



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

DISTR. : LIMITED
DISTR. : LIMITEE

WHO/VDT/91.455

ORIGINAL: ANGLAIS

40068

DIRECTIVES POUR LA PREVENTION DES ISSUES INDESIRABLES
DE LA GROSSESSE DUES A LA SYPHILIS

S. K. Hira

Administrateur du Programme national
de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles,
Ministère de la Santé, Lusaka, Zambie



This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other - without the prior written permission of WHO.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

TABLE DES MATIERES

	Page
Introduction	3
1. Epidémiologie de la syphilis maternelle	3
2. Conséquences indésirables de la syphilis maternelle	4
3. Déterminants des issues indésirables de la grossesse	5
3.1 Prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes	5
3.2 Transmission materno-fœtale de la syphilis	5
3.3 Obstacles au programme de prévention	5
4. Prévention des issues indésirables de la grossesse	6
4.1 Prévention primaire	6
4.2 Détection de la syphilis pendant la grossesse	6
4.2.1 Promotion de la santé	6
4.2.2 Dépistage prénatal et recherche systématique	7
4.2.3 Traitement approprié de la syphilis prénatale	8
4.2.4 Conseils aux femmes séropositives	8
4.2.5 Rapport coût/avantage de l'intervention	8
5. Choix des épreuves pour le dépistage prénatal	9
6. Composantes du programme	10
6.1 Gestion du programme	10
6.2 Formation	10
6.3 Evaluation	10
6.3.1 Résultats du programme	10
6.3.2 Contrôle de qualité des tests de dépistage de la syphilis	11
7. Coordination entre le programme de lutte contre la syphilis maternelle et le programme de prévention du VIH	11
8. Directives pour la gestion efficace du programme	11
Bibliographie	13

INTRODUCTION

La syphilis est une maladie infectieuse chronique systématique qui peut se manifester par des lésions florides, l'infection pouvant aussi traverser des périodes de latence asymptomatiques de plusieurs années. Elle se transmet par voie sexuelle de la mère au fœtus pendant la grossesse ou par la transfusion de sang infecté. C'est l'une des deux maladies sexuellement transmissibles les plus nuisibles pendant la grossesse, l'autre étant l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Depuis la découverte de la pénicilline dans les années 40, la syphilis est parfaitement guérissable (1).

1. EPIDEMIOLOGIE DE LA SYPHILIS MATERNELLE

Malgré la disponibilité de la pénicilline et d'autres antibiotiques tréponémocides, la syphilis vénérienne continue de poser un grave problème de santé publique dans de nombreux pays (2).

Plusieurs pays d'Afrique ont signalé des taux élevés (de 5 à 15%) de syphilis maternelle (Tableau 1). Des taux aussi élevés de syphilis congénitale, ramification de la syphilis maternelle, ont également été signalés. C'est ainsi qu'une syphilis congénitale a été diagnostiquée chez 5,5 % des enfants hospitalisés de 2 ans au plus au Cameroun chez 2,2 % des enfants nés vivants et chez 11,0 % des enfants malades de 4 ans au plus en Ethiopie et chez 1,0 % de tous les enfants nés vivants et chez 8,6 % des enfants hospitalisés de moins de 6 mois en Zambie (7,18-20). Dans certains pays d'Afrique, la syphilis est le principal facteur de risque associé à 20-30 % des cas de mortalité périnatale (20). Par comparaison, un enfant né vivant sur 10 000 aux Etats-Unis en 1986 était atteint de syphilis congénitale et, tandis que 40,0 % de ces nouveau-nés sont morts, on ignore la proportion des mortinaissances due à la syphilis (21).

