

**2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique**  
Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

	<h2>Syphilis congénitale</h2>	Codification : NNAT PM 104
		Version : 1
Emetteur : Néonatalogie	Rattachement : NNAT PO 1	Date d'application : Mai 2018
		Pages : 1/4

Rédacteur(s)	Approbateur(s) (signature - date)	Gestionnaire	Destinataire(s)
* Sterkers Cécile	* Arvieux Cédric	* Lebas Fanny	<input checked="" type="checkbox"/> Médecins <input type="checkbox"/> Réa Péd <input checked="" type="checkbox"/> Cadres de santé <input type="checkbox"/> Réa Néonat <input checked="" type="checkbox"/> IDE / PDE <input type="checkbox"/> SI Néonat <input type="checkbox"/> SC Néonat <input type="checkbox"/> Autres : sages-femmes.....

### But et objet

Conduite à tenir devant une sérologie syphilitique maternelle positive

### Diagnostic maternel

- ELISA : Test de dépistage très sensible. Sa négativité élimine une syphilis. Manque un peu de spécificité. Reste positif indéfiniment après une syphilis
- VDRL : reflète l'activité et l'évolution de la maladie sous traitement, manque un peu de spécificité
- TPHA, FTA, FTA-ABS (réactions d'immunofluorescence) : restent généralement positives à vie, le taux n'est pas corrélé à l'activité de la maladie. Positif également en cas de tréponématose non vénérienne (maladie tropicale)

ELISA	TPHA	VDRL	interprétation
-	-	-	Pas de syphilis
+	+	+	Atteinte syphilitique
-	-	+	Faux positif : cirrhose, lupus, sclérodermie, dysglobulinémie, infection virale
+	+	-	Syphilis débutante, cicatrice sérologique ou autre tréponématose

En 2018, le dépistage se base sur un 1er test ELISA. S'il est négatif, pas d'autres explorations. S'il est positif, recherche d'une syphilis active avec un test VDRL. S'il est négatif, pas d'autres exploration sérologique. En cas de difficultés d'interprétation, réalisation d'un test TPHA.

### Transmission maternofoetale

- La transmission se fait par voie hématogène transplacentaire dès 14 SA (mort périnatale 40%)  
En cas de primo-infection non traitée : les tréponèmes peuvent persister dans le sang jusqu'à 4 ans, le risque de transmission est alors de 70%
- Le risque chez l'enfant est:
  - maximal si la syphilis maternelle est récente et non traitée (85% des fœtus atteints et 25% de mortalité) **ATTENTION A LA REINFECTION DE FIN DE GROSSESSE**
  - intermédiaire en cas de traitement maternel mal suivi, peu documenté ou insuffisant

**2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique**  
Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

- très faible en cas de syphilis ancienne et bien traitée (dépistage et traitement pendant le premier trimestre, voire la deuxième moitié de la grossesse) : Benzyl-Pénicilline 3 injections IM de 2.4 millions d'unités à 1 semaine d'intervalle ou Péni G IVSE 14j en cas de formes neurologiques

### Signes de syphilis congénitale

- Cutanéomuqueuses (contagieuses+++) : pemphigus palmoplantaire (premiers jours de vie), coryza mucopurulent (entre 15 et 30 j de vie), syphilides érythémato-papuleuses peri-orificielles avec fissures et ulcération (1<sup>er</sup> mois)
- Osseuses : ostéochondrite ++++genoux et coudes, périostite (! douloureuse, pseudoparalysies de parrot)
- Viscérales : hépatique, rénale et sanguine (anémie hémolytique et thrombopénie rares, de pronostic sévère), HSMG
- Neurosyphilis : souvent asymptomatique en période néonatale
  - LCR : hyperleucocytose > 25 éléments/mm<sup>3</sup>, Protéinorachie >1.5g/L, VDRL +
  - Extrémités pseudo paralytiques
- Infection néonatale infraclinique (60%) ou se limitant à petit poids de naissance, risquant de se réveiller en l'absence de traitement plusieurs années plus tard (kératite, atteinte dentaire, surdité, atteinte neurologique)

### Diagnostic chez le nouveau-né

- Difficile chez l'enfant asymptomatique
  - les tests sérologiques reflètent le passage transplacentaire des IgG maternelles
  - on retient comme diagnostic possible **un VDRL positif 4 fois supérieur à celui de la mère (pas de prélèvement au cordon)**
  - le test FTA-ABS-IgM est spécifique mais peu sensible, de réalisation difficile
  - le dosage des IgM spécifiques par immunoblot et le diagnostic par PCR sont de meilleure spécificité
  - la surveillance de la sérologie de l'enfant pendant les premiers mois permet finalement d'éliminer le diagnostic devant la disparition des anticorps maternels transmis, généralement dès 6 mois
- Chez l'enfant présentant des lésions cutanées ou un jetage nasal, la présence de spirochètes à l'ultramicroscope à fond noir apporte un diagnostic de certitude
- Un diagnostic prénatal est possible par PCR sur liquide amniotique

