

Combien de cas de syphilis congénitale dans la base PMSI en France en 2004 ?

Nathalie Nicolay, Anne Gallay (a.gallay@invs.sante.fr), Alice Bouyssou-Michel, Javier Nicolau, Caroline Semaille

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Contexte – La résurgence de la syphilis avec des cas rapportés chez les femmes en âge de procréer en France fait craindre la réémergence des cas de syphilis congénitale (SC).

Objectif – Décrire les cas de SC rapportés dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en 2004.

Méthode – Tous les cas d'enfants âgés de moins de 1 an avec un diagnostic de SC en 2004 ont été extraits de la base nationale du PMSI. Un cas était défini comme un cas certain ou un cas probable sur la base de la définition des *Centers for Disease Control américains*. Les informations concernant la mère et l'enfant ont été recueillies anonymement.

Résultats – Six cas parmi les 16 identifiés étaient des cas probables. Deux d'entre eux étaient des enfants adoptés nés hors France. Pour les 4 cas retenus, le diagnostic de syphilis chez la mère a été fait tardivement au cours du troisième trimestre de grossesse. Trois mères sont nées à l'étranger, la notion de difficultés d'intégration sociale et de grossesse non désirée a été rapportée pour deux mères.

Discussion – Le nombre de cas de SC diagnostiqués en France en 2004 est très faible comparativement aux 767 816 naissances vivantes survenues cette même année. La situation sociale et culturelle des populations vulnérables peut constituer une barrière à l'accès aux soins anténataux. Le dépistage de la syphilis et l'identification des situations à risque pendant la grossesse demeurent une priorité.

How many cases of congenital syphilis were there in the French National Hospital Database in France in 2004 ?

Context – Because of the surge of syphilis infection in France among women of childbearing age, the emergence of congenital syphilis (CS) cases is feared.

Objective – To describe the cases of CS identified in the French National Hospital Database (PMSI) in 2004.

Method – All cases of children under one year of age with a diagnosis of CS were extracted from the PMSI database in 2004. We used the Centers for Disease Control case definition of CS to classify cases as probable or certain. Information from mothers and cases was collected on an anonymous basis.

Results – Six cases out of the 16 potential cases were defined as probable. Two cases were adopted children born abroad. For the four concerned cases, the diagnosis of syphilis in mothers was confirmed late in the last term of pregnancy. Three mothers were born abroad, and for two mothers, social integration difficulties and unwanted pregnancy were reported.

Discussion – The number of cases of congenital syphilis identified in the PMSI database in 2004 is very low compared to the 767,816 live births of the same year. The social and cultural status of vulnerable people could prevent the access to the prenatal care system. The screening of syphilis and identification of women at risk are still a priority during pregnancy.

Mots clés / Key words

Syphilis, syphilis congénitale, dépistage, grossesse, surveillance / Syphilis, congenital syphilis, screening, pregnancy, surveillance

Introduction

L'existence de traitements efficaces contre la syphilis et le suivi des grossesses avec un dépistage systématique ont eu pour conséquence la disparition de la syphilis congénitale (SC) du paysage des maladies infectieuses des pays industrialisés. Cependant, l'Organisation mondiale de la santé estime chaque année que le nombre de cas de syphilis chez la femme enceinte est responsable d'au moins un demi-million de SC parmi les nouveau-nés et d'un autre demi-million de fausses couches et d'enfants mort-nés, principalement dans les pays en développement. En France, comme dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest, l'incidence de la syphilis en population générale est en augmentation depuis les années 2000 (date de la levée de la Déclaration obligatoire des maladies vénériennes) [1]. Ces cas surviennent principalement en population masculine homosexuelle, mais des cas ont été rapportés chez les femmes en âge de procréer, avec pour possible risque une réémergence de la SC dans notre pays. Notre étude a pour objectif d'estimer le nombre de cas de SC nés en France et pris en charge à l'hôpital en 2004.

Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective des cas de SC enregistrés dans la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en France en 2004. Tous les séjours correspondant à des patients âgés de moins de un an et dont le diagnostic principal ou associé de sortie codé dans la base était une SC ont été retenus pour l'étude. La 10^e Classification internationale des maladies (CIM 10) est utilisée par les cliniciens pour coder les séjours de leurs patients : neuf codes se rapportent directement à la SC (tableau 1). Tous ces codes ont été retenus pour sélectionner les séjours, puis les dossiers correspondant à chacun des séjours.