Tableau 1 - Séroprévalence de la syphilis chez les femmes enceintes

Pays : ville (année) (numéro de référence)	Nombre examiné	% positif RPR/VDRL
Brésil : Niteroi (1974) (3)	200	16,0
Gabon : Libreville (1985) (4)	623	14,0
Swaziland : Mbabane (1986) (5)	283	13,1
Zambie : zones urbaine et rurale (1983) (6)	1 437	12,8
Ethiopie : Addis Ababa (1976) (7)	337	12,7
Fidji : Suva (1985-86) (8)	440	8,9
Afrique du Sud : Johannesburg (1985) (9)	7 912	8,1
Thaïlande : Chantaburi (1984) (10)	3 910	4,9
Inde : Bombay (1988-89)*	10 181	4,6
Cap-Vert : Santa Cruz (1983) (11)	316	3,8
Chili : Santiago (1974) (12)	21 052	3,4
Malaisie : Kuala Lumpur (1973-75) (13)	10 096	3,3
Rwanda : Butare (1972) (14)	862	3,2
Nigéria : Ilorin (1984) (15)	566	0,9
Arabie saoudite : Ryad (1984) (16)	4 361	0,9
Pologne : Bialystock (2)	140 000	0,27
Australie : Melbourne (1980-81) (17)	4 600	0,04
Royaume-Uni : Ecosse (1985) (2)	64 404	0,03

* J Maniar communication personnelle

Comme pour d'autres maladies sexuellement transmissibles, c'est chez les adolescents et les jeunes adultes, soit chez les personnes en âge de procréer, que le taux d'attaque de la syphilis infectieuse est le plus élevé. Selon un rapport provenant de Zambie, un sixième des femmes ont contracté l'infection syphilitique pendant la deuxième moitié de leur grossesse, l'infection leur étant généralement transmise par leur mari. Les hommes ont reconnu avoir eu des rapports sexuels tant avec leur femme qu'avec d'autres partenaires pendant la grossesse de leur femme (22).

2. CONSEQUENCES INDESIRABLES DE LA SYPHILIS MATERNELLE

La syphilis ne semble pas entraîner des manifestations inhabituelles chez la femme pendant la grossesse (23). L'infection tréponémique maternelle atteint un sommet pendant les deux premières années de l'infection et décroît ensuite lentement sous l'effet de l'immunité acquise. Si la contagion pour les partenaires sexuels cesse après environ deux années d'infection, le risque pour le fœtus dure plus longtemps. La durée d'une syphilis maternelle non traitée est inversement proportionnelle au risque d'infection congénitale (24). Ainsi, un fœtus est presque toujours infecté in utero en cas de syphilis maternelle récente (25).

Les effets sur le fœtus d'une syphilis maternelle non traitée dépendent du stade de la maladie maternelle et du stade de la grossesse où l'infection a été contractée. Les résultats indésirables d'une syphilis maternelle non traitée sont les suivants :

- (a) Avortement au deuxième trimestre, généralement vers la vingtième semaine de gestation, quelque temps après que le fœtus soit devenu immunocompétent. Ratnam et al ont incriminé la syphilis dans 18,0 % des cas d'avortement spontané (26).
- (b) Un décès intra-utérin à un âge gestationnel plus avancé se traduit par une mortinaissance. Une étude faite aux Etats-Unis a montré que la mortinatalité était quatre fois plus courante chez les femmes syphilitiques que dans l'ensemble de la population (27).
- (c) Deux études faites en Afrique ont montré que le risque de prématurité était multiplié par 12 en cas de syphilis pendant la grossesse (20,28).
- (d) Le nouveau-né peut présenter des signes cliniques de syphilis congénitale à la naissance. D'après les critères du diagnostic de la syphilis congénitale précoce (29), un enfant né vivant sur 100 aurait présenté les caractéristiques cliniques de la syphilis congénitale en Zambie en 1981 (20).
- (e) Accouchement d'un nouveau-né apparemment sain pourrait présenter des signes d'infection dans les 6 mois ou beaucoup plus tard pendant l'enfance (forme tardive). Ces cas seraient dus à une infection contractée en fin de grossesse, et à une spirothétémie à développement lent.
- (f) Si l'infection maternelle est ancienne, le fœtus peut échapper à l'infection.

Ce sont les deux études résumées au Tableau 2 qui donnent les meilleures estimations des issues indésirables de la grossesse dues à la syphilis. L'une d'elles a été publiée avant la découverte de la pénicilline, en 1917, d'après des données provenant de pays occidentaux; l'autre a été faite en Zambie en 1987 (30,31). Ces deux études montrent que 40 % environ des grossesses syphilitiques n'ont pas d'issue indésirable. La correspondance entre les deux études est étonnante, compte tenu de l'intervalle de 70 ans qui les sépare. Si l'étude la plus récente conclut à un pourcentage inférieur de nouveau-nés syphilitiques, c'est vraisemblablement pour deux raisons : premièrement, un

nombre appréciable de femmes ont pu être traitées à la pénicilline ou à d'autres antibiotiques, puisqu'ils sont largement disponibles. Deuxièmement, la répartition des femmes entre syphilis précoce et syphilis tardive s'assortit d'une différence sensible entre les issues des grossesses (32).

