

Syphilis à la Réunion



Page 2-7 | Investigation |

Recrudescence de la syphilis à la Réunion :
résultats d'une enquête rétrospective
2004-2008

Page 7-9 | Investigation |

Investigation épidémiologique autour de cas de
syphilis récente et congénitale à la Réunion,
2004-2009

Page 10-12 | Investigation |

La syphilis congénitale à la Réunion,
2004-2009

Page 12 | Surveillance |

Proposition d'extension du système de surveil-
lance de la syphilis à la Réunion



| Editorial |

Laurent Filleul, Responsable de la Cellule de l'Institut de Veille Sanitaire en région Océan Indien

La syphilis est une infection sexuellement transmissible due à une bactérie, le tréponème pâle (identifié en 1905). La transmission peut également se faire de la mère à son enfant au cours de la grossesse. L'incidence de cette pathologie qui diminuait dans le monde après la seconde guerre mondiale, est en recrudescence depuis 2000 dans la plupart des pays développés. La France, qui n'est pas épargnée par ce phénomène, observe également une augmentation du nombre de cas de syphilis ces dernières années.

Depuis 2008, plusieurs signalements ont été faits aux autorités sanitaires rapportant une augmentation du nombre de cas de cette pathologie à la Réunion. Ce bulletin de veille sanitaire thématique sur la syphilis présente les résultats de différentes études menées suite à ces signalements.

Il apparaît ainsi que la recrudescence de la syphilis est avérée à la Réunion et aucun secteur sanitaire de l'île n'est épargné. Si cette pathologie a concerné dans un 1^{er} temps des populations spécifiques : des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, des sujets infectés par le VIH, des personnes marginalisées, ou des sujets incarcérés, il est maintenant observé une augmentation de

l'incidence de la maladie chez les jeunes, quel que soit leur sexe, hétérosexuels et séronégatifs pour le VIH.

L'apparition depuis 2008 de plusieurs cas de syphilis congénitale, entraîne une certaine inquiétude sur le dépistage et la prise en charge de la maladie chez les femmes enceintes. Dans la période à venir, une attention particulière envers la population (sensibilisation et information) mais également envers les professionnels de santé (formation, sensibilisation, meilleure coordination des services) va être nécessaire pour une implication globale dans la lutte contre cette maladie.

Enfin, au regard de la situation épidémiologique à la Réunion, il apparaît aujourd'hui nécessaire de renforcer le système de surveillance de cette pathologie sur l'ensemble de l'île afin de suivre son évolution au cours du temps, de mieux connaître les caractéristiques des malades pour mieux prévenir la maladie, mais également pour évaluer les actions de prévention menées actuellement sur l'île. Ces campagnes de prévention visant à sensibiliser le public ont déjà été initiées à la Réunion et doivent donc se poursuivre. Elles doivent cependant aller au-delà de la syphilis et concerner bien entendu l'ensemble des infections sexuellement transmissibles.

Recrudescence de la syphilis à la Réunion : résultats d'une enquête rétrospective 2004-2008

Renault P¹ (philippe.renault@ars.sante.fr), Boidin E¹, D'Ortenzio E¹, Balleydière E¹, Filleul L¹

¹ Cire Océan Indien, Institut de veille sanitaire, Saint-Denis, la Réunion, France

1/ INTRODUCTION

Après la fin de la deuxième guerre mondiale, l'incidence de la syphilis avait beaucoup diminué dans la plupart des pays développés, jusqu'à pratiquement disparaître [1]. Ainsi, aux USA, le plus faible taux d'incidence historique était enregistré en l'an 2000 [2]. En France, cette baisse de l'incidence a conduit les pouvoirs publics à abroger la déclaration obligatoire des maladies vénériennes, dont la syphilis, à compter de juillet 2000 (ordonnance 2000-548 du 15 juin 2000). Mais, depuis l'an 2000, on observe une résurgence de la syphilis dans ces mêmes pays, ayant d'abord touché des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et en majorité infectés par le VIH, puis, plus récemment, des hétérosexuels [1]. La résurgence de cette infection sexuellement transmissible (IST) n'a pas épargné la France, tant en métropole qu'outremer [3-6]

A la Réunion, une enquête auprès des laboratoires d'analyse de biologie médicale avait été réalisée sur la période 2000-2003 pour connaître la situation épidémiologique de l'infection. Cette étude n'avait pas mis en évidence d'évolution de la prévalence des résultats positifs aux tests sérologiques de la syphilis au cours des 3 années étudiées et ne retrouvait pas d'élément en faveur de l'existence d'une recrudescence de la syphilis dans l'île [7].

Le premier signal d'alerte concernant une suspicion de recrudescence des cas de syphilis à la Réunion date de 2008 et provenait à la fois d'un dermatologue libéral et du service d'immunologie clinique du Centre hospitalier Félix Guyon (Saint-Denis). Il a conduit à la réalisation d'une investigation épidémiologique sur l'ensemble de l'île concernant la période 2004 - 2008 dont cet article présente les résultats.

2/ OBJECTIFS

Les objectifs de cette étude étaient de confirmer l'existence d'une recrudescence des cas de syphilis récente et d'en préciser les caractéristiques afin d'en déduire des recommandations pour la prévention et la surveillance de la maladie dans l'île.

3/ MÉTHODE

Le schéma d'étude retenu était celui d'une étude descriptive rétrospective. Elle a porté sur les deux établissements du Centre hospitalier régional, au Nord et au Sud de l'île et les dermatologues libéraux. Afin d'explorer la problématique dans sa totalité, les données de la dispensation d'Extencilline® ont été utilisées comme indicateur de l'incidence de la syphilis traitée en médecine de ville [8].

L'enquête hospitalière

L'enquête hospitalière s'est intéressée aux patients ayant eu une sérologie TPHA ET VDRL positive entre le 01/01/04 et le 31/07/08.

Après identification par le biologiste, les dossiers médicaux de ces patients ont été consultés pour préciser le caractère récent ou non de l'infection. Les données suivantes ont été recueillies : caractéristi-

ques sociodémographiques (sexe, âge, lieu de naissance, lieu et type de résidence, activité professionnelle), présentation clinique lors de la prescription des examens biologiques, résultats des examens biologiques, antécédent de tréponématose endémique, antécédents d'infections sexuellement transmissibles, données comportementales : orientation sexuelle, utilisation du préservatif, nombre de partenaires, prostitution, toxicomanie intraveineuse. Les définitions de cas utilisées étaient celles de l'InVS lors des investigations précédentes [6]. L'algorithme de classement des cas à partir des résultats biologiques et/ou des données cliniques a été réalisé à partir des recommandations existantes [9;10].

L'enquête auprès des dermatologues libéraux

Parallèlement, chaque dermatologue libéral de l'île devait établir un relevé du nombre de cas de syphilis primaire et secondaire diagnostiqués entre le 01/01/06 et le 12/08/08. Les coordonnées des dermatologues libéraux ont été identifiées à partir du fichier Adeli et de l'édition 2008-2009 de l'Annuaire de la Santé pour la Réunion. Une lettre leur a été individuellement adressée précisant les définitions de cas et leur demandant de remplir et de retourner un tableau de recueil du nombre de cas de syphilis primaire et secondaire par sexe et par année de diagnostic. Une lettre de relance a été envoyée aux non répondants, suivie de relances téléphoniques pour ceux qui n'avaient pas répondu à la lettre de relance.

La dispensation d'Extencilline®

Les données concernant la consommation mensuelle, exprimée en nombre de boîtes pour les trois présentations, ont été obtenues par l'Inspection régionale de la pharmacie de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales auprès de l'assurance maladie pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2004 et le 30 juin 2008. Elles ne prennent en compte que les délivrances effectuées en pharmacies de ville mais ne préjugent pas du mode d'exercice du prescripteur qui peut être libéral ou salarié, hospitalier notamment.

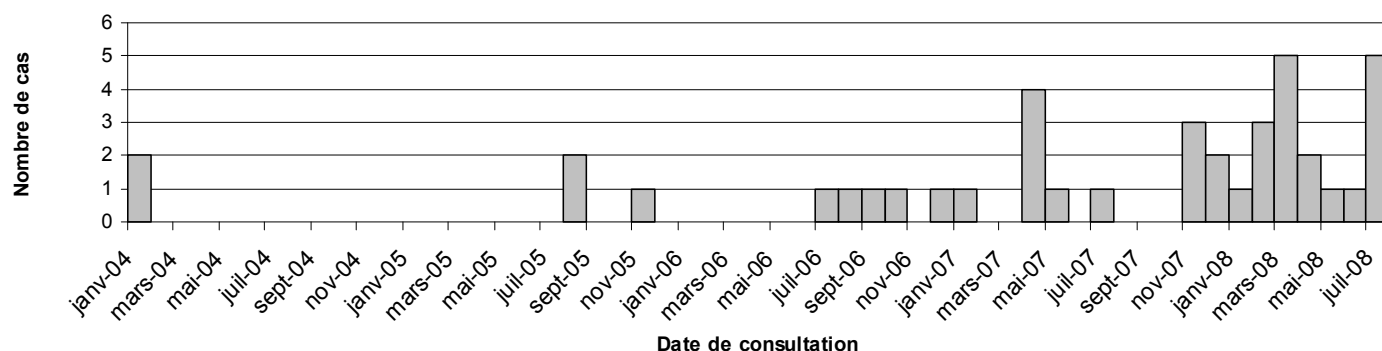
4/ RÉSULTATS

L'enquête hospitalière

Au total, 121 dossiers ont pu être consultés sur une liste de 138 dossiers éligibles établie par les biologistes. Sur les 121 dossiers consultés, 40 présentaient des caractéristiques correspondant aux définitions de cas et ont été retenus. Pour 54 dossiers, les données cliniques et biologiques, en particulier l'évolution dans le temps des sérologies tréponémiques et non-tréponémiques, ont permis d'exclure formellement la possibilité d'une syphilis récente. En ce qui concerne les 27 derniers dossiers, les données fournies étaient trop incomplètes pour retenir ou écarter le diagnostic de syphilis récente. Sur les 40 dossiers de syphilis récente, on dénombrait 6 cas de syphilis primaire, 19 cas de syphilis secondaire et 7 syphilis latentes précoces. Pour 8 dossiers, il n'a pas été possible de préciser le stade de la maladie (séroconversion documentée pendant la période d'étude mais précédemment à plus d'un an d'intervalle et absence d'élément clinique).

| Figure 1 |

Répartition mensuelle par date de consultation des cas de syphilis récente, enquête hospitalière, la Réunion, 01/01/2004 au 31/07/2008 (N=40)



La répartition temporelle par date de consultation ayant permis de porter le diagnostic des 40 cas de syphilis récente montrait une nette tendance à l'augmentation à partir de juillet 2006 et surtout depuis le début de l'année 2008 (Figure 1).