Les médecins des Départements d'information médicale des hôpitaux où ont été identifiés les séjours ont documenté anonymement les variables suivantes à partir des dossiers correspondants : le sexe et l'âge du patient, la date d'hospitalisation, le diagnostic de SC, le lieu de naissance de l'enfant, le terme de la grossesse, le dépistage maternel de la syphilis au cours de la grossesse, la date du dépistage, le traitement maternel de la syphilis au

cours de la grossesse et le lieu de naissance de la mère.

En l'absence de définition de cas de SC en France, les définitions établies par les *Centers for Disease Control and Prevention américains* (CDC) ont été retenues pour l'inclusion des cas [2].

Tableau 1 Dixième Classification internationale des maladies : codes utilisés pour l'extraction des séjours pour syphilis congénitale, France, 2004 / Table 1 Tenth International Classification of Diseases: codes used to extract hospital stays for congenital syphilis, France, 2004

Diagnostic CIM-10	Code
Syphilis Congénitale précoce, symptomatique	A50.0
Syphilis Congénitale précoce, latente	A50.1
Syphilis Congénitale précoce, non spécifique	A50.2
Syphilis Congénitale tardive, oculopathie	A50.3
Syphilis Congénitale tardive (neurosyphilis juvénile)	A50.4
Autre Syphilis Congénitale tardive, symptomatique	A50.5
Syphilis Congénitale tardive, latente	A50.6
Syphilis Congénitale tardive, non spécifique	A50.7
Syphilis Congénitale, non spécifique	A50.9

Tableau 2 Cas non confirmés de syphilis congénitale, d'enfants âgés de moins de 1 an, identifiés dans la base Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), France, 2004 / Table 2 Non confirmed cases of congenital syphilis of children under one year of age, identified in French National Hospital Database (PMSI), France, 2004

Cas	Âge au diagnostic	Sexe*	Tests sérologiques et autres examens à visée diagnostique de syphilis congénitale**	Dépistage de la syphilis chez la mère	Traitement reçu par la mère	Lieu de naissance de la mère
1	À la naissance à terme	F	TPHA - / VDRL - à la naissance IgM négatives Autres examens : radio des os longs / échographie abdominale normales	Syphilis antérieure à la grossesse	Traitement curatif reçu avant la grossesse	Inconnu
2	À la naissance à terme	F	TPHA - / VDRL -	TPHA + / VDRL + au 8 ^e mois de grossesse	3 doses d'Extencilline à une semaine d'intervalle reçues avant l'accouchement	Europe de l'Est
3	1 mois	M	TPHA - / VDRL - à la naissance Contrôle sérologique effectué à un mois négatif	Pas de suivi de grossesse TPHA + / VDRL + à l'accouchement Hépatite B active	Non	Inconnu (Gens du voyage)
4	À la naissance à terme	M	TPHA - / VDRL - à la naissance	TPHA + / VDRL + au cours de la grossesse (terme exact inconnu)	3 doses d'Extencilline à une semaine d'intervalle reçues avant l'accouchement	Département français d'Amérique
5	À la naissance à terme	M	TPHA - / VDRL -	↗ TPHA entre le 1 ^{er} trimestre et l'accouchement ***	Extencilline à l'accouchement	Département français d'Amérique

* Masculin (M) - Féminin (F).

** TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutination Test (TT) - VDRL : Venereal Disease Research Laboratories (TNT).

*** Pas d'information sur le VDRL.

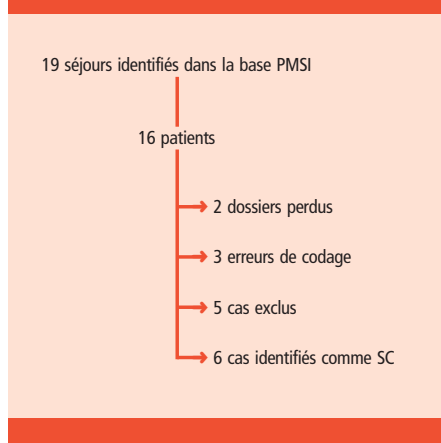
Un cas était défini comme :

- cas « certain » si *Treponema pallidum* était identifié dans un prélèvement effectué chez le nouveau-né ou dans le placenta ;
- cas « probable » si le cas répondait à l'un des critères suivant :
 - un antécédent de syphilis maternelle au cours de la grossesse et des signes cliniques chez l'enfant ; ou
 - un test sérologique syphilitique positif (TSS), en pratique le *Treponema pallidum* Hemagglutination Test (TPHA) associé à des signes cliniques de SC ou à des examens paracliniques anormaux (un autre test sérologique positif par exemple dont le test sérologique non tréponémique, *Veneral Disease Research Laboratories* (VDRL)).

