

- 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-vénéériens [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-

siens cas de syphilis dans un DAV était très inhabituel et a entraîné l'alerte.

L'enquête épidémiologique, tout d'abord proposée au DAV de Tarnier, a ensuite été étendue à certains DAV parisiens. Elle a permis d'élaborer une définition de cas de syphilis précoce et de collecter le nombre de cas diagnostiqués à partir de 1998. Une recrudescence de la syphilis a été confirmée. Le nombre de cas de syphilis diagnostiqués dans les 5 DAV est passé de 4 en 1998 à 33 pour les cinq premiers mois de 2001. Parmi les 9 DAV parisiens, les 5 ayant participé ont déclaré 99 % des MST dépistées en 1999 (source DASES).

La recrudescence de la syphilis est préoccupante car elle s'inscrit dans un contexte de recrudescence des gonococcies [2] depuis 1998, surtout en Ile-de-France et parmi les hommes. Les résultats de l'Enquête Presse Gay [3] 2000 ont mis en évidence, par rapport à ceux de 1997, une recrudescence des MST et un relâchement de la prévention parmi les homosexuels. Entre 1997 et 2000, la proportion de participants à l'enquête ayant déclaré avoir contracté une MST dans l'année est passée de 13 % à 15,8 %. En 2000, cette proportion est de 21 % à Paris et de 14 % en province et varie selon le statut sérologique VIH, de 15 % chez les testés séronégatifs à 30 % chez les séropositifs. La dégradation de la prévention est la plus nette avec les partenaires occasionnels ; en 1997, 17 % déclaraient « au moins une pénétration non protégée dans l'année » comparés à 23 % en 2000. L'augmentation, entre 1997 et 2000, des prises de risque avec les partenaires occasionnels est particulièrement nette en Ile-de-France chez les jeunes homosexuels (moins de 25 ans, de 18 % en 1997 à 31 % en 2000 déclarent des pénétrations non protégées dans l'année avec des partenaires occasionnels), les multi-partenaires et les séropositifs (chez les hommes séropositifs, de 26 % en 1997 à 38 % en 2000 ont déclaré « au moins une pénétration anale non protégée » avec des partenaires occasionnels).

Dans notre population de patients avec une syphilis et infectée par le VIH, trois quart bénéficiaient d'un traitement antirétroviral. L'hypothèse d'un lien éventuel entre l'introduction des nouveaux traitements et les prises de risque a été évoquée. L'Enquête Presse Gay montre que l'optimisme face à ces traitements peut conduire à une prise de risque (25 % des séropositifs déclarent eux-mêmes se protéger moins en raison de l'existence de nouveaux traitements comparés à 10 % des séronégatifs et des non testés). Une étude récente [4] parmi les consultants homosexuels d'un DAV d'Amsterdam suggère une augmentation du nombre de gonococcies rectales et de syphilis récente avant et après 1996, date de l'introduction des nouveaux traitements.

En Europe dès 1999, des épidémies de syphilis ont été décrites au Royaume-Uni, en Irlande [5] et en Belgique [6]. Elles touchaient principalement les homosexuels infectés par le VIH mais aussi les hétérosexuels hommes et femmes.

La syphilis, maladie rare, est de nouveau d'actualité. Sa réapparition devrait entraîner la mise en place d'un réseau de surveillance de la syphilis. En cours d'élaboration, ce dispositif associerait outre les données cliniques et biologiques, des données comportementales qui seraient recueillies par un auto-questionnaire proposé au patient par son médecin.

La recrudescence de la syphilis nécessite une information, d'une part au corps médical pour rappeler les signes et symptômes souvent méconnus et d'autre part à un public plus large dans le cadre d'actions de communication sur les MST. Le risque de MST doit être souligné dans les campagnes de prévention de l'infection à VIH en raison de leur rôle favorisant la transmission du VIH.