Les cas de syphilis récente résidaient principalement dans le Nord-ouest de l'île. Ainsi, plus de 80 % des cas étaient domiciliés dans les 7 communes inclusivement comprises entre Saint-André et Saint-Paul (Figure 2).

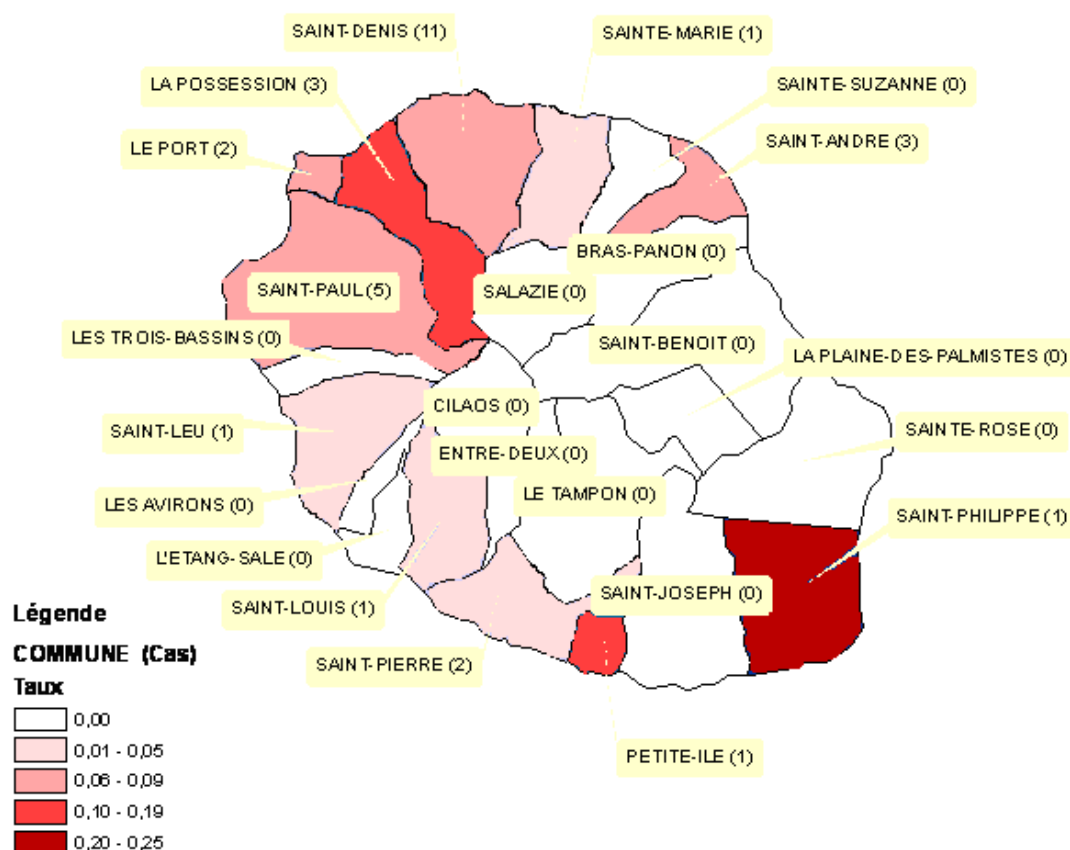
Le sex-ratio H/F était de 12,3 et l'âge moyen était de 37,5 ans [min = 17 ; max = 62]. La classe d'âge la plus touchée était celle des 30-39

ans. Les classes d'âge allant de 20 à 49 ans représentaient plus de 80% des cas. Les deux tiers des cas de syphilis récente exerçaient une activité professionnelle (n=22). Plus de 90 % des cas de syphilis récente étaient nés en France, dont 44,1% à la Réunion.

Si l'on prend en compte la répartition par lieu de naissance de la population vivant à la Réunion, le taux d'attaque le plus élevé concernait la population née en métropole. Plus de trois fois sur quatre, les cas de syphilis récente résidaient à leur domicile personnel mais une forte minorité était en prison lors de la consultation ayant permis de porter le diagnostic.

| Figure 2 |

Répartition par commune de résidence des cas de syphilis récente et taux d'incidence cumulée de l'enquête hospitalière, du 01/01/2004 au 31/07/2008 (N=31)



Le tableau 1 résume les principales caractéristiques sociodémographiques des cas.

| Tableau 1 |

Caractéristiques sociodémographiques des cas de syphilis récente, enquête hospitalière, la Réunion, 01/01/2004 au 31/07/2008

Syphilis récente		
Sexe (N=40)	N	%
Masculin	37	92,5
Féminin	3	7,5
Classe d'âge (N=40)	N	%
0 – 9	0	0
10 – 19	2	5
20 – 29	8	20
30 – 39	13	32,5
40 – 49	12	30
50 – 59	3	7,5
60 – 69	2	5
70 et plus	0	0
Activité professionnelle (N=33)	N	%
Actif	22	66,7
Sans profession	11	33,3
Lieu de naissance (N=34)	N	Taux d'attaque /100 000
France Réunion	15	2,5
France métropole	14	21,7
Autre DOM-TOM et étranger	5	14,9
Type de résidence (N=38)	N	%
Logement personnel	29	76,3
Prison	8	21,1
Sans domicile	1	2,6

Dans 63,2% des cas de syphilis récente, la présence de signes évocateurs d'une IST constituait le motif de prescription de la sérologie syphilis (Figure 3).

Seulement 2,6% des prescriptions ayant abouti au diagnostic de syphilis récente étaient motivées par une IST chez le partenaire. En ce qui concerne les bilans systématiques, il faut noter la bonne efficacité du bilan systématique avant incarcération qui représentait plus de 20% des motifs. A l'époque, aucune syphilis récente n'avait été découverte suite à un bilan prénatal.

Parmi les 39 cas pour lesquels l'information concernant le statut VIH était disponible, 64 % (n= 25) avaient une sérologie VIH positive dont 56 % (n=14) avaient une charge virale supérieure à 20 copies/ml. Des antécédents d'IST étaient retrouvés dans 85 % des cas (17/20) et un antécédent de syphilis dans 7 cas sur les 9 pour lesquels l'information était disponible. Seuls 2 cas de syphilis récente avaient une vaccination complète documentée contre l'hépatite B. Une notion d'IST chez les partenaires était signalée pour les 3 cas pour lesquels cet item était renseigné, ainsi qu'une séropositivité VIH pour les partenaires de deux d'entre eux.

L'orientation sexuelle était renseignée pour 33 cas. Près de 70% des cas de syphilis récente concernaient des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (homosexuels : 54,5%, bisexuels : 15,2 %). La pratique éventuelle d'une sexualité à risque n'était renseignée que pour 17 cas. Dans 13 cas, il s'agissait de relations sexuelles avec de multiples partenaires. Etaient également cités une rupture de préservatif au cours d'un rapport avec un partenaire ayant une IST, des relations non protégées avec une prostituée, une partenaire inconnue et des rapports non protégés avec une partenaire ayant elle-même de multiples partenaires. Sur les données disponibles, l'utilisation systématique du préservatif était minoritaire quel que soit le type de rapport sexuel (Tableau 2).

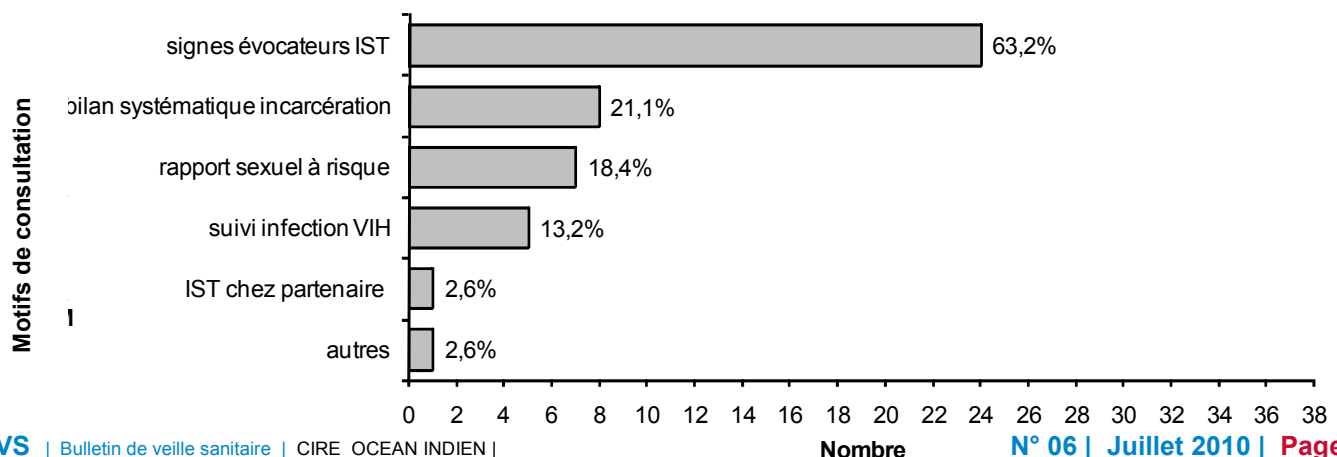
Le tableau 3 présente la comparaison des caractéristiques des cas selon leur orientation sexuelle après regroupement des homosexuels et bisexuels masculins dans la catégorie des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Parmi les cas de syphilis récente, on observe que l'âge médian des HSH se situait à 41 ans, près de 10 ans après celui des hétérosexuels. Le groupe des HSH apparaissait significativement mieux intégré professionnellement que celui des hétérosexuels. Chez les hétérosexuels, 60% des cas de syphilis récente étaient nés à la Réunion alors que la majorité des cas de syphilis récente chez les HSH (56,5%) concernait des personnes nées en métropole. La quasi-totalité des HSH était séropositifs pour le VIH, alors que chez les hétérosexuels, 70% étaient séronégatifs.