Résultats

En 2004, dix-neuf séjours correspondant à un diagnostic principal ou associé de SC ont été identifiés dans la base PMSI. Ces dix-neuf séjours correspondaient à seize cas (quatre séjours correspondaient à un même patient, figure 1).

Figure 1 Cas de syphilis congénitale (SC), âgés de moins de 1 an, identifiés dans la base PMSI, France, 2004 / Figure 1 Cases of congenital syphilis (CS) under one year old, and identified in the French National Hospital Database (PMSI), France, 2004



Deux dossiers n'ont pu être identifiés. Parmi les 14 cas restants, trois codages étaient erronés et le diagnostic de SC n'a pas été retenu pour 5 cas (tableau 2). Les 6 cas restants avaient un diagnostic de « SC probable » (tableau 3), tous avaient une sérologie syphilitique positive (TPHA+ / VDRL+). Deux enfants âgés de 2 et 8 mois étaient des enfants adoptés nés en Afrique du Nord ; l'un d'eux avait un syndrome de West. Aucune information sur le suivi prénatal de la mère n'était disponible. Les 4 autres cas probables étaient nés en France ; toutes les mères ont été dépistées positives au cours du troisième trimestre de grossesse, dont 2 au moment de l'accouchement. Deux mères ont été traitées avant l'accouchement. Deux enfants sont nés prématurés, l'un d'eux avait une foetopathie grave avec hépatomégalie. À l'exception d'un enfant né d'une mère originaire d'un Département français d'Amérique, les autres étaient nés de mères nées à l'étranger (une en Europe et deux hors Europe). Leur date d'arrivée en France, leur statut social et leur facilité d'accès aux soins étaient inconnus. Des difficultés d'intégration sociale, une grossesse non désirée et un désintérêt pour la grossesse étaient rapportés pour 2 mères (tableau 3).

Discussion

Cette étude originale permet d'estimer pour la première fois, à partir de la base nationale du PMSI, le nombre de cas de SC survenus en France sur une année (2004). Les dix-neuf séjours identifiés dans la base PMSI correspondaient à seize cas. Aucun cas ne répondait à la définition de « cas certain » et 6 cas ont été classés « SC probable » au regard de la définition retenue [2]. Parmi ces 6 cas, 2 enfants adoptés étaient nés en Afrique du Nord et 4 enfants sont nés en France. Le nombre de cas de SC identifiés dans la base nationale du PMSI est très faible en 2004 au regard des 767 816 naissances vivantes recensées en France la même année. Ces cas sont survenus alors que la mère n'a pas été dépistée pour la syphilis au cours de sa grossesse ou l'a été tardivement au cours du dernier trimestre.

Le nombre de cas de SC identifiés en 2004 a pu être sous-estimé. Lors de l'accouchement, la vérification d'un dépistage de la syphilis au cours de la grossesse n'est pas systématique et le risque d'un sous-diagnostic des cas de SC est probable compte tenu des formes asymptomatiques ou des signes cliniques peu spécifiques. Au Royaume-Uni, parmi les 9 enfants porteurs de SC diagnostiqués entre 1994 et 1998, un seul avait des signes cliniques [3]. Dans notre étude, 2 des 4 enfants nés en France étaient prématurés avec présence patente d'autres signes cliniques (foetopathie) pour l'un. Les 2 autres nouveau-nés étaient asymptomatiques. De plus, nous n'avons retenu que les cas âgés de moins de 1 an pour cette étude. Le diagnostic de SC précoce peut être retenu jusqu'à l'âge de 2 ans et même jusqu'à l'adolescence, on parle alors de SC tardive. Cependant, un seul cas supplémentaire âgé entre 1 et 2 ans a été identifié dans la base PMSI en 2004. Enfin, la base n'est pas à l'abri d'erreurs de codage et les cas qui n'ont jamais été hospitalisés ne sont pas enregistrés dans la base. En outre, l'étude n'a pris en compte que les enfants nés vivants avec une SC et ne tient pas compte des fausses couches spontanées et des morts-nés imputables à une SC.

