

# 2 CAS DE SYPHILIS CONGÉNITALE AU CHU DE MONTPELLIER

Nous avons été très surpris en décembre 2020 de prendre en charge sur le CHU de Montpellier deux cas de syphilis congénitale, pathologie pourtant réputée comme très anecdotique dans notre pays. Il nous a donc semblé important de vous faire part de ces deux cas afin de maintenir notre vigilance et **savoir diagnostiquer précocement les cas néonataux**.

Une seule des deux mamans (toutes deux d'origine caucasienne) avait eu une sérologie syphilis au terme de 10 SA, sans prise en charge (VDRL 1/32, TPHA 339).

Les deux enfants sont nés prématurés à 33 et 34SA, hypotrophes (1650g et 2175g) avec des lésions cutanées (cf. photos).



Leurs sérologies évoquaient une syphilis avec des IgM positifs, ce qui a été confirmé par des PCR muqueuses, sanguines et du cordon positives. Ils ont bénéficié dans les 48h d'un traitement par pénicilline G 150 000 UI/kg/j pendant 10 jours.

Le bilan d'extension a retrouvé pour les deux enfants : une atteinte osseuse majeure avec une périostite diffuse (lésions métaphysaires diffuses des os longs avec bandes claires et lésions d'ostéolyse) associée à des fractures multiples (cf. photo).

Pour un de ces enfants a été également retrouvé des lésions ischémohémorragiques cérébrales dans le contexte d'une probable vascularite. Le reste des examens complémentaires étaient normaux.



Cet enfant a été pris en charge à 3 mois de vie pour une HyperTension Intra-Cérébrale (HTIC) avec mise en place en urgence d'une dérivation. Le suivi comprend un suivi biologique sérologique, neurologique et orthopédique. Les parents ont bien sûr été dépistés et traités.



## RECOMMANDATIONS EUROPEENNES (Mises à jour 2020)

Nous assistons depuis 2000 à une recrudescence de la syphilis dans les pays occidentaux, il s'agit de l'une des pathologies infectieuses avec fœtopathies curables pendant la grossesse. Il nait plus d'enfants avec syphilis congénitale que d'enfant avec un VIH congénital.

Son **dépistage est obligatoire pendant la grossesse au premier trimestre** de la grossesse. Il peut être répété en cas de conduites à risque.

Il repose sur un diagnostic sérologique :

- Test treponémique
- Test non treponémique si le premier est positif avec titrage et confirmation par immunoBlot IgG indispensable

La transmission est directe par contact cutané-muqueux (risque de transmission 30%) ou verticale (le plus souvent en anténatal, ou à l'accouchement avec sécrétions vaginales). La transmission par le lait n'est pas rapportée.

Le risque de transmission augmente avec le caractère récent de l'infection maternelle, avec le terme de la grossesse. Les conséquences sont plus graves si la transmission se fait tôt dans la grossesse.

En l'absence de traitement maternel, **70 à 100% des fœtus seront infectés avec plus de 35% d'arrêt de grossesse** (fausses couches, décès périnataux, mort fœtale in utero). Plus de 35% des enfants nés vivants auront des signes cliniques. La syphilis congénitale est décrite dans 25% des cas.

Le diagnostic de l'infection fœtale peut se faire par **PCR dans le liquide amniotique** ou par signes échographiques qui signent une forme grave (bien que leur absence ne signe pas l'absence de contamination maternelle).

**Un traitement précoce peut éviter une infection fœtale ou faire régresser des lésions observées à l'écho d'autant plus qu'il est instauré tôt.** Il consiste en des injections de pénicilline retard: EXTENCILLINE IM 2,4 millions en 1 ou 3 injections en fonction de la forme de syphilis.

La surveillance du traitement se fera par sérologie (décroissance TNT) et surveillance échographique fœtale.