Les antécédents d'IST étaient plus fréquents chez les HSH que chez les hétérosexuels, mais cette différence n'était pas statistiquement significative. La maladie a été détectée à un stade proportionnellement plus tardif chez les hétérosexuels, mais cet écart n'était pas significatif.

| Figure 3 |

Motifs^(*) de prescription d'une sérologie syphilis ayant abouti à un diagnostic de syphilis récente, enquête hospitalière, la Réunion, 01/01/2004 au 31/07/2008 (N=38)

(*) Plusieurs motifs possibles pour une même personne



| Tableau 2 |

Caractéristiques sociodémographiques des cas de syphilis récente, enquête hospitalière, la Réunion, 01/01/2004 au 31/07/2008

Type de rapport sexuel (nombre de pratiquants)	Jamais	A l'occasion	Toujours	Non renseigné
Vaginal (3)	2	.	1	31
Anal (7)	3	2	2	32
Oro-génital (8)	7	1	.	31
Masturbation mutuelle	.	.	.	40

| Tableau 3 |

Comparaison des caractéristiques des cas de syphilis récente selon leur orientation sexuelle, enquête hospitalière, la Réunion, 01/01/2004 au 31/07/2008 (N = 40)

	HSH	Hétéro- sexuelle	P (Fisher exact)
Age médian [min ; max] (N=33)	41 [18 ; 62]	32 [22 ; 57]	NS
Travail (N=28)			< 0,007
Sans travail	4	5	
Ayant un emploi	18	1	
Pays de naissance (N=26)			< 0,03
France métropole	13	1	
France Réunion	6	6	
Sérologie VIH (N=33)			< 0,001
Positive	22	3	
Négative	1	7	
Antécédent d'IST (N=17)			NS
Oui	13	1	
Non	1	2	
Stade de la maladie à la consultation initiale (N= 27)			NS
Primaire	2	3	
Secondaire	13	3	
Latente précoce	3	3	

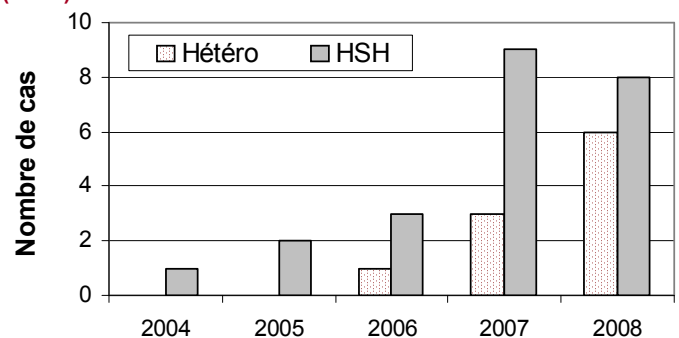
Enfin, on constate que les évolutions temporelles des cas de syphilis récente chez les HSH et les hétérosexuels étaient globalement parallèles, mais que l'augmentation était plus récente pour les hétérosexuels et qu'elle se poursuivait en 2008, contrairement aux HSH (Figure 4).

L'enquête auprès des dermatologues libéraux

Parmi les 20 dermatologues libéraux identifiés par la Cire, 18 ont pu être contactés. La participation des dermatologues contactés s'est élevée à 94,4% (n=17) après relances.

| Figure 4 |

Répartition par année de consultation des cas de syphilis récente, enquête hospitalière, la Réunion, 01/01/2004 au 31/07/2008 (N=33)



Les données recueillies sont présentées dans le tableau 4. Le sex-ratio H/F est de 28. Les hommes représentaient 96,5 % des syphilis récentes déclarés par les dermatologues libéraux. Chez les hommes, le diagnostic rapporté était une syphilis primaire dans 46,4 % et une syphilis secondaire dans 53,6 % des cas. Une seule femme a été déclarée par un dermatologue, il s'agit d'une syphilis secondaire vue en consultation en 2006.

| Tableau 4 |

Répartition par sexe et par année des cas de syphilis primaire et secondaire vus en ville par les dermatologues libéraux, la Réunion, 01/01/2006 au 31/07/2008 (N=29)

Année	Hommes		Femmes		Total
	Primaire	Secondaire	Primaire	Secondaire	
2006	2	3	0	1	6
2007	3	6	0	0	9
2008	8	6	0	0	14
Total	13	15	0	1	29

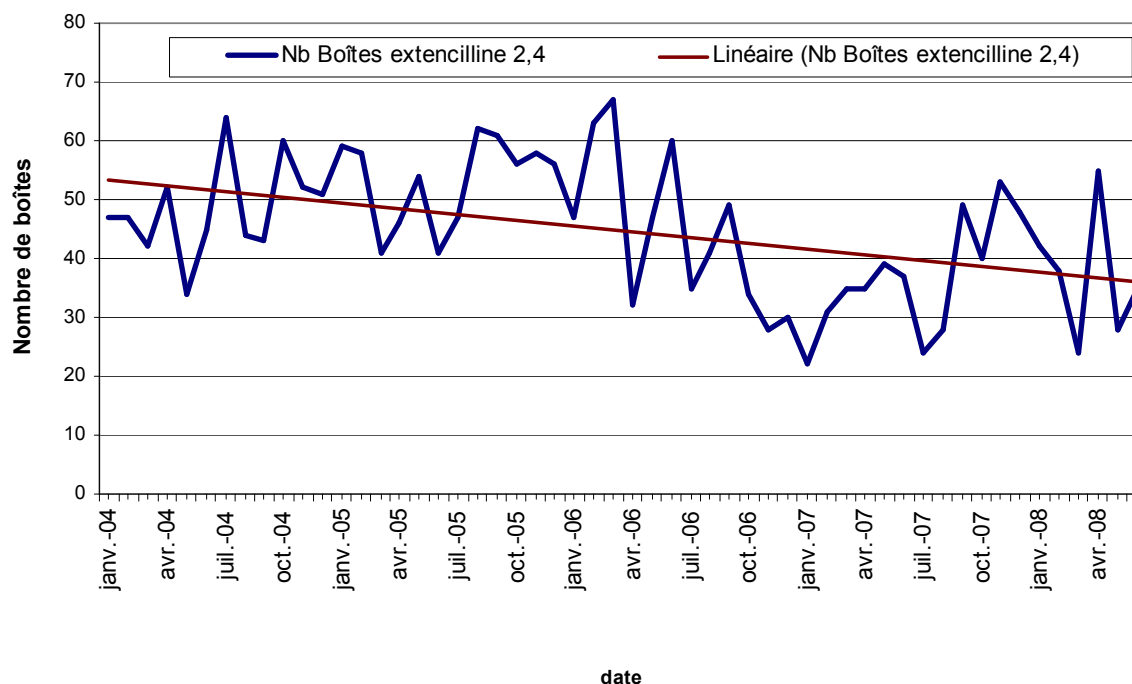
La dispensation d'Extencilline®

La figure 5 présente l'évolution mensuelle des ventes d'Extencilline® 2,4 MUI entre janvier 2004 et juin 2008. Globalement, on constate une tendance à la baisse du nombre mensuel de boîtes délivrées. Une moyenne de 45 boîtes unitaires a été délivrée mensuellement sur l'ensemble de la période d'étude (minimum = 22, maximum = 67). Les ventes mensuelles d'Extencilline® 1,2 MUI ont connu une diminution similaire sur la même période.

5/ DISCUSSION

Ce travail, effectué pour l'essentiel auprès des deux principaux hôpitaux de l'île, a confirmé qu'une recrudescence de la syphilis à la Réunion était en cours pendant la période d'étude : l'augmentation du nombre de cas, amorcée en 2006, s'est accentuée très nettement au début de l'année 2008. La grande majorité des cas était des hommes (92,5%), âgés en moyenne de 37,5 ans, nés à la Réunion ou en France métropolitaine dans des proportions similaires. Parmi les cas renseignés (n=39), 64 % avaient une sérologie VIH positive. Près de 70% des cas étaient des homo-bisexuels masculins. On remarque un nombre préoccupant de cas infectés par le VIH dont la dernière charge virale était détectable lors du diagnostic de la syphilis.

Répartition mensuelle des ventes d'Extencilline® 2,4 MUI, la Réunion, janvier 2004-juin 2008



Deux sous-groupes ont été isolés et comparés : les HSH, presque tous infectés par le VIH, socialement bien insérés et les hommes hétérosexuels, généralement non infectés par le VIH, en situation sociale très précaire. Si l'augmentation du nombre de cas suivait la même tendance dans les deux sous-groupes, elle est apparue un peu plus tardivement chez les hétérosexuels. Les caractéristiques comportementales telles que l'utilisation du préservatif ou le nombre de partenaires étaient peu exploitables en raison de l'importance des données manquantes.

L'enquête hospitalière présente quelques limites qui ont pu influencer la caractérisation de la situation épidémiologique de la syphilis dans l'île. Il faut rappeler que le recueil n'a pas été exhaustif : l'étude ne s'est intéressée qu'aux cas biologiquement identifiés par les laboratoires des deux principaux hôpitaux de l'île (Saint-Denis et Saint-Pierre). De même, les Centres d'action de santé n'ont pas été retenus pour l'enquête détaillée. Cependant, leur rapport d'activité montrait que la recherche de syphilis y était rarement positive (1 résultat positif sur 588 demandes en 2007).

Une autre limite de l'étude est liée aux données manquantes, très fréquentes, certaines informations n'étant pas renseignées dans les dossiers d'hospitalisation, en particulier les caractéristiques comportementales. Ainsi, il n'a pas été possible d'étudier les relations entre l'infection, le port du préservatif et la pratique sexuelle. Même si il semble qu'un important multipartenariat et un recours au préservatif non systématique, au moins pour certaines pratiques sexuelles, soit fréquemment retrouvés parmi les cas de syphilis récente, les données concernant le ou les partenaires sont trop peu renseignées pour confirmer l'existence d'une association statistiquement significative.