Des études antérieures ont montré que le risque de SC est accru lorsque les consultations anténatales sont tardives ou en l'absence de soins maternels anténataux [4,5]. Il en résulte un diagnostic de syphilis tardif voire absent chez la mère et, par conséquent, un traitement inadéquat pour prévenir une contamination foetale [6,7]. Des facteurs de risque similaires ont été identifiés dans notre étude. Le diagnostic de syphilis chez la mère a été fait tardivement (au cours du 3^e trimestre ou au moment de l'accouchement) pour les 4 enfants nés en France, dont 2 du fait d'un accouchement prématuré. Une mère n'a eu aucune consultation anténatale. En France, 3 consultations prénatales minimales avec un dépistage de la syphilis au cours du 1^{er} trimestre sont obligatoires et la prise en charge par la sécurité sociale pour une grossesse à terme est de cent

Tableau 3 Cas de syphilis congénitale probable, âgés de moins de un an, identifiés dans la base Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), France, 2004 | Table 2 Confirmed cases of congenital syphilis under one year of age identified in the French National Hospital Database (PMSI), France, 2004

Cas	Âge au diagnostic	Sexe*	Diagnostic de syphilis congénitale***	Dépistage de la syphilis en cours de grossesse	Traitement reçu par la mère au cours de sa grossesse	Lieu de naissance de la mère
1	À la naissance à terme	M	TPHA + / VDRL +	TPHA+ / VDRL +	2 doses d'Extencilline à une semaine d'intervalle avant l'accouchement	Europe de l'Est
2	Prématuré 33 SA**	M	TPHA + / VDRL + Fta-IgM +	1 ^{re} consultation prénatale à 29 SA avec : TPHA + / VDRL + - Grossesse non désirée	3 doses d'Extencilline à une semaine d'intervalle	Europe du Sud
3	Prématuré 32 SA**	F	Foetopathie avec hépatomégalie TPHA + / VDRL +	Admise à l'hôpital avec menace d'accouchement prématuré avec TPHA + / VDRL + - Grossesse suivie en ville par médecin généraliste Dépistage au 1 ^{er} trimestre inconnu	Jamais traitée	Moyen-Orient
4	Inconnu	M	Pas de signes cliniques 2 TPHA + / VDRL + réactifs à 1 semaine d'intervalle 2 ^e titre augmenté / 1 ^{er}	TPHA + / VDRL + à l'accouchement Difficultés sociales	Refusé	Département français d'Amérique
5	8 mois	F	Retard de croissance Syndrome de West TPHA + / VDRL +	Inconnu	Inconnu	Afrique du Nord
6	2 mois	M	Signes cliniques inconnus TPHA + / VDRL +	Inconnu	Inconnu	Afrique du Nord

* Masculin (M) - Féminin (F).

** Semaines d'aménorrhée.

*** TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutination Test (TT) - VDRL : Venereal Disease Research Laboratories (TNT).

pour cent. Ce système devrait limiter le nombre de grossesses non suivies. Cependant, des facteurs culturels, les barrières linguistiques, des difficultés financières ou une situation irrégulière sur le territoire peuvent constituer un véritable frein aux consultations anténatales [8,9]. Dans notre étude, des conditions socioculturelles particulières pouvaient expliquer le déficit de recours aux soins prénataux : trois mères nées dans un pays étranger étaient migrantes et une avait des difficultés d'insertion sociale. Le refus du traitement pour une mère et le désintérêt de la grossesse pour une autre mère suggéraient des situations psychosociales difficiles [10].

En France, comme dans la plupart des autres pays développés, la réémergence de la syphilis touche surtout les hommes homosexuels [1]. Cependant, le nombre de cas rapportés chez les femmes a presque triplé entre 2001 et 2006 [1]. La forte contagiosité de la syphilis et la forte proportion de personnes n'utilisant pas systématiquement de préservatifs lors de rapports orogénitaux (90 % des hétérosexuels et 98 % des homosexuels) sont des conditions favorisant la transmission de la syphilis [1]. Dans un contexte social difficile, à l'occasion d'une migration, les femmes en situation de vulnérabilité pourraient être particulièrement affectées [11]. Si un minimum de consultations anténatales est requis, la qualité des soins donnés a une importance majeure. En présence de facteurs de risque d'acquisition d'une syphilis, les praticiens devraient se poser la question de l'opportunité du dépistage de la syphilis à chaque consultation [12,13]. Ainsi, en plus du nombre minimum de consultations prénatales exigées par la loi, la Haute autorité de santé recommande un second dépistage de la syphilis au cours de la 28^e semaine de grossesse chez les femmes à risque ou celles dont le part-

naire a des comportements sexuels à risque, ou lors de l'accouchement si le dépistage n'a pas été fait antérieurement [13].