### En pratique à la naissance

- Vérifier que l'on dispose d'un résultat de sérologie syphilis de la mère, qui a dû être réalisé au 1er trimestre
- En cas d'ATCD d'infection syphilitique vérifier la sérologie maternelle (uniquement VDRL) au moment de la naissance (surtout si partenaire non traité). Idem dans les populations pour lesquelles le risque de contact avec la syphilis est élevé.
- Évaluation du nouveau-né à risque :
  - Examen clinique détaillé
  - Sérologie VDRL (prélèvement sanguin, pas de prélèvement au cordon)
  - Recherche de spirochètes sur le placenta ou en cas de lésions cutanéo muqueuses
  - Si signe clinique ou VDRL 4x supérieur à celui de sa mère
    - NFS (anémie, thrombopénie)
    - PL, thorax, ETF, bilan hépatique, PEA, examen ophtalmo,
    - Radiographie des os long
    - Autre selon examen clinique

**2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique**  
 Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

- puis

<b>SYPHILIS PROUVEE OU HAUTEMENT PROBABLE</b> <b>1 associé à 2 ou 3</b> 1-examen clinique anormal 2- VDRL > 4x celui de la maman 3- ou identification du tréponème sur microscope à fond noir	Hospitalisation bilan et traitement en urgence PL : VDRL, cellularité, biochimie (détail positivité LCR) NFS Bilan hépatique Radio des os longs /Radio thoracique ETF Examen ophtalmo et auditif	Penicilline G 10 jours 100 000 UI/kg/j En 2 injections IV la première semaine de vie, puis en 3 injections /j après J8 Suivi clinique et sérologique
---	--	---

**NB :** L'enfant qui présente des lésions cutanéomuqueuses n'est plus contagieux après 24 h de traitement.

Détail thérapeutique : si le traitement est arrêté 24 heures, tout doit être recommencé

On ne prend pas en compte un traitement par ampicilline qui a pu être débuté initialement pour une suspicion d'infection néonatale bactérienne précoce

L'allaitement est possible en l'absence de lésion locale.

<b>EXAMEN CLINIQUE NORMAL ET VDRL ≤ 4X CELUI DE LA MAMAN</b> <b>et 1 ou 2 ou 3</b> 1-maman non traitée ou de manière inadaptée ou sans preuve 2-maman traitée par érythromycine ou autre ATB que ceux recommandés 3-maman traitée dans les 4 semaines qui précèdent la naissance	PL : VDRL, cellularité, biochimie NFS Radio des os longs	Pénicilline G 100 000 UI/kg/j 10 jours En deux doses IV/j la première semaine de vie puis en 3 doses IV/j après J8  Ou Benzyl-benathine pénicilline (forme retard) 50 000 UI/kg IM en une seule dose  Suivi clinique et sérologique
--	--	--

**NB :** Autres examens complémentaires non nécessaires si traitement de 10 jours corrects chez l'enfant

Si une partie de l'évaluation initiale (clinique, PL, NFS, radio des os longs) est anormale ou inconnue, ou suivi incertain, traitement de 10 jours

Suivi rapproché si anomalies du LCR : PL tous les 6 mois jusqu'à normalisation, en l'absence de normalisation traitement d'une possible neurosyphilis

**2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique**  
 Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

<b>EXAMEN PHYSIQUE NORMAL ET VDRL ≤ 4X CELUI DE LA MAMAN et 1 et 2</b> 1-maman a été correctement traitée pendant la grossesse, de manière appropriée et plus de 4 semaines avant la naissance 2-pas de signe de réinfection ou récidive chez maman	Pas d'examen complémentaire	Benzyl-benathine pénicilline (forme retard) 50 000 UI/kg en dose unique  Si les sérologies de la maman montrent une diminution de 4 x le titre initial après le traitement d'une première syphilis ou taux stables après syphilis tardive : pas de traitement et suivi clinique et sérologique 18 mois
---	-----------------------------	--

<b>EXAMEN CLINIQUE NORMAL ET VDRL ≤ 4X CELUI DE LA MAMAN et</b> 1-traitement adéquat avant la grossesse 2-titre sérologique de la maman bas et stable avant pendant la grossesse et à la naissance (VDRL< 1 :2 ; RPR <1 :4)	Pas d'examen complémentaire	Pas de traitement Benzyl-benathine pénicilline (forme retard) 50 000 UI/kg en 1 injection IM à discuter si suivi incertain
---	-----------------------------	---

- Dans tous les cas

Suivi sérologique(VDRL) et clinique tous les 2-3 mois jusqu'à ce que la sérologie soit négative ou que le titre ait diminué de 4x son taux initial

Le taux de VDRL doit diminuer à partir de l'âge de 3 mois si non infecté ou traité correctement.

En cas de taux stables ou en augmentation après 6 à 12 mois, l'enfant doit être réévalué (PL) et traité par Pénicilline G IV 10 jours

### Documentation et renvois

Guidelines MMWR : Centers For Disease Control and Prevention Congenital Syphilis. MMWR 2010; 59 (NORR-12):[36-38]  
 Pédiatrie en maternité, 3eme edition, C Francoual, J Bouillé, Sophie Parat-Lesbros 229-232