L'importance respective du groupe des HSH et de celui des hétérosexuels parmi les cas de syphilis récente est probablement faussée par un biais d'application des procédures diagnostiques et suggère une sous-estimation des hétérosexuels. En effet, la recherche de la

syphilis fait partie du suivi médical des personnes infectées par le VIH, ce qui conduit vraisemblablement à une meilleure exhaustivité diagnostique dans le groupe des HSH. On peut également s'interroger sur la représentativité de l'étude en ce qui concerne les hétérosexuels compte-tenu de la part importante de cas diagnostiqués suite au dépistage systématique avant incarcération : hormis chez les incarcérés, il est raisonnable de penser que les cas de syphilis récente chez les hétérosexuels font l'objet d'un diagnostic biologique dans un laboratoire de ville plutôt qu'à l'hôpital.

Le recueil du nombre de cas par année de diagnostic rapportés par les dermatologues libéraux de l'île depuis 2006 (6 en 2006, 9 en 2007 et 14 en 2008) confirme la recrudescence de la syphilis observée sur les données hospitalières (5 cas en 2006, 12 en 2007 et 18 en 2008). Un biais de mémorisation est néanmoins à craindre : à l'occasion des relances téléphoniques, les médecins ont indiqué à plusieurs reprises ne pas avoir les éléments nécessaires pour dénombrer les cas avec certitude. Afin de limiter ce biais prévisible, le début de la période d'étude avait été reporté à l'année 2006 au lieu de 2004 et les cas de syphilis latente précoce avaient été exclus de l'enquête. Les médecins ont pu, malgré tout, mésestimer le nombre annuel de cas, en particulier pour les plus anciens (2007 et surtout 2006). Par ailleurs, il est possible que certains des cas rapportés par les dermatologues libéraux aient déjà été comptabilisés dans l'enquête hospitalière. En effet plusieurs dossiers hospitaliers faisaient état d'une biologie positive préalable réalisée en ville, mais les conditions d'anonymat de réalisation de l'étude n'ont pas permis de dédoubler les cas. Enfin, les cas signalés par les dermatologues ont été retenus sans validation.

A la différence de la France métropolitaine où la consommation d'Extencilline® 2,4 MUI évolue parallèlement au nombre de cas de syphilis [8], l'enquête montre qu'à la Réunion les ventes de cet antibiotique ont tendance à diminuer entre 2004 et 2008 malgré l'augmentation de l'incidence des cas de syphilis récente.

Ces données peuvent rassurer sur l'absence d'épidémie massive de syphilis dans l'île. Cependant, il faut noter que beaucoup de cas de syphilis sont infectés par le VIH et suivis dans le cadre hospitalier et ces malades sont très probablement traités avec des produits provenant de la pharmacie de l'établissement concerné. Des études complémentaires sur la prescription d'Extencilline® seraient nécessaires pour vérifier ces hypothèses.

6/ CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Cette étude suggère que, dès 2006, la Réunion était atteinte à son tour par la recrudescence de la syphilis observée en France. Le renforcement de la surveillance des IST à la Réunion, en diversifiant et en augmentant les sites impliqués dans le cadre du réseau national RéslST mis en place par l'InVS, apparaît donc justifié pour suivre l'évolution spatio-temporelle et les caractéristiques des cas. Une exploitation locale des données produites par le dispositif de surveillance devrait être réalisée et ses résultats largement diffusés pour informer les professionnels de santé, les associations et la population sur la réalité du risque de transmission de la syphilis. Dans ce cadre, il serait souhaitable de rappeler aux professionnels de santé les critères diagnostiques et la conduite à tenir dans ce contexte de recrudescence. Dans les lieux de consultation, il serait particulièrement utile de mieux identifier les pratiques sexuelles et les lieux de transmission pour pouvoir informer les partenaires, les traiter et organiser au niveau des sites ainsi identifiés des interventions sur place en lien avec les associations (distribution de préservatifs, promotion du dépistage...)

Enfin, s'agissant d'IST, il est indispensable de maintenir et de renforcer les interventions de prévention auprès des travailleur(se)s du sexe.

D'une manière générale, ceci rappelle l'importance des campagnes d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissi-

bles et souligne la nécessité d'accroître la sensibilisation de la population à l'usage du préservatif quel que soit le type de rapport sexuel.

Remerciements

Nous remercions les biologistes des laboratoires hospitaliers et les cliniciens du CHR de la Réunion, les médecins exerçant dans les centres pénitentiaires, les dermatologues libéraux de l'île et l'Inspection régionale de la pharmacie de la Drass pour leur participation active au recueil des données ayant permis la réalisation de cette étude.

Références

- 1 Fenton KA, Breban R, Vardavas R, Okano JT, Martin T, Aral S, Blower S: Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. *Lancet Infect Dis* 2008;8:244-253.
- 2 Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2006 Supplement, Syphilis Surveillance Report. Atlanta, GA:U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, December 2007.2007
- 3 Cabié A, Abel S, Quist D, Saint Cyr I, Pierre François S, Théodose R, Desbois N, Liautaud B: Epidémie débutante de syphilis en Martinique. *BASAG* 2006;1-5.
- 4 Cabié A, Rollin B, Pierre-François S, Derancourt C, Abel S, Hochedez P, Desbois N, Théodose R, Hélénon R, Quist D, Cavelier A, Liautaud B: Réémergence de la syphilis en Martinique : une nouvelle vague épidémique différente de celle de 2005. *BASAG* 2008;13-17.
- 5 Couturier E, Dupin N, Janier M, Halioua B, Yazdanpanah Y, Mertz JP, et al: Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001. *BEH* 2001;168-169.
- 6 Muller P, Colombani F, Azi M, Belleoud A, Perino C, Chaud P, Bouchardat A, Strobel M: Epidémie de syphilis en Guadeloupe en 2001: lien avec la précarité sociale et la consommation de crack. *BEH* 2002;241-242.
- 7 Renault P, Solet JL: Résultats des examens biologiques de la syphilis dans les laboratoires d'analyse de biologie médicale de La Réunion, 2000-2002.2003
- 8 Couturier E, Michel A, Janier M, Dupin N, Semaille C: Syphilis surveillance in France, 2000-2003. *Euro Surveill* 2004;9:493.
- 9 Basse-Guerineau AL: Diagnostic sérologique de la syphilis; Institut de Veille Sanitaire, 2004.
- 10 Egglestone SI, Turner AJ: Serological diagnosis of syphilis. *PHLS Syphilis Serology Working Group. Commun Dis Public Health* 2000;3:158-162.

| Investigation |

Investigation épidémiologique autour de cas de syphilis récente et congénitale à la Réunion, 2004-2009

Ramiandrisoa J¹, Aubert L¹, Gally A², Bianchi A³, Bouyssou A², Ollier V⁴, Alessandri JL⁵, Robillard PY⁶, Bertsch M⁷, Goulet V², D'Ortenzio E¹ (eric.dortenzio@ars.sante.fr)

¹ Cire Océan Indien, Institut de veille sanitaire, Saint-Denis, la Réunion, France

² Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice, France

³ Centre National de Référence de la Syphilis, Conseil général 93, laboratoire départemental de Seine Saint-Denis, France

⁴ Centre d'Information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, Saint-Paul, la Réunion, France

⁵ Service de Néonatalogie et de Réanimation Pédiatrique, CHR Réunion, Saint-Denis, la Réunion, France

⁶ Service de Néonatalogie et de Réanimation Pédiatrique, CHR Réunion, Saint-Pierre, la Réunion, France

⁷ Service de Pédiatrie et de néonatalogie, Centre Hospitalier Gabriel Martin, Saint-Paul, la Réunion, France

Nous vous présentons ici un résumé de l'étude ainsi que les recommandations proposées.

Le rapport complet est disponible sur : http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/uploads/media/Rapport_SYPHILIS_Final.pdf

1/ INTRODUCTION

A la Réunion, en octobre 2009, le Centre d'Information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles de Saint-Paul signalait une augmentation de cas de syphilis dans une population séronégative pour le VIH, incluant des femmes enceintes. Une récente étude dans les régions Nord et Sud de la Réunion avait mon-

tré que la population touchée par la syphilis était majoritairement masculine et infectée par le VIH, essentiellement des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ou des hommes bisexuels (voir l'article « Recrudescence de la syphilis à la Réunion : résultats d'une enquête rétrospective 2004-2008 » dans ce numéro).

2/ OBJECTIFS

Les objectifs de cette enquête étaient de confirmer la recrudescence de la syphilis dans la région Ouest de la Réunion et de documenter la situation de la syphilis congénitale sur l'ensemble de l'île.

3/ METHODES

Deux enquêtes rétrospectives sur la période 2004 à 2009 ont été menées :

- Une enquête sur la syphilis récente, au Centre Hospitalier de Saint-Paul, où tous les dossiers médicaux des patients avec une sérologie VDRL et TPHA positive ont été investigués et classés selon les critères de définition de syphilis récente de l'Institut de Veille Sanitaire.
- Une enquête sur la syphilis congénitale dans toute l'île, dans tous les établissements de soins de la Réunion où tout enfant de moins de 2 ans avec une sérologie TPHA et VDRL positive à la naissance ou codés en syphilis congénitale sur le PMSI (A50.0 à A50.9) ont été investigués et classés selon les critères de définition des Centers for Diseases Control and Prevention, Atlanta, USA.

4/ RESULTATS

4.1/ Syphilis récente dans la région Ouest

Parmi les 31 patients investigués, huit ont été classés en syphilis récente probable. Parmi les huit cas probables, un cas a été diagnostiqué en 2005, deux cas en 2007, deux en 2008 et trois en 2009. L'âge médian était de 25 ans avec une parité hommes-femmes. Six cas étaient symptomatiques au moment de la consultation. Tous les cas étaient séronégatifs pour le VIH. Parmi les quatre femmes, deux étaient enceintes et ont présenté une syphilis en 2009, ayant entraîné un mort fœtale pour l'une d'elle. Deux cas étaient des hommes incarcérés. Une notion de prostitution masculine a été retrouvée pour un cas.

