	Proposition de procédure médicale	
	RESEAU PERINAT GUYANE	PROTOCOLE GYN OBST N°21
	Syphilis et grossesse	
Rédigée par : Dr Gabriel Carles		Date de diffusion : 18/11/2014
Vérifié par : Anne Louison	Version : 1	Validé par le conseil scientifique en date du 17 octobre 2014
approuvé par :	Modifié le :	Total pages : 3

Avertissement : La présente procédure est une proposition du Réseau PERINAT GUYANE. Elle ne sera considérée comme effective que lorsqu'elle aura été validée par le ou les responsables médicaux concernés de chaque structure du Réseau.

SA : semaines d'aménorrhées

Introduction

L'agent de la syphilis (*tréponéma pallidum*) peut se transmettre de la mère au fœtus et le risque de contamination augmente avec l'âge gestationnel et est d'autant plus fréquent que la syphilis maternelle est récente.

Les tréponématoses non vénériennes (pian,...) ont disparu de Guyane mais leur réintroduction reste possible.

Le dépistage est obligatoire en début de grossesse, un 2^{ème} dépistage peut être proposé, comme pour le VIH, au 6^{ème} mois en cas de facteurs de risque.

RAPPEL CLINIQUE

Syphilis primaire

Incubation de 3 semaines après le contact sexuel

Marquée par le chancre : ulcération à base indurée et indolore avec adénopathies inguinales. Passe souvent inaperçu chez la femme (col, vagin).

Syphilis secondaire

Apparaît 4 à 6 semaines après le chancre et signe la dissémination de la maladie.

- * signes généraux : fièvre, asthénie
- * signes muqueux : plaques décapillées linguales, perlèche
- * signes cutanés : éruption polymorphe, érythème palmo-plantaire, alopecie
- * adénopathies diffuses
- * signes biologiques : élévation de la CRP et des transaminases

Cette phase dure de quelques mois à 1 an

Syphilis tertiaire

Après une phase de latence de plusieurs années, peuvent apparaître des atteintes du système nerveux (tabès), des os et des gros vaisseaux.

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

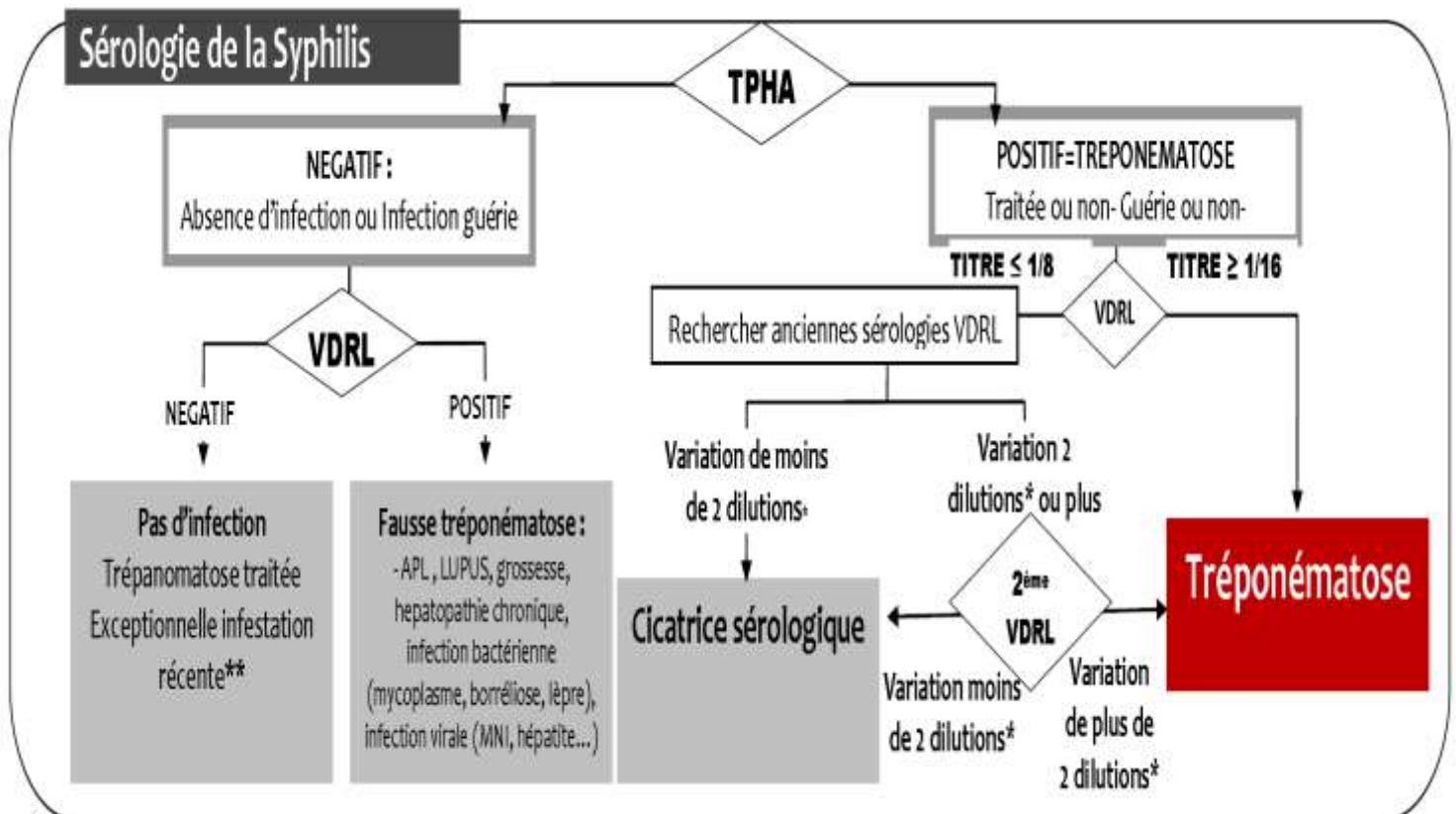
1 – Recherche des tréponèmes au microscope à fond noir sur des prélèvements de lésions érosives.