En France, le faible nombre de cas de SC identifiés suggère que la prise en charge des femmes enceintes est efficace. Dans ce contexte, le faible taux d'incidence de la SC ne peut être utilisé comme indicateur de la transmission de la syphilis en population générale, contrairement à certains pays tels que les États-Unis ou les pays d'Europe de l'Est. Cependant, étant donné les taux d'incidence croissants de la syphilis en population générale, une réémergence des cas de SC est à craindre, surtout chez les femmes dont la situation sociale et culturelle peut être à l'origine d'une perte de chance d'entrer en contact avec le système de soins. Le dépistage de la syphilis pendant la grossesse et l'identification des situations à risque demeurent une priorité. Malgré leurs limites, les données du PMSI permettront de suivre les tendances évolutives du nombre annuel de cas de SC rapportés dans la base. Ces données, disponibles avec deux ou trois années de retard par rapport à l'année en cours, ne peuvent être utilisées pour un signalement prospectif. Les médecins obstétriciens et les pédiatres devraient être sensibilisés sur le risque de SC en France. Le signalement prospectif des cas de SC par les maternités, complété par une enquête descriptive de chaque cas, permettra de documenter les circonstances de contamination chez la mère et le suivi de la grossesse. Ces éléments contribueront à renforcer la prévention et la prise en charge de la syphilis auprès des populations particulièrement exposées. Cette stratégie s'impose face à une maladie grave, avec le coût élevé de la prise en charge des enfants survivant avec des séquelles, mais évitable par un traitement simple et coût-efficace de la mère.

Références

- [1] Bouyssou A, Gallay A, Janier M, Dupin N, Halioua B, Alcaraz I et al. Surveillance de la syphilis en France, France 2000-2006 : recrudescence des diagnostics en 2006. Bull Epidemiol Hebd. 2008; 5-6:39-42.
- [2] Centers for Disease Control. Syphilis, Congenital (*Treponema pallidum*) 1996 case definition. Disponible en 2007 à l'adresse : <http://www.cdc.gov/epo/dphsi/casedef/syphiliscurrent.htm>.
- [3] Hurtig AK, Nicoll A, Carne C, Lissauer T, Connor N, Webster JP et al. Syphilis in pregnant women and their children in the United Kingdom: results from national clinician reporting surveys 1994-7. BMJ. 1998; 317:1617-9.
- [4] Cross A, Luck S, Patey R, Sharland M, Rice P, Chakraborty R. Syphilis in London circa 2004: new challenges from an old disease. Arch Dis Child. 2005; 90:1045-6.
- [5] Trepka MJ, Bloom SA, Zhang G, Kim S, Nobles RE. Inadequate syphilis screening among women with prenatal care in a community with a high syphilis incidence. Sex Transm Dis. 2006; 33:670-4.
- [6] Lago EG, Rodrigues LC, Fiori RM, Stein AT. Congenital syphilis: identification of two distinct profiles of maternal characteristics associated with risk. Sex Transm Dis. 2004; 31:33-7.
- [7] Simms I, Ward H. Congenital syphilis in the United Kingdom. Sex Transm Infect. 2006; 82:1.
- [8] Blondel B, Marshall B. Poor antenatal care in 20 French districts: risk factors and pregnancy outcome. J Epidemiol Community Health. 1998; 52:501-6.
- [9] Blondel B. Pourquoi y a-t-il encore des grossesses peu ou pas suivies en France ? Les dossiers de l'obstétrique. 1996; 241:3-7.
- [10] Muller P, Colombani F, Azi M, Belleoud A, Perino C, Chaud P et al. Épidémie de syphilis en Guadeloupe en 2001 : lien avec la précarité sociale et la consommation de crack. Bull Epidemiol Hebd. 2002; 48:241-2.
- [11] Tridapalli E, Capretti MG, Sambri V, Marangoni A, Moroni A, D'Antuono A, et al. Prenatal syphilis infection is a possible cause of preterm delivery among immigrant women from Eastern Europe. Sex Transm Infect. 2007; 83:102-5.
- [12] Mandelbrot L, Marcollet A. Syphilis et grossesse. Rev Prat. 2004; 54:392-5.
- [13] Haute autorité de santé. Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France – recommandations en santé publique. 2007; p. 284. Consulté en janvier 2008 à : <http://www.has-sante.fr>.