4.2/ Syphilis congénitale dans l'île

Dix-huit dossiers d'enfants < 2 ans ont été investigués. Sept cas ont été classés en syphilis congénitale probable, tous en 2008 et 2009. Le sexe ratio H/F de ces nourrissons était de 0,75. Une prématurité (n=5), une grande prématurité (n=2) ou une insuffisance pondérale à la naissance (n=4) ont été documentées. Trois nourrissons étaient symptomatiques, six ont été traités et la survie à 3 mois était égale à 100%. L'âge médian des mères était de 22 ans, six étaient originaires de la Réunion et habitaient majoritairement dans le Nord de l'île. Une notion de contexte social difficile (n=2), d'éthylisme durant la grossesse (n=2), d'antécédent d'herpès génital (n=3) et de sérologie positive pour la syphilis chez le compagnon (n=2) ont été retrouvés. La 1^{ère} sérologie syphilis effectuée était tardive, à 23 SA en moyenne. Une mère n'a pas eu de suivi prénatal durant sa grossesse. Une seule séroconversion durant la grossesse a été observée. Deux mères ont été symptomatiques. Toutes étaient séronégatives pour le VIH. Toutes ont été traitées lors de la découverte de leur syphilis

mais pour trois mères le diagnostic et le traitement a été effectué en post-partum.

5/ DISCUSSION

Les résultats de ces enquêtes confirment la recrudescence de la syphilis dans une population différente de celle connue jusqu'à présent. La présence significative de femmes en âge de procréer, plus particulièrement de femmes enceintes, l'âge jeune des cas et le statut VIH négatif sont autant d'arguments en faveur d'une extension de la syphilis dans la population générale en 2009. La recrudescence de la syphilis chez des personnes séronégatives pour le VIH montre qu'il y a eu des prises de risque lors de relation sexuelles dont la conséquence pourrait également être une contamination par le VIH. L'étude montre également l'émergence de la syphilis congénitale à la Réunion depuis 2008. Les facteurs prédictifs de la survenue de la syphilis congénitale retrouvés dans cette étude chez la mère étaient un titrage du VDRL élevé, le stade inconnu de la maladie lors du diagnostic, un dépistage sérologique tardif et des lacunes dans le suivi prénatal. La gravité potentielle de la syphilis congénitale impose d'améliorer la prise en charge des parturientes pour cette maladie curable. Les facteurs socio-économiques communs retrouvés chez ces femmes constituent des pistes pour déterminer les parturientes les plus à risque

6/ RECOMMANDATIONS

6.1/ Rappel des recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2007

- **En matière de dépistage de la syphilis acquise :**

« Le dépistage de la syphilis est recommandé chez les hommes ayant des rapports sexuels non protégés avec des hommes, fellation comprise (recommandation fondée sur des données épidémiologiques françaises). Par prudence quant au risque d'expansion de l'épidémie et sur avis d'experts, en l'absence de données épidémiologiques validées, un dépistage peut également être proposé :

- chez les travailleurs du sexe ayant des rapports non protégés (fellation comprise) ;
- chez les personnes fréquentant les travailleurs du sexe et ayant des rapports non protégés (fellation comprise) ;
- lors du diagnostic ou en cas d'antécédent d'IST à type de gonococcie, de lymphogranulomatose vénérienne et d'infection à VIH (existence de données épidémiologiques françaises pour cette dernière population) ;
- chez les personnes ayant des rapports non protégés (fellation comprise) avec plusieurs partenaires par an ;
- chez les migrants en provenance de pays d'endémie (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique du Sud) ;
- lors d'une incarcération ;
- après un viol.

Les données de surveillance et les résultats des enquêtes épidémiologiques à venir pourront amener à modifier ces recommandations si nécessaire. Le rythme de répétition du dépistage doit être adapté selon les cas en fonction des 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).

Rappel : depuis 1992, le dépistage de la syphilis n'est pas obligatoire lors de la consultation prénuptiale. »

avant la 28e semaine de grossesse. En l'état des connaissances, la définition de la population des femmes à risque ne peut relever que de l'avis d'experts. En théorie, les femmes concernées sont celles ayant des rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire après le premier dépistage, ou celles dont le conjoint est dans cette situation. En pratique, c'est au médecin, en fonction des données d'interrogatoire qu'il peut recueillir, de proposer le dépistage lorsqu'il a un doute sur une telle situation, en particulier si la femme ou son conjoint appartiennent aux groupes à risque de syphilis acquise. Il est recommandé de réaliser une sérologie syphilitique avant ou après l'accouchement si cette dernière n'a pas été réalisée au cours de la grossesse et de toujours s'assurer de la présence d'une sérologie syphilitique dans le dossier obstétrical avant que la femme ne quitte la maternité. Enfin, conformément aux recommandations de l'OMS de 2005, le dépistage doit être proposé aux femmes ayant des antécédents d'avortement spontané ou d'enfants mort-nés. »

6.2/ Recommandations proposées

A la Réunion, en complément de ces propositions, des recommandations sur la prévention de la syphilis pourraient être proposées à partir de cette étude :

- **Application des recommandations de 2007 de l'HAS sur le dépistage de la syphilis congénitale.** Une implication de tous les acteurs prenant en charge la femme enceinte serait souhaitable : médecins traitants, médecins de la PMI, gynécologues hospitaliers et libéraux, sages-femmes, pédiatres libéraux et hospitaliers. Il paraît notamment nécessaire de constituer un groupe de travail pour déterminer les parturientes à cibler pour ces dépistages, les protocoles de dépistages proprement dits lors du suivi prénatal, et les stratégies optimales à asseoir pour toucher largement cette population à risque.
- **Sensibilisation et information sur la syphilis à destination du grand public, notamment chez les jeunes en âge de procréer dans un premier temps, puis dans un second temps, une action de prévention ciblée vers une population jugée à risque :** prostituées, jeunes marginalisés, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, personnes infectées par le VIH ou ayant une autre IST ou partenaires d'une personne infectée par le VIH ou ayant une autre IST. L'accent est à mettre sur l'importance de l'utilisation des préservatifs dans toutes les pratiques sexuelles, sur la nécessité du dépistage et du traitement des partenaires lors d'un diagnostic de la syphilis et sur le dépistage prénatal.
- **Formation et sensibilisation des professionnels de santé à grande échelle.** Du fait que la syphilis reste une IST peu fréquente jusqu'à récemment dans l'île et que les signes cliniques ne sont pas spécifiques, la formation concernerait surtout le dépistage, le diagnostic et le traitement et la recherche active de la syphilis chez le ou les partenaires.
- **Mise en place d'un système de surveillance des IST incluant la syphilis sur l'ensemble de l'île, par extension de la surveillance nationale réalisée par l'InVS le réseau RésIST.** La surveillance permettrait non seulement de connaître en temps réel l'évolution de cette IST dans la population mais d'évaluer l'impact des mesures de prévention sanitaires publiques. Cette surveillance à la Réunion va prochainement être mise en place par la Cire OI.
- **Sensibilisation et meilleure coordination des services** (Ciddist, PMI, hôpitaux, cliniques) dans le suivi prénatal. Une suspi-

-sion de syphilis chez la femme enceinte devrait être considérée au même titre qu'une sérologie toxoplasmose négative en début de grossesse, soit un point important à surveiller lors du suivi prénatal, nécessitant alors la collaboration et une meilleure interconnexion de tous les services de santé qui ont suivi la parturiente.

7/ CONCLUSION

Cette nouvelle étude montre une recrudescence de la syphilis dans la population générale réunionnaise avec notamment l'apparition de cas de syphilis congénitale depuis 2008. Une recrudescence de la syphilis dans une population d'HSH et infectée par le VIH et dans une population marginalisée de personnes incarcérées avait été retrouvée lors d'une précédente étude à la Réunion. Ces deux nouvelles enquêtes menées dans la région Ouest de l'île pour la syphilis récente et dans l'ensemble de l'île pour la syphilis congénitale confirment le signal du Ciddist de Saint-Paul et l'augmentation de cas de syphilis dans une population jusqu'à présent épargnée. Ainsi, dans la région Ouest de la Réunion, une population jeune, avec une parité des sexes et séronégative pour le VIH est actuellement touchée par la syphilis avec une réémergence des cas depuis 2007. Depuis 2008, on observe également une émergence de cas de syphilis congénitale suite à des contaminations chez des femmes pendant leur grossesse, signe que la maladie commence à toucher la population générale. En effet, une augmentation de l'incidence de la syphilis primaire et secondaire dans la population féminine précède le plus souvent une hausse de cas incidents de syphilis congénitale. Notre étude ne permet toutefois pas d'identifier les groupes les plus à risque. Néanmoins, des points communs pouvant être considérés comme des contextes ou des prises de risque favorisant la contamination syphilitique chez ces femmes étaient : le jeune âge, le célibat, un suivi de grossesse irrégulier, des antécédents d'IST, un contexte social difficile et une consommation d'alcool. Ces points communs retrouvés chez les parturientes rejoignent ceux décrits dans la littérature. Par ailleurs, les facteurs favorisant la survenue de la syphilis congénitale retrouvés dans cette étude étaient, chez les mères, un titrage du VDRL élevé, le stade inconnu de la maladie lors du diagnostic, un dépistage sérologique tardif et des lacunes dans le suivi prénatal. Ces hypothèses mériteraient d'être testées par des études complémentaires. Le suivi prénatal a présenté des lacunes avec notamment un dépistage tardif de la syphilis. La syphilis congénitale doit être considérée comme révélatrice d'un problème de la qualité du système de prise en charge prénatale et constitue une sonnette d'alarme quant à l'amélioration du suivi prénatal dans la population générale des parturientes. L'augmentation très récente du nombre de cas de syphilis congénitale en regard d'une absence de cas de 2004 à 2007 témoigne de l'urgence du traitement de la question de la syphilis chez les mères en âge de procréer. Les autorités sanitaires locales ont déjà été informées et des actions ont été initiées. Il apparaît maintenant nécessaire d'instaurer rapidement des mesures préventives contre cette maladie dans la population notamment auprès des femmes enceintes, d'autant plus qu'un traitement précoce diminue significativement le risque de syphilis congénitale. Il est également nécessaire d'étendre le réseau de surveillance des IST mis en place par l'InVS, les modalités seront à déterminer avec les autorités sanitaires. Cette surveillance permettra d'évaluer les mesures de prévention effectuées et de suivre l'évolution de la maladie dans la population réunionnaise.

