure 2: Results of confirmatory tests according to the provincial reverse sequence algorithm



# Résultats (2012-2013)

**Tableau 1 Résultats de confirmation des sérums EIA réactifs avec titre de RPR entre 1:1 et 1:8**

Titre du RPR des sérums EIA réactifs	Nombre de sérums	Nombre de sérums non réactifs aux tests de confirmation du LSPQ (faux positifs)
1:1	142	11 (7,7 %)
1:2	124	2 (1,6 %)
1:4	97	1 (1,0 %)
1:8	64	0 (0 %)
<b>TOTAL</b>	<b>427</b>	<b>14 (3.3%)</b>

Depuis ce temps...

72/852 sérums (8.5%) EIA/CIA + et RPR + à des titres 1:1 à 1:4 ne sont pas confirmés au Laboratoire de santé publique du Québec (TPPA- et Innolia-)



Source: Dr Mirabelle Kelly