



Vigie – Interventions

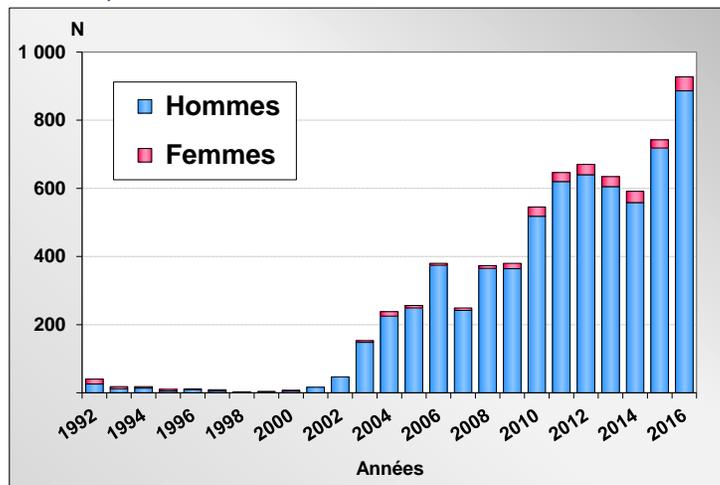
Syphilis congénitale

Au Québec, trois cas de syphilis congénitale ont été déclarés en 2016. Ce chiffre est nettement plus élevé qu'attendu, alors que quatre cas d'acquisition locale ont été déclarés entre 2000 et 2015.

Ces cas surviennent alors que la syphilis infectieuse continue de progresser. En 2016, 929 cas ont été déclarés, soit une augmentation de 25 % par rapport à l'année précédente (2015) (figure 1). La grande majorité des cas, soit 95 %, sont des hommes.

En ce qui concerne les femmes en âge de procréer (15-49 ans), 95 cas de syphilis, toutes formes confondues, ont été déclarés en 2016, contre une moyenne annuelle de 88 cas pour les quatre années précédentes. De ces 95 cas, 36 % (n = 34) étaient des syphilis infectieuses, 55 % (n = 52), des syphilis non infectieuses, et 9 % (n = 9), des syphilis sans précision. Un peu plus de la moitié des femmes atteintes, soit 58 % (n = 55), résidaient à l'extérieur de la région de Montréal.

Figure 1
Nombre de cas déclarés de syphilis infectieuses, Québec, 1992 à 2016



Source : Bureau de surveillance et de vigie, à partir de la liste de cas produite à l'Infocentre (extraction du 23 mars 2017).

Description des cas. Les trois cas de syphilis congénitale concernent des jeunes mères, âgées de moins de 30 ans, provenant de trois régions distinctes.

Premier cas : absence de suivi prénatal et partenaire à risque. Une femme s'est présentée à l'hôpital en travail prématuré. La patiente ne rapportait aucun symptôme et n'avait pas eu de suivi prénatal. Les grossesses précédentes s'étaient déroulées sans incident.

Le dépistage de syphilis effectué lors de la consultation pour travail prématuré s'est révélé positif. Le traitement a consisté en trois doses de pénicilline benzathine IM. La première dose a été administrée une semaine avant l'accouchement, la deuxième, lors de l'accouchement, et la dernière, une semaine plus tard.

Les tests effectués chez le nouveau-né à partir de sang veineux étaient positifs pour la syphilis. L'enfant présentait des manifestations de syphilis congénitale telles que hépatosplénomégalie massive, thrombopénie, canal artériel et sténose valvulaire pulmonaire. Il a été transféré dans un centre spécialisé.

Le partenaire sexuel de la mère n'avait aucun symptôme. Son dépistage s'est révélé positif et il a été traité en conséquence.

Deuxième cas : dépistage prénatal sans suivi approprié. Une femme, suivie par son médecin de famille au cours de sa grossesse, a été dirigée en obstétrique deux semaines avant son accouchement. À ce moment, la revue de dossier a permis de constater des résultats positifs à un dépistage de syphilis en début de grossesse. La patiente, sans antécédents de syphilis et sans symptômes durant la grossesse, n'avait pas été traitée à la suite du dépistage prénatal.

Un nouveau dépistage a été effectué et le résultat s'est révélé positif. La patiente a reçu deux doses de pénicilline benzathine IM à une semaine d'intervalle avant son accouchement, et une troisième dose, trois jours après l'accouchement. Le cas a été déclaré à la santé publique.

Le nouveau-né ne présentait aucune manifestation clinique, biochimique ou radiologique de syphilis. Cependant, le dépistage sur sang veineux s'est révélé positif. Il a reçu un traitement de pénicilline IV pendant dix jours.

Le suivi auprès des contacts a été effectué par la santé publique.

Troisième cas : dépistage prénatal négatif en début de grossesse. Il s'agit d'un cas de syphilis congénitale diagnostiqué plusieurs mois après la naissance.

La mère a eu un dépistage prénatal négatif en début de grossesse. Durant la grossesse, elle n'a signalé ni symptômes évocateurs de syphilis, ni nouveau partenaire. Comme la femme n'avait rapporté aucun facteur de risque, le dépistage n'a pas été répété en cours de grossesse. L'accouchement s'est déroulé normalement, et le bébé semblait en bonne santé.