La syphilis congénitale à la Réunion, 2004-2009

Ramiandrisoa J¹, Aubert L¹, Alessandri JL², Robillard PY³, Bertsch M⁴, Gally A⁵, Goulet V⁵, D'Ortenzio E¹ (eric.dortenzio@ars.sante.fr)

¹ Cire Océan Indien, Institut de veille sanitaire, Saint-Denis, la Réunion, France

² Service de Néonatalogie et de Réanimation Pédiatrique, CHR Réunion, Saint-Denis, la Réunion, France

³ Service de Néonatalogie et de Réanimation Pédiatrique, CHR Réunion, Saint-Pierre, la Réunion, France

⁴ Service de Pédiatrie et de néonatalogie, Centre Hospitalier Gabriel Martin, Saint-Paul, la Réunion, France

⁵ Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice, France

1/ INTRODUCTION

Une recrudescence de la syphilis est observée à la Réunion depuis 2006. La population concernée est constituée essentiellement d'hommes ayant des relations sexuels avec des hommes (HSH) ou bisexuels infectés par le VIH et d'une sous population hétérosexuelle incarcérée séronégative pour le VIH (1). En 2007, une émergence de cas était observée chez une population hétérosexuelle avec une proportion féminine importante, séronégative pour le VIH, résidant dans la région Ouest de l'île. En 2009, des cas de syphilis chez des femmes enceintes ayant conduit à des syphilis congénitales (SC) ont été rapportés. Une enquête épidémiologique a été réalisée pour documenter la situation de la SC dans l'île.

2/ POPULATION ET METHODE

A) Etude descriptive rétrospective des cas de syphilis congénitale dans l'ensemble des établissements de l'île possédant un pôle mère-enfant (4 hôpitaux, 2 cliniques) de 2004 à 2009.

B) Critères de sélection des patients : Tout enfant de moins de 2 ans ayant eu un TPHA ET un VDRL positifs à la naissance et/ou pour lequel il a été rapporté pour le séjour d'hospitalier dans le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) un code diagnostic de syphilis congénitale (codes CIM X A50.0 à A50.9). Les cas ont été classés en syphilis confirmée ou probable après consultation des dossiers médicaux des enfants et de leurs mères.

C) Définition de cas de la syphilis congénitale (CDC d'Atlanta) :

Cas confirmé : Mise en évidence du *Treponema pallidum* par examen microscopique à fond noir, par PCR ou par immunofluorescence directe à l'aide des anticorps antitreponémiques marqués (DFA-TP) dans les prélèvements des lésions cutané-muqueuses, du placenta, ou du cordon ombilical chez un bébé en vie ou en post mortem.

Cas probable : Syphilis récente non traitée ou traitée < 1 mois avant l'accouchement chez la mère OU sérologie tréponémique positive chez l'enfant et au moins un signe clinique évocateur de la syphilis (hépatosplénomégalie, rash cutané, condylomalata, rhinite persistante, ictère cholestatique non lié à une atteinte hépatique malformative, métabolique, virale ou parasitaire, pseudoparalysie, anémie, œdème dans un contexte d'ascite ou dû à un syndrome néphrotique).

3/ RESULTATS

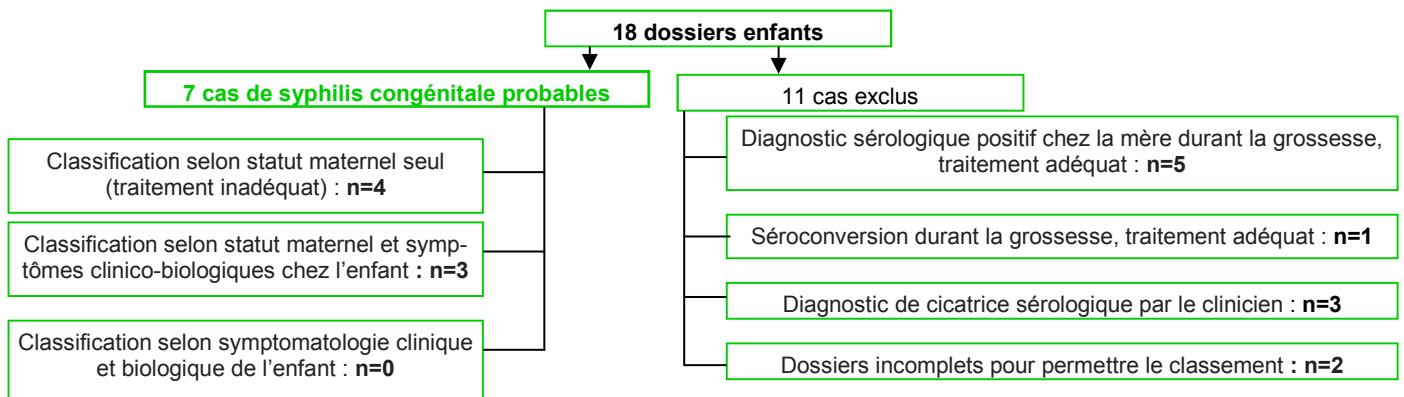
Dix-huit dossiers d'enfants vivants correspondaient aux critères de sélection. **Sept cas** ont été classés syphilis congénitale probable, dont 5 rapportés dans la base PMSI (2 en 2008 et 3 en 2009) (figure 1). Un cas de mort fœtale à 30SA a été documenté (cas signalé hors étude).

Caractéristiques des enfants

- Le sexe ratio H/F était de 0,75.
- Cinq cas sont nés prématurément dont deux en grande prématurité (31 et 32 SA). Quatre nourrissons sont nés avec une insuffisance pondérale.
- Des signes cliniques évocateurs de la syphilis ont été retrouvés chez 3 nourrissons sur 7. Ces enfants étaient les plus prématurés. (Tableau 1)
- Tous ont bénéficié d'une recherche d'IgM *T. pallidum* effectuée entre J0 et J15 de vie, deux cas étaient positifs (dont un cas symptomatique).
- Six enfants ont été traités par pénicilline G parentérale, de posologie 50 000 à 100 000 UI/kg, avec une durée de 10j (n=5) à 15j (n=2). Pas de donnée disponible pour le 7ème enfant.

| Figure 1 |

Algorithme de classement des cas de syphilis congénitale, la Réunion, 2004-2009



| Tableau 1 |

Caractéristiques cliniques des enfants atteints de syphilis congénitale, la Réunion, 2004-2009

	ENFANT 1 (NÉ À 31SA)	ENFANT 2 (NÉ À 32SA)	ENFANT 3 (NÉ À 33SA)
Lésions cutanéomuqueuses	Peau fine luisante, œdème sous cutané	Purpura pétéchial ecchymotique abdominal	
Atteintes neurologiques	Non	Pseudoparalysie de Parrot	Hypotonie globale
Atteintes osseuses	Ostéochondrite probable (bandes claires métaphysaires des os longs et lacunes métaphysaires)	Bandes claires métaphysaires (suspicion de périostite)	
Hépatosplénomégalie	Oui + Calcifications péri spléniques	Oui	
Syndrome œdémateux	Non	Ascite fœtale, hydrocèle	
Anomalies biologiques	Hyperbilirubinémie à ictère précoce, anémie	Anémie, Thrombopénie, cholestase majeure icterique	
Autres	Vascularite thalamostriée cérébrale, RCIU et signes cliniques dus à la prématurité (maladie des membranes hyalines)	Signes cliniques dus à la prématurité (persistance du canal artériel, maladie des membranes hyalines), malformation de l'appareil génital, pied bot varus équien	Syndrome d'alcoolisation fœtale

Caractéristiques des mères

- L'âge médian à l'accouchement était de 22 ans (min = 16 ans ; max = 37 ans).
 - Six étaient originaires de la Réunion. Un contexte social difficile et/ou un éthylysme étaient rapportés pour 3 de ces femmes.
 - Trois mères avaient un antécédent d'herpès génital.
 - La première sérologie de syphilis a été tardive, en moyenne à 23 SA (min= 5SA ; max= 33SA). Le diagnostic et le traitement ont été réalisés en post-partum chez trois mères. Une mère multipare, immigrée malgache, n'a pas eu de suivi prénatal durant sa grossesse.
 - Deux mères sur les 7 étaient symptomatiques. Une seule séroconversion durant la grossesse a été observée.
 - Toutes étaient séronégatives pour le VIH (donnée manquante pour un cas).
- Pour les enfants présentant les signes les plus graves, un retard de dépistage de la syphilis ayant entraîné un retard du traitement ainsi qu'un titrage élevé de la sérologie VDRL étaient retrouvés chez les mères (tableau 2).

| Tableau 2 |

Comparatif des caractéristiques clinico-biologiques des mères et leurs enfants, la Réunion, 2004-2009

Année de diagnostic	Age mère (ans)	Délai test syphilis	Délai du traitement	Symptomatologie chez la mère	Sérologie chez la mère	Terme enfant	Signes cliniques chez l'enfant
2008	16	≥13 SA	5j AP (antepartum)	Syphilis secondaire probable au 1er trimestre	TPHA=1/160 VDRL=1/8 IgM+	34 SA	Non
2008	25	Indéterminé	2j PP (post partum)		TPHA=1/10240 FTA abs + VDRL=1/128 IgM+ ;	34 SA	non
2008	16	Post-partum	14j PP	Syphilis primaire au 3è trimestre	TPHA=1/2560 VDRL=1/64 IgM+	38 SA	non
2009	26	≥13 SA	17j AP		TPHA=1/20480 VDRL=1/64 IgM+	31 SA	oui
2009	18	≥13 SA	2j AP		TPHA=1/5120 VDRL=1/64	32 SA	oui
2009	22	≥13 SA	1j AP		TPHA=1/160 VDRL=1/2	32 SA	oui
2009	37	Post-partum	1j PP		TPHA/VDRL+	38 SA	non

