



LE POINT SUR ...

LE RETOUR DE LA SYPHILIS EN FRANCE : UN SIGNAL DE PLUS POUR RENFORCER LA PRÉVENTION !

JC Desenclos, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice

Alors que l'obligation de déclarer les maladies vénériennes à l'autorité sanitaire venait de disparaître, plusieurs dispensaires antivénériens (DAV) et des cliniciens spécialisés dans la prise en charge des maladies sexuellement transmises (MST) ont spontanément signalé à l'Institut de Veille Sanitaire une augmentation, parmi leurs consultants, du nombre de diagnostic de cas de syphilis précoce (1). Une investigation épidémiologique réactive conduite en étroite collaboration avec les DAV et les cliniciens a ainsi permis de confirmer la recrudescence de la syphilis, de préciser les principales caractéristiques épidémiologiques des personnes touchées : hommes homosexuels adultes (âge médian 35 ans), résidant principalement en région parisienne, dont la moitié étaient séropositifs pour le VIH et la majorité avaient des antécédents de MST. Ce phénomène détecté en région parisienne ne semble pas y être limité. Sur la base de ce constat un réseau de surveillance volontaire de la syphilis basé sur les dispensaires antivénériens et les consultations hospitalières de dermatologie ou de maladies infectieuses ayant un recrutement important de MST est en cours de constitution. Il permettra de suivre les tendances évolutives, de décrire la diffusion de cette infection ré-émergente dans les années à venir et de contribuer à évaluer les mesures de prévention.

Si elle a été repérée rapidement, cette recrudescence de la syphilis en France n'en est pas pour autant surprenante. En effet, plusieurs pays Européens connaissent le même phénomène (2-4), une recrudescence de la gonococcie a été mise en évidence en France depuis 1998 (5) et, enfin, les dernières données disponibles sur les comportements de prévention des gays indiquent un relâchement de la prévention avec une augmentation en particulier du nombre de partenaires occasionnels dans le cadre de rapports non protégés (6). Les MST aiguës telles la syphilis et la gonococcie ont une dynamique de transmission qui est déterminée par le risque de transmission lors d'un acte sexuel (environ 30% pour la syphilis), la prévalence des formes infectieuses dans la population, la durée de la phase infectieuse et le nombre de partenaires. Tout indique que la conjonction actuelle de ces différents facteurs a entraîné une augmentation sensible du nombre moyen de sujets contaminés par un patient infecté. Ce nombre moyen, ou taux de reproduction, s'il est supérieur à 1 entraîne alors une recrudescence épidémique. Par ailleurs, l'existence de groupes très exposés au risque, même de taille réduite (« core group » des anglo-saxons) au sein desquels la prévalence est élevée, les partenaires multiples et les rapports non protégés, peut être responsable d'épidémies. La syphilis est souvent méconnue au stade primaire, notamment pour les localisations oro-pharyngées et les localisations génitales chez la femme, ainsi qu'au stade secondaire (7). La phase contagieuse peut ainsi être prolongée du fait d'un retard au traitement, ce qui contribuera d'autant à la transmission. La reconnaissance précoce de la maladie, par l'information des personnes exposées au risque et la sensibilisation des cliniciens est donc un élément déterminant, avec le dépistage et le traitement des partenaires, du contrôle de la syphilis.

Cette réapparition de la syphilis, dans ce contexte, est préoccupante car elle indique que le risque de transmission du VIH est aussi augmenté, notamment chez les gays. Cependant, des incertitudes demeurent quant aux voies de transmission de la syphilis, dans le contexte actuel du *safer sex* et sur l'impact de la recrudescence des MST aiguës sur la diffusion de l'infection VIH. En effet, sur la base de données parcellaires, il semblerait que les rapports bucco-génitaux soient souvent associés à la survenue de la syphilis. Par ailleurs, il a été montré que les épisodes de MST aiguës favorisaient la transmission du VIH et plus récemment qu'ils étaient associés à une augmentation de la charge virale sanguine (8, 9) ce qui pourrait contrebalancer la réduction du risque de transmission lié à la baisse de la charge virale induite par les traitements antirétroviraux. Enfin, une modélisation récente (10) a montré qu'une détérioration modérée de la prévention pouvait aisément annuler la réduction du risque de transmission du VIH attendu du fait des traitements antirétroviraux.

Cette recrudescence des MST, un signal préoccupant s'ajoutant à celui des résultats des études comportementales, nécessite une sensibilisation des cliniciens et biologistes pour réduire le délai au diagnostic et traiter plus précocement. Le dépistage et le traitement des partenaires sont tout aussi essentiels. Ce nouveau signal doit aussi amener à renforcer la prévention de la transmission du VIH en ajustant les stratégies, avec un effort qui doit être consenti vers les homosexuels particulièrement en région parisienne, sans négliger les hétérosexuels à partenaire multiples (3). Enfin, le danger d'augmentation des contaminations par le VIH lié à la recrudescence des MST qui est de mieux en mieux caractérisé, doit pouvoir être évalué rapidement par la surveillance du VIH et des études d'incidence appropriées.

RÉFÉRENCES

- 1) Couturier et al. Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001. Bull Epidemiol Hebdo 2001 ; 35-36 ; 168-9.
- 2) Stolte IG, Dulers NHTM, de Wit JBF, Fennema JSA, Coutinho RA. Increase in sexually transmitted infections among homosexual men in Amsterdam in relation to HAART. Sex Transm Inf 2001 ; 77 : 184-6.
- 3) Doherty L, Fenton K, O'Flanagan D, Couturier E. Evidence for increased transmission of Syphilis among homosexual men and heterosexual men and women in Europe. Eurosurveillance Weekly 2000 ; 50, 14 December 2000.
- 4) De Schijver K. Syphilis outbreak in Antwerp, Belgium. Eurosurveillance Weekly 2001 ; 19, 10 May 2001.
- 5) Goulet V, Sednaoui P, Massari V, Laurent E, les biologistes de Renago et les médecins chargés des actions de santé des Conseils Généraux. Confirmation de la recrudescence des gonococcies en France depuis 1998. Bull Epidemiol Hebdo 2001 ; 14 : 61-63.
- 6) Adam P, Hauet E. Résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000 sur la recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays. Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice, rapport 2001.
- 7) Dupin N. Syphilis : aspects cliniques. Bull Epidemiol Hebdo 2001, 35-36 : 170-172.

- 8) Anzala AO, Simonsen JN, Kimani J, Ball TB, Nalgelkerke NJD, Rutheford J et al. Acute sexually transmitted infections increase human immunodeficiency virus type 1 plasma viraemia, increase plasma type 2 cytokines and decrease CD4 cell counts. *J Inf Dis* 2000 ; 182 : 459-66
- 9) Nkengasong JN, Kestens L, Ghys PD, Koblavi-Dème S, Bilé C, Kalou M et al. Human immunodeficiency virus type 1 (HIV 1) plasma virological load and

markers of immune activation among HIV-infected female sex workers with sexually transmitted diseases in Abidjan, Côte d'Ivoire. *J Inf Dis* 2001 ; 183 : 1405-08.

- 10) Law MG, Prestage G, Rulich A, Van de Ven P, Kippax S. Modelling the effect of combination antiretroviral treatments on HIV incidence. *AIDS* 2001 ; 15 : 1287-94.

RÉSURGENCE DE LA SYPHILIS EN FRANCE, 2000-2001.

E. Couturier¹, N. Dupin², M. Janier³, B. Halioua⁴, Y. Yazdanpanah⁵, J-P. Mertz⁶, D. Salmon⁷, A-C. Crémieux⁸, M-J. Soavi⁹, J-M. Dariosecq¹⁰, A. Passeron¹¹.

INTRODUCTION

Depuis le début des années quarante, la syphilis était une maladie à déclaration obligatoire. Cependant, depuis de nombreuses années, les médecins ne déclaraient plus leurs cas de syphilis. C'est ainsi qu'en juillet 2000 une modification du code de santé publique a fait disparaître l'obligation de déclarer les maladies vénériennes. L'analyse des données nationales des dispensaires anti-vénériens [1] (DAV) entre 1985 et 1990 a montré que le nombre de syphilis primaire et secondaire a chuté jusqu'en 1987 et est resté à peu près stable entre 1987 et 1990. Il n'existe pas de données nationales publiées postérieures à 1990 mais les rapports d'activité de certains DAV montrent que la syphilis était devenue une maladie très rare. Fin novembre 2000, le diagnostic de plusieurs cas de syphilis précoce en l'espace de six semaines dans le DAV de l'Hôpital Tarnier (Paris) a entraîné une enquête épidémiologique pour confirmer les cas diagnostiqués et une éventuelle recrudescence de la syphilis.

MÉTHODES

A partir de janvier 2000, une enquête épidémiologique a été mise en place dans des sites volontaires : à Paris dans les DAV, dans un réseau de médecins libéraux (REZO-85) et dans des consultations hospitalières de Maladies Infectieuses ; hors Paris, dans le CHU de Lille-Tourcoing et dans le DAV de Nice. Les DAV parisiens ont pu aussi documenter rétrospectivement les cas de syphilis précoce diagnostiqués en 1998 et 1999.

Un cas de syphilis précoce correspond à un diagnostic de syphilis primaire, secondaire et latente précoce (voir annexe).

Les données obtenues par un questionnaire lors de la consultation initiale incluaient l'âge, le sexe, le pays d'origine, l'orientation sexuelle, les antécédents de maladies sexuellement transmissibles, la date et le résultat de la sérologie VIH la plus récente, pour les patients séropositifs (traitement antirétroviral en cours, résultat de la charge virale la plus récente), les motifs de la consultation, les signes cliniques (chancres, éruption, adénopathie), l'examen au microscope à fond noir et les sérologies syphilitiques (TPHA, VDRL, FTA).

1. Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice ;
2. DAV, Hôpital Tarnier, Paris ;
3. Centre des MST, Hôpital Saint-Louis, Paris ;
4. Institut Alfred Fournier, Paris ;
5. Service des Maladies Infectieuses. CH de Tourcoing, Faculté de Médecine de Lille ;
6. DAV La Croix-Rouge, Paris ;
7. Service de Médecine-Interne, Hôpital Cochin, Paris ;
8. CDAG-DAV, Hôpital Bichat, Paris ;
9. Service des Maladies Infectieuses, Hôpital Saint-Antoine, Paris ;
10. REZO-85, Paris ;
11. DAV, Nice.

RÉSULTATS

A Paris, dans les 5 DAV ayant participé, le nombre de cas de syphilis précoce diagnostiqués par année était respectivement, de 4 en 1998, 9 en 1999, 28 en 2000 et de 33 pour les cinq premiers mois de 2001.

Entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 mai 2001, 78 cas de syphilis précoce ont été déclarés par les sites participants (32 en 2000, 46 au cours des cinq premiers mois de 2001). Parmi eux, 68 (87,2 %) ont été diagnostiqués à Paris, 9 (11,5 %) à Lille et 1 (1,3 %) à Nice. A Paris, parmi les 68 cas, 61 cas ont été diagnostiqués dans les DAV, 4 dans les services hospitaliers et 3 dans le REZO-85.

Parmi les 78 cas, 77 étaient des hommes dont 75 % (58) étaient homosexuels, 10 % (8) bisexuels et 14 % (11) hétérosexuels. Le pays d'origine est connu pour 72 cas, il s'agit de la France pour 58, d'un pays d'Europe pour 8 et d'Afrique ou des Caraïbes pour les 6 derniers. L'âge moyen était de 36,4 ans (médiane : 35 ans, étendue [19-80]).

Parmi les 78 cas, 27 % (21) n'avaient aucun antécédent de MST. Les antécédents de MST déclarés par les autres patients étaient gonococcie (11), hépatite B (11), herpès (11), HPV (4) et chlamydia (4). Cinquante trois pour cent (41) étaient infectés par le VIH. Ces 41 patients séropositifs étaient des hommes homosexuels (38) et bisexuels (3). Parmi eux, 83 % (34) connaissaient leur statut VIH positif avant le diagnostic de syphilis et les 7 autres l'ont découvert au décours du diagnostic de syphilis. Parmi les 34 patients qui connaissaient leur séropositivité, la date du 1^{er} test VIH positif est connue pour 25 d'entre eux. Pour ces 25 patients, le délai moyen entre la date du 1^{er} test VIH positif et la date de diagnostic de la syphilis est de 6 ans et demi (étendue : 15j-13 ans). Parmi les 34 patients séropositifs, 26 (76 %) bénéficiaient d'un traitement antirétroviral. Parmi ces 26 patients traités, la notion de « dernière » charge virale indétectable ou non était connue pour 22 ; 59 % (13) avaient une charge virale indétectable.

Parmi les 78 patients, la présence ou non de signes cliniques (chancres, éruption cutanée, adénopathie) était connue pour 66 (84,6 %). Parmi ces 66 patients, 56 (84,8 %) avaient des signes cliniques : éruption seule (20), éruption et adénopathie (13), chancres et adénopathie (9), chancres seul (8), chancres et éruption et adénopathie (3), chancres et éruption (2), adénopathie seule (1). Parmi les 22 patients avec un chancres, le site du chancres est bouche/lèvre pour 2, anus pour 4 et pénis pour 15 (site inconnu pour 1). Globalement, le diagnostic final était syphilis primaire pour 24 % (19) des patients, secondaire pour 63 % (49) et latente précoce pour 13 % (10).

Trente-deux patients ont eu un prélèvement examiné au microscope à fond noir, il était positif pour 63 % d'entre eux. Les valeurs moyennes des sérologies syphilitiques étaient respectivement, de 38 unités pour le VDRL, de 14 561 pour le TPHA et de 1 572 pour le FTA.

DISCUSSION

Malgré l'absence de données nationales sur la syphilis, les rapports d'activité des DAV montrent qu'à partir de 1990 la syphilis était une maladie rare voire exceptionnelle. Dans ce contexte, le diagnostic de plu-