En Zambie, de 20 à 30 % de la mortalité périnatale totale, à savoir 50 pour 1000 naissances, sont imputables à la syphilis (20). Cela signifie que de 1 à 1,5 % de toutes les grossesses d'au moins 20 à 27 semaines aboutissent à un décès imputable à la syphilis. En chiffres absolus, de 4000 à 6000 morts foetales et néonatales sont directement imputables chaque année à la syphilis en Zambie. En Ethiopie, 15 000 morts foetales et néonatales seraient dues chaque année à la syphilis (33).

Tableau 2 - Répartition des issues de la syphilis maternelle non traitée, en pourcentage

Issue	Etude 1 (1917)	Etude 2 (1987)
Mort périnatale ou avortement spontané tardif	17 %	22 %
Décès du nouveau-né	23 %	Pas de données
Prématurité ou faible poids de naissance	Pas de données	33 %
Nouveau-né syphilitique	21 %	2 % (à la naissance)
Nouveau-né non syphilitique	39 %	43 %

3. DETERMINANTS DES ISSUES INDESIRABLES DE LA GROSSESSE

Les déterminants des issues indésirables de la grossesse sont la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes, la transmissibilité verticale de l'infection et les obstacles au programme de prévention.

3.1 Prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes

La prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes varie d'un pays à un autre selon la prévalence de la syphilis infectieuse dans chaque pays. Celle-ci dépend de l'intensité des mesures de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et de l'accent placé sur les activités de lutte contre la syphilis. A l'échelle mondiale, les pays industrialisés font état d'une faible prévalence et les pays en développement de taux élevés, mais les informations dont on dispose sont insuffisantes (Tableau 1).

3.2 Transmission materno-foetale de la syphilis

On a longtemps cru que le fœtus était protégé jusqu'à la 16ème semaine de gestation (34). Mais cette théorie est largement discréditée depuis que Silverstein a démontré en 1962 que si l'infection du fœtus pouvait survenir à tout âge gestationnel, les effets pathologiques de la syphilis congénitale ne se manifestaient que vers la 16ème semaine de gestation, une fois le système immunitaire du fœtus devenu opérationnel (35). Le risque de contamination en cas de syphilis maternelle précoce est de 80 à 100 % (25,32). Ultérieurement, une syphilis maternelle au stade latent tardif non traitée se transmet dans un quart des cas (32).

3.3 Obstacles au programme de prévention

Les issues indésirables de la grossesse dues à la syphilis sont évitables par un dépistage sérologique systématique et un traitement précoce. En Zambie (1981), cependant, les données fournies par deux hôpitaux ruraux et deux hôpitaux urbains ont montré que sur les 90-92 % des femmes enceintes venues à la consultation prénatale, moins de 30 % avaient fait l'objet d'une épreuve d'un dépistage de la syphilis et, parmi celles qui étaient séropositives, moins d'un

tiers avaient été soignées (6). Ainsi, dans les pays en développement, il existe plusieurs obstacles au programme de prévention :

- * La venue tardive des femmes à la consultation prénatale constitue un obstacle majeur. Dans les pays en développement d'Afrique, moins de 10 % des femmes se présentent avant la 16ème semaine de grossesse. La majorité d'entre elles estiment que les soins prénatals au début de la grossesse sont superflus.
- * Le test de dépistage de la syphilis n'est pas pratiqué chez certaines patientes venues à la consultation prénatale pour toutes sortes de raisons allant d'une pénurie sporadique ou fréquente d'aiguilles, de seringues, de récipients et de trousseaux d'épreuve à une absence d'appréciation chez les agents de santé (parfois imputable à un manque de formation), voire simplement à la paresse des personnels.
- * Les femmes séropositives et leur(s) partenaire(s) sexuel(s) non traité(s). On dispose, là encore, de peu de données sur le pourcentage de femmes séropositives effectivement soignées dans les pays en développement.
- * Les infections contractées en fin de grossesse, c'est-à-dire après le dépistage initial et qui ne sont