2 – Diagnostic sérologique :

* TPHA : spécifique des tréponématoses, se positive au 8^{ème}-10^{ème} jour du chancre, pas de valeur quantitative, se négative rarement (sauf si traitement très précoce)

* VDRL : non spécifique des tréponématoses (peut se positiver dans d'autres affections), se positive au 8^{ème}-10^{ème} jour après contage, a une valeur quantitative pour le suivi de la maladie

* FTA-IgM : se positive au 5^{ème} jour, intérêt au cordon pour le diagnostic de syphilis congénitale.



TRANSMISSION MATERNO-FŒETALE

Le tréponème peut traverser le placenta à partir de 14-16 SA.

Le risque d'infection fœtale augmente :

- avec le terme
- dans la période précoce de la maladie
- en cas de séropositivité VIH associée

La transmission verticale est estimée à 29% en cas de syphilis primaire, à 59% en cas de syphilis secondaire non traitée, à 13% en cas de phase de latence de plus d'un an. Lorsque la syphilis n'a pas été traitée au 1^{er} trimestre, le risque de mortalité périnatale est estimé à 40%.

En cas d'infection foétale, 35% des enfants vont naître avec des symptômes d'infection et 2/3 des enfants atteints seront asymptomatiques.

Signes échographiques évocateurs :

- anasarque, ascite, œdème sous-cutané, signe d'anémie foétale
- épaissement placentaire
- hydramnios
- hépatosplénomégalie, intestin hyperéchogène
- mort foétale in utero

Signes cliniques chez le nouveau-né

- signes précoces : hypotrophie, écoulement nasal, hépatosplénomégalie, ictère, éruptions maculo-papuleuses, signes osseux
- signes tardifs : anomalies dentaires, kératite interstitielle, surdité...

PRISE EN CHARGE MATERNELLE

Le traitement repose sur la pénicilline retard : Benzathine-Pénicilline : EXTENCILLINE® à 2,4 M

Le traitement devra être le plus précoce possible le plus souvent devant la découverte d'une sérologie positive : 2 injections IM de 2,4 M d'Extencilline à une semaine d'intervalle, la 1^{ère} injection devra être précédée 1h avant d'une injection IM de Célestène 4mg pour prévenir la réaction d'Herxheimer dangereuse pour le fœtus (cas de mort foétale in utero).

Recherche de co-infections et traitement du partenaire impératifs.

La surveillance sérologique est le plus souvent inutile sauf en cas d'infection VIH associée

A la naissance

- anapath du placenta
- sérologie tréponématose + FTA IgM au cordon
- bilan et traitement du nouveau-né selon protocole de Néonatalogie

CONCLUSION

La syphilis est en recrudescence dans plusieurs parties du monde. Le plus grand risque est de ne pas y penser devant des signes cutanéomuqueux ou échographiques car il s'agit d'une des rares foetopathies curables si traitement précoce.