À l'âge de 6 mois, le bébé a présenté une ostéomyélite, et a été traité par antibiotiques intraveineux pendant plusieurs semaines.

Quelques mois après la naissance, la mère a consulté pour un dépistage d'infection transmissible sexuellement ou par le sang (ITSS) parce qu'elle avait eu de nouveaux partenaires. Une infection à *C. trachomatis* et une syphilis ont alors été détectées, et la femme a été traitée. Le suivi auprès des contacts a été effectué par la santé publique.

Par la suite, l'enfant a été dépisté pour la syphilis. Les tests tréponémiques étaient réactifs et le test non tréponémique, négatif. Selon l'infectiologue, le traitement administré contre l'ostéomyélite a probablement été efficace pour traiter la syphilis, ce qui expliquerait le résultat négatif au test non tréponémique. Il a cependant jugé préférable d'administrer un traitement à la pénicilline IV. Ce cas est un cas confirmé de syphilis congénitale.

Conclusion

L'apparition de ces cas démontre la pertinence du dépistage prénatal systématique de la syphilis. Elle démontre aussi la nécessité d'être vigilant face aux failles potentielles et, si possible, de prendre des mesures pour les prévenir. Comme en font foi les trois cas décrits :

- des femmes enceintes peuvent échapper au suivi prénatal;
- un résultat positif au dépistage peut échapper au suivi approprié;
- les facteurs de risque ou les expositions ne sont pas toujours repérés au cours de la grossesse, d'où, la non-répétition du dépistage. En 2010-2011, la vigie rehaussée de la syphilis a montré que 36 % des femmes atteintes ne rapportaient aucun facteur de risque pour elles-mêmes ou leur partenaire, alors que 51 % d'entre elles avaient un partenaire à risque.

Souche de *Neisseria gonorrhoeae* non sensible aux céphalosporines de troisième génération

Une souche de *N. gonorrhoeae* non sensible à la ceftriaxone et à la céfixime a été identifiée dans un laboratoire d'un centre hospitalier du Québec. De plus, à l'antibiogramme, la souche s'est révélée résistante à la tétracycline et à la ciprofloxacine, mais sensible à l'azithromycine. Les résultats des analyses de sensibilité ont été confirmés par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et le Laboratoire national de microbiologie (LNM).

Il s'agit de la première souche au Canada affichant de telles concentrations minimales inhibitrices (CMI) aux céphalosporines de troisième génération (C3G). La souche sera séquencée au LNM.

La souche a été prélevée en janvier 2017 chez une jeune femme, sans antécédents d'ITSS, qui s'était présentée pour un dépistage d'ITSS. Un prélèvement génital pour culture a été effectué en prétraitement, à la suite du résultat positif à un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN). La femme a reçu un traitement composé d'une dose unique de céfixime 800 mg *per os* (PO) et d'une dose unique d'azithromycine (1 g PO).

Les analyses démontrant une non-sensibilité de la souche aux C3G, le clinicien, lors de la visite de contrôle à 13 jours post-traitement, a prescrit d'emblée un nouveau traitement (dose unique d'azithromycine 2 g PO) sans attendre les résultats des tests effectués lors de cette visite. Ces tests (TAAN et culture de l'endocol) étaient négatifs pour *N. gonorrhoeae* (donc aucune preuve d'échec du traitement).

L'intervention préventive auprès de la personne atteinte a permis d'identifier tous les partenaires potentiellement exposés. Les suivis appropriés ont été effectués par la santé publique.

Au Québec, les activités de surveillance de l'antibiorésistance se poursuivent, tout comme la vigie des échecs de traitement.

MADO chimiques

Révision des définitions nosologiques d'origine chimique et physique et des seuils de déclaration par les laboratoires

Dans le cadre de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine chimique et physique au Québec, le Recueil des définitions nosologiques ainsi que les seuils de déclaration par les laboratoires ont été mis à jour. Ces mises à jour sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier dernier.

Il convient de rappeler que les médecins et les laboratoires doivent déclarer les MADO d'origine chimique et physique aux autorités de santé publique, au même titre que les MADO d'origine infectieuse. Les [formulaires de déclaration](#), tout comme le [Recueil actualisé](#) et les nouveaux [seuils de déclaration](#), sont diffusés sur le site Web du Ministère dans la [section MADO](#).

Auteurs : Marc Fiset et Hélène Venables, Bureau de surveillance et de vigie, MSSS ; Sylvie Venne, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, MSSS.

Avec la collaboration de : Stéphanie Michaud, DSPublique de la Capitale-Nationale ; Brigitte Lefebvre et Jean Longtin, du LSPQ ; Irene Martin, LNM ; des DSPublique ayant procédé aux enquêtes ; et France Markowski, Bureau de surveillance et de vigie, MSSS.

Le *FlashVigie* est un bulletin produit par le Bureau de surveillance et de vigie de la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il a pour but de rapporter des situations relatives aux domaines des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé au travail.

La surveillance des maladies infectieuses au Québec s'appuie sur diverses sources de données et demande la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec. Nous les remercions ici pour leur aide précieuse. Pour en savoir plus ou pour nous faire part de vos commentaires, communiquez avec France Markowski à l'adresse suivante : france.markowski@msss.gouv.qc.ca.

Le *FlashVigie* peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web du Ministère, à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/>