4/ DISCUSSION

Une étude récente réalisée en Guyane décrit 29 cas de SC entre 1992 et 2004 tandis qu'une enquête sur la base PMSI nationale 2004 retrouve 6 cas. Ces études ne sont toutefois pas comparables à notre enquête du fait de l'inadéquation temporelle ou des critères de définition (2;3). Le principal biais de l'étude est un biais de recrutement : toutes les parturientes séropositives ainsi que les morts fœtales n'ont pas été étudiées. Les résultats retrouvés sont probablement sous estimés, même si la définition du CDC se basant sur le statut maternel peut toutefois surévaluer le nombre des enfants réellement affectés. L'étude confirme l'émergence de cas de syphilis congénitale à la Réunion, secondaire à l'extension de la syphilis à la population générale, hétérosexuelle, séronégative pour le VIH, particulièrement chez les femmes en âge de procréer. La proximité avec un pays à forte endémie comme Madagascar ne semble pas avoir d'impact sur la situation insulaire. Le dépistage sérologique tardif de la syphilis et les lacunes dans le suivi prénatal, un titrage VDRL élevé ou le stade non connu de la maladie lors du diagnostic chez la mère sont des facteurs prédictifs de la survenue de la SC majoritairement retrouvés dans cette étude (4-7). Enfin, rappelons que le dépistage de la syphilis est obligatoire au 1er trimestre de la grossesse. Malgré cette obligation, nous assistons à une réémergence de la SC à la Réunion, nécessitant une vigilance particulière pour les femmes dont la situation sociale est défavorisée. Cette enquête va permettre d'établir des stratégies de prévention vis-à-vis de la population concernée.

Remerciements : Services de Néonatalogie et de Réanimation pédiatrique du CHR de la Réunion (Saint-Pierre et Saint-Denis), Services de Pédiatrie - Néonatalogie du Centre Hospitalier Gabriel Martin (Saint-Paul), du Groupe Hospitalier de l'Est de la Réunion (Saint-Benoît), de la clinique Sainte-Clotilde (Saint-Denis) et de la clinique Jeanne d'Arc (Le Port). Services de gynéco- obstétrique des établissements cités ci-dessus. Départements de l'Information Médicale (DIM) des établissements cités ci-dessus.

Références

- ¹ CIRE Océan Indien. Rapport d'investigation sur une recrudescence de la syphilis, 2004-2008. BVS à paraître 2010.
- ² Carles G, Lochet S, Youssef M, El GW, Helou G, Alassas N, et al. [Syphilis and pregnancy]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2008 Jun;37(4):353-7.
- ³ Nicolay N, Gallay A, Michel A, Nicolau J, Desenclos JC, Semaille C. Reported cases of congenital syphilis in the French national hospital database. Euro Surveill 2008 Dec 11;13(50).
- ⁴ Labbe AC, Mendonca AP, Alves AC, Jaffar S, Dias F, Alvarenga IC, et al. The impact of syphilis, HIV-1, and HIV-2 on pregnancy outcome in Bissau, Guinea-Bissau. Sex Transm Dis 2002 Mar;29(3):157-67.
- ⁵ McFarlin BL, Bottoms SF, Dock BS, Isada NB. Epidemic syphilis: maternal factors associated with congenital infection. Am J Obstet Gynecol 1994 Feb;170(2):535-40.
- ⁶ Sheffield JS, Sanchez PJ, Morris G, Maberry M, Zeray F, McIntire DD, et al. Congenital syphilis after maternal treatment for syphilis during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2002 Mar;186(3):569-73.
- ⁷ Tikhonova L, Salakhov E, Southwick K, Shakarishvili A, Ryan C, Hillis S. Congenital syphilis in the Russian Federation: magnitude, determinants, and consequences. Sex Transm Infect 2003 Apr;79(2):106-10.

| Surveillance |

Proposition d'extension du système de surveillance de la syphilis à la Réunion

Aubert L¹ (lyderic.aubert@ars.sante.fr), Gallay A², Bouyssou A², Renault P¹, Filleul L¹

¹ Cire Océan Indien, Institut de veille sanitaire, Saint-Denis, la Réunion, France

² Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice, France

1/ CONTEXTE

En France, depuis le début des années quarante, la syphilis faisait l'objet d'une surveillance sanitaire dans le cadre des maladies à déclaration obligatoire mais en juillet 2000 une modification du code de santé publique (*ordonnance 2000-548 du 15 juin 2000*) fait disparaître l'obligation de déclarer cette maladie à l'instar d'autres maladies vénériennes (gonococcie, chlamydiasis).

A la fin de cette même année, une épidémie de syphilis était observée en France métropolitaine dans plusieurs dispensaires antivénéériens (1;2). Cette réémergence de la syphilis touchait principalement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), le plus souvent infectés par le Virus de l'Immuno-déficience Humaine (VIH). Les départements ultra-marins n'ont pas été épargnés par la syphilis avec une épidémie déclarée en Guadeloupe en 2001 (3) et une recrudescence des cas de syphilis en Martinique depuis 2004 (4;5). Des épidémies partageant les mêmes caractéristiques épidémiologiques ont alors été décrites dans la plupart des grandes villes européennes et nord-américaines (6). Elles sont survenues dans un contexte général de relâchement des mesures de prévention des infections sexuellement transmissibles chez les HSH.

Dès 2001, un réseau de surveillance de la syphilis à partir de sites volontaires a été mis en place par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). Sur l'île de la Réunion, le service d'immunologie du Centre Hospitalier Régional Nord (CHR Saint-Denis), participe à ce dispositif de surveillance depuis 2007.

Compte tenu de la recrudescence actuelle (7), il apparaît primordial d'étendre le système de surveillance de la syphilis sur l'ensemble de l'île.

Cet article a pour objectif de présenter le protocole et les modalités d'organisation du système de surveillance dans le cadre de la surveillance nationale des IST réalisée par le réseau RésIST pour la syphilis et les gonococcies. Des temps d'échanges avec les praticiens de sites jugés prioritaires seront organisés dans le but de déterminer les modalités d'adaptation de ce système de surveillance en fonction des attentes et spécificités locales.

2/ OBJECTIFS DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE

Le système de surveillance a pour objectif de suivre les tendances spatio-temporelles de la maladie, de connaître les caractéristiques des cas, de détecter des phénomènes épidémiques. Elle permettra également d'orienter les mesures de contrôle (information, prévention, ...).

Les objectifs spécifiques du système de surveillance sont de :

- **Suivre** l'évolution annuelle du nombre de personnes adultes atteintes de syphilis récente dans les sites participants.
- **Décrire** les caractéristiques cliniques, biologiques et comportementales des personnes atteintes de syphilis récente.
- **Alerter** et conduire une enquête épidémiologique en présence d'une augmentation du nombre de cas et/ou en présence de cas groupés diagnostiqués en un même lieu.
- **Comparer** les caractéristiques sociodémographiques et comportementales des patients atteints de syphilis à celles de patients atteints d'autres IST y compris d'infection à VIH.

3/ PROTOCOLE DE SURVEILLANCE ENVISAGÉ

Les professionnels de santé déclarants

Il est envisagé de solliciter les lieux de prise en charge de patients atteints d'IST pour participer activement au système de surveillance. Les sites prioritaires envisagés pouvant y participer sont les **Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles** (Ciddist), les **consultations hospitalières de dermato-vénérologie et maladies infectieuses des hôpitaux** de l'île et **des cabinets de médecins de ville** (dermatologues, gynécologues, généralistes).

Il s'agit d'une surveillance prospective et continue. La participation des professionnels de santé à la surveillance de la syphilis dans ces lieux est volontaire et au long cours.

La population d'étude

La population concernée est représentée par les patients résidents sur l'île de la Réunion avec un diagnostic de syphilis récente (d'après les critères de définitions de cas en vigueur) consultant dans des sites volontaires prenant en charge des personnes ayant une IST.

Critères de définition d'un diagnostic de syphilis récente

La syphilis récente inclut la syphilis primaire, secondaire et latente précoce (Tableau 1).

Les modalités d'organisation

La surveillance repose sur un **système épidémiologique de déclaration passif**. A chaque diagnostic de syphilis récente, le professionnel de santé déclarant :

- fait remplir au patient une fiche de consentement éclairée qui doit rester dans le dossier médical,
- remplit, après consentement, la fiche « cas de syphilis récente » qui comporte les renseignements cliniques, biologiques et comportementaux du patient. Cette fiche est anonyme,
- propose au patient un « Auto-questionnaire ». Ce questionnaire ne comporte aucune donnée nominative. Il est centré sur ses comportements sexuels et préventifs dans les trois mois précédant le diagnostic de syphilis. Le patient met son questionnaire complété dans une enveloppe, ferme cette enveloppe et la remet au médecin déclarant. Un numéro d'ordre choisit par le médecin déclarant permet de faire le lien entre les deux documents,

| Tableau 1 |

Définition d'un cas de syphilis récente (probable et confirmé, InVS)

Stade de la syphilis	Clinique		* <i>Treponema Pallidum</i> + Fond noir		** VDRL + TPHA +		** VDRL + TPHA -		** VDRL - TPHA +
Primaire	▶ Chancres		+		+	OU	+	OU	+
Secondaire	▶ Lésions cutané-muqueuse ▶ Adénopathies ▶ +/- Chancres	ET	+	ET/ OU	+				
Latente précoce	▶ Absence de signes cliniques ET ▶ Contage < 12 mois OU ▶ Antécédents de syphilis clinique primaire ou secondaire < 12 mois OU ▶ Partenaires syphilis + < 12 mois			ET	+		▶ Séroconversion < 12 mois OU ▶ Titre VDRL ≥ 4 au dernier titre non-tréponémique		

* Mise en évidence de *Treponema pallidum* dans des prélèvements par un examen au microscope à fond noir, par immunofluorescence directe ou méthodes équivalentes.

** VDRL ou RPR, TPHA, FTA-abs ou ELISA

▶ Les fiches de renseignements complétées pour des syphilis latentes tardives, tertiaires ou des cicatrices sérologiques peuvent être envoyées.

- signale, au fur et mesure des diagnostics, les cas de syphilis récente au moyen d'une fiche clinique et biologique accompagnée ou non d'un auto-questionnaire anonyme à la plateforme de veille et de sécurité sanitaire de l'ARS, composée d'une cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS réunion, ARS) et de la Cire Océan Indien (InVS en région).

Une fois les documents réceptionnés, la Cire OI assure la validation des informations et la transmission à l'InVS au niveau national qui assure la saisie des données et l'analyse nationale.

Le schéma qui suit présente l'organisation du système de surveillance envisagé à la Réunion (figure 1).

Analyse et Retro information

Une analyse régulière des données régionales sera réalisée par la Cire OI dans le but de suivre en temps réel l'évolution de la maladie et de conduire des enquêtes épidémiologiques en cas de sur-

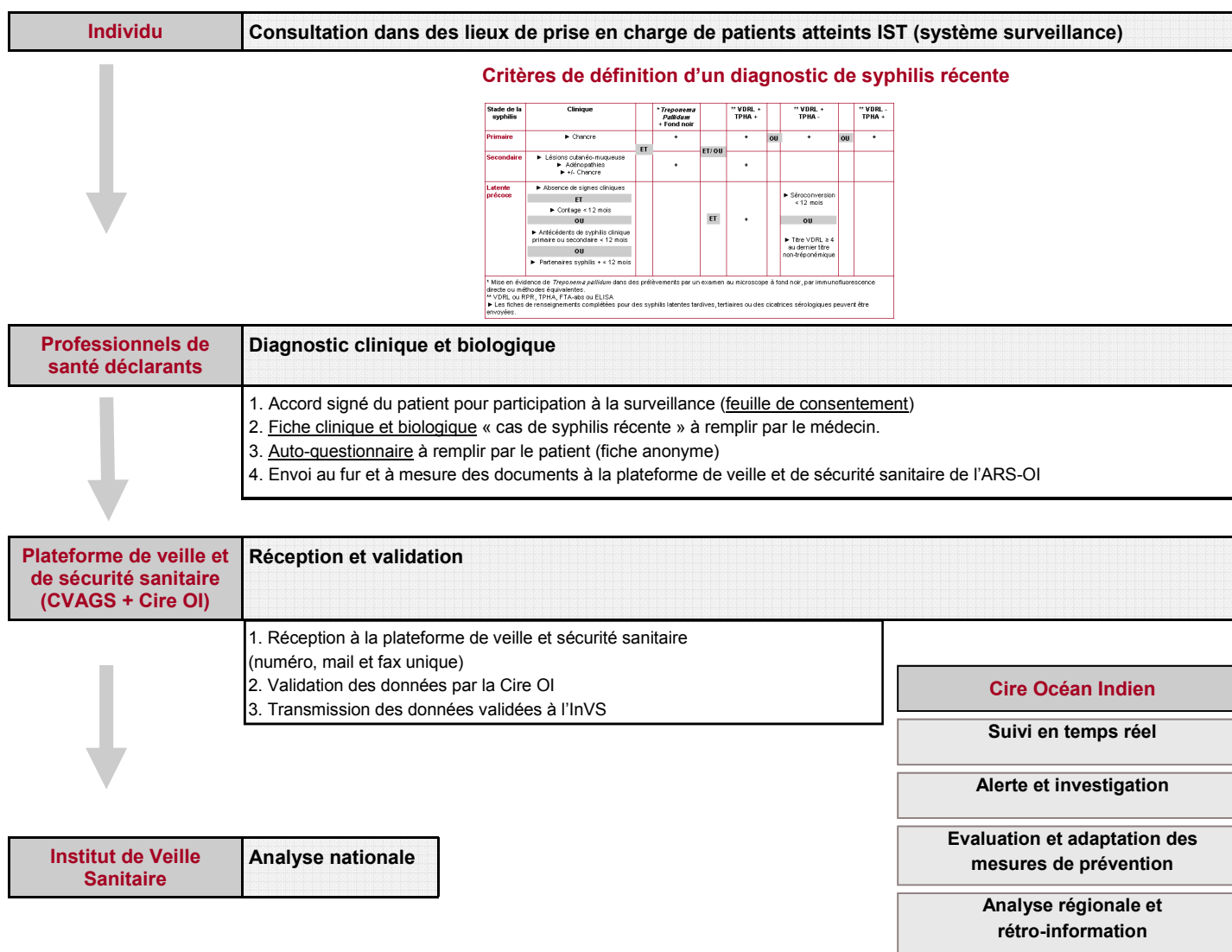
venue d'une augmentation importante du nombre de cas. Cette analyse descriptive présentera l'évolution et les caractéristiques de la syphilis récente, les caractéristiques sociodémographiques et comportementales des patients atteints de syphilis et permettra de comparer ces caractéristiques à celles de patients atteints d'autres IST (infection à VIH).

Une présentation de la situation épidémiologique lors d'une réunion annuelle de rétro information sera organisée avec l'ensemble des partenaires participants. L'opportunité et la nécessité de rencontrer les partenaires du réseau plus fréquemment se feront en fonction de l'état de la situation et des besoins.

Des points épidémiologiques trimestriels seront édités par la Cire OI dans le but de faire un retour d'information régulier à l'ensemble des partenaires du réseau de surveillance ainsi qu'aux décideurs.

| Figure 1 |

Modalités de l'organisation du système de surveillance envisagé à la Réunion



4/ RÉSULTATS ATTENDUS ET PERSPECTIVES

Parmi les principaux résultats attendus, on peut citer :

- Une mise en place du réseau de surveillance **au cours du second semestre 2010** sur l'ensemble de l'île
- Une **surveillance réactive** permettant de détecter une situation inhabituelle, de cibler des groupes à risques et de **contribuer à la gestion** par l'évaluation et l'orientation de mesures de prévention
- Une **rétro information régulière** par la réalisation de points épidémiologiques trimestriels diffusés à l'ensemble des partenaires et participants du réseau de surveillance ainsi qu'aux décideurs

Une réunion d'échange avec l'ensemble des praticiens des sites volontaires potentiels sera organisée au cours du second semestre 2010 par la Cire OI. Cette réunion sera l'occasion de déterminer les modalités pratiques pour l'extension de ce système de surveillance en tenant compte des spécificités locales et des attentes de chacun.

5/ CONCLUSION

Le contexte épidémiologique local impose cette surveillance : la syphilis en recrudescence avec l'atteinte de nouveaux nés (syphilis congénitale) et certains facteurs de risque ou particularités départementales méritent d'être davantage explorés.

L'extension de la surveillance à d'autres sites volontaires en plus du CHR Nord permettra d'avoir une vision globale de l'ampleur du phénomène et décrire les nouveaux cas de syphilis les plus à même de diffuser l'infection. Elle permettra de caractériser certains groupes de population à risque de syphilis, d'organiser des activités de prévention en adaptant les messages de prévention. La surveillance sera à même de connaître en temps réel l'évolution de cette IST dans la population et de mesurer l'impact des mesures de prévention sanitaires publiques. De plus, elle pourra, à moyen terme, juger de l'utilité

d'étendre le système de surveillance à d'autres IST comme les gonococcies qui sont un bon indicateur de suivi d'évolution ou d'émergence d'autres IST.

Références

- 1 Couturier E, Dupin N, Janier M, Halioua B, Yazdanpanah Y, Mertz JP et al. Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001. BEH 2001; 35-36:168-169.
- 2 Couturier E, Michel A, Janier M, Dupin N, Semaille C. Syphilis surveillance in France, 2000-2003. Euro Surveill 2004; 9(12):8-10.
- 3 Muller P, Colombani F, Azi M, Belleoud A, Perino C, Chaud P et al. Epidémie de syphilis en Guadeloupe en 2001: lien avec la précarité sociale et la consommation de crack. BEH 2002;(48):241-242.
- 4 Cabié A, Abel S, Quist D, Saint Cyr I, Pierre François S, Théodose R et al. Epidémie débutante de syphilis en Martinique. BASAG 2006;(3):1-5.
- 5 Cabié A, Rollin B, Pierre-François S, Derancourt C, Abel S, Hochedez P et al. Réémergence de la syphilis en Martinique : une nouvelle vague épidémique différente de celle de 2005. BASAG 2008;(7):13-17.
- 6 Fenton KA, Breban R, Vardavas R, Okano JT, Martin T, Aral S, et al. Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. Lancet Infect Dis 2008 Apr;8(4):244-53.
- 7 CIRE Océan Indien. Syphilis sur l'île de la Réunion. Bulletin de veille sanitaire thématique N°6/2010

Si vous souhaitez faire partie de la liste de diffusion du BVS, inscrivez-vous :

www.invs.sante.fr/display/?doc=applications/cire_ocean_indien/inscription.asp

CIRE Océan Indien

Tél : 02 62 93 94 24 Fax : 02 62 93 94 57

CVAGS Réunion

Tél : 02 62 93 94 15

Fax : 02 62 93 94 56

Mail : ars-oi-cvags-reunion@ars.sante.fr

CVAGS Mayotte

Tél : 02 69 61 83 20

Fax : 02 69 61 83 21

Mail : dr976-cvs@sante.gouv.fr

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives sur : <http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/Bulletins-de-Veille-Sanitaire.90177.0.html>
et sur <http://www.invs.sante.fr/publications/>

Directeur de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS

Rédacteur en chef : Laurent Filleul, Coordonnateur de la Cire Océan Indien

Maquettiste : Elsa Balleydier

Comité de rédaction : Cire Océan Indien Lydéric Aubert, Elsa Balleydier, Noémie Baroux, Elise Brottet, Agnès Cadivel, Dr Eric D'Ortenzio, Sandra Giron, Yasmine Hafizou, Dr Tinne Lernout, Emilie Maltaverne, Juliana Ramiandrisoa, Dr Philippe Renault, Jean-Louis Solet, Pascal Vilain

Diffusion : Cire Océan Indien - 2 bis, Av. G. Brassens 97400 Saint Denis la Réunion

Tél. : 262 (0)2 62 93 94 24 / - Fax : 262 (0)2 62 93 94 57

<http://www.invs.sante.fr> — <http://ars.ocean-indien.sante.fr/La-Cellule-de-l-InVS-en-Region.88881.0.html>