RÉFÉRENCES

- [1]. Meyer L, Goulet V, Massari V, Lepoutre-Toulemon A. Surveillance of sexually transmitted diseases in France : recent trends and incidence. *Genitourin Med* 1994 ; 70 (1) : 15-21
- [2]. Goulet V, Sednaoui P, Massari V, Laurent E., les biologistes de RENAGO et les Médecins chargés des Actions de Santé dans les Conseils Généraux. Confirmation de la recrudescence des gonococcies en France depuis 1998. *Bull Epid Hebdom* 2001 ; 14 : 61-63.
- [3]. Adam P., Huet 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, 15 mars 2001, <http://www.invs.sante.fr>.
- [4]. Stolte IG, Dukers 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 : 184-186.

- [5]. 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; issue 50, 14 december 2000.
- [6]. De Schrijver K. Syphilis outbreak in Antwerp, Belgium. *Eurosurveillance Weekly* 2001; issue 19, 10 May 2001.

ANNEXE : DÉFINITION DE CAS DE LA SYPHILIS PRÉCOCE

Syphilis primaire

Clinique : une ou plusieurs ulcérations de type syphilitique (chancre).

Biologie : mise en évidence de *Treponema pallidum* dans des prélèvements par un examen au microscope à fond noir, par immunofluorescence directe ou méthodes équivalentes.

Cas probable = une ou plusieurs ulcérations de type syphilitique (chancre) et un test sérologique positif (VDRL ou RPR ; FTA-abs ou TPHA).

Cas certain = une ou plusieurs ulcérations de type syphilitique (chancre) et mise en évidence de *Treponema pallidum* dans des prélèvements par un examen au microscope à fond noir, par immunofluorescence directe ou méthodes équivalentes.

Syphilis secondaire

Clinique : lésions cutané-muqueuses localisées ou diffuses souvent associées à des adénopathies. Le chancre peut être présent.

Biologie : mise en évidence de *Treponema pallidum* dans des prélèvements par un examen au microscope à fond noir, par immunofluorescence directe ou méthodes équivalentes.

Cas probable = lésions cutané-muqueuses localisées ou diffuses souvent associées à des adénopathies. Le chancre peut être présent. Et une sérologie non tréponémique (VDRL ou RPR) ayant un titre ≥ 4 .

Cas certain = lésions cutané-muqueuses localisées ou diffuses souvent associées à des adénopathies. Le chancre peut être présent. Et mise en évidence de *Treponema pallidum* dans des prélèvements par un examen au microscope à fond noir, par immunofluorescence direct ou méthodes équivalentes.

Syphilis latente précoce

Définition de la syphilis latente

Clinique : stade clinique silencieux (absence de signes ou de symptômes), divisé en latente précoce et tardive.

Cas probable = absence de signes cliniques ou de symptômes de la syphilis et présence d'au moins l'un des critères suivants :

- * Pas d'antécédent de syphilis, une sérologie non tréponémique (VDRL ou RPR) et une sérologie tréponémique (FTA-abs ou TPHA) positives.
- * Antécédent de syphilis traitée associée à une sérologie non tréponémique avec un titre ≥ 4 fois le dernier titre non tréponémique.

Définition de la syphilis latente précoce

Clinique : infection initiale a eu lieu dans les 12 derniers mois.

Cas probable = personne ayant acquis l'infection dans les 12 derniers mois en se basant sur un ou plus des critères suivants

- * Séroconversion documentée ou augmentation de 4 ou plus du titre d'un test non tréponémique dans les 12 derniers mois.
- * Signes cliniques compatibles avec une syphilis primaire ou secondaire dans les 12 derniers mois.
- * Partenaire sexuel avec une syphilis primaire ou secondaire probable ou certaine ou une syphilis latente précoce probable (documentée indépendamment comme ayant une durée < un an).
- * Des sérologies positives tréponémiques et non tréponémiques chez une personne dont la seule exposition sexuelle possible a eu lieu dans les 12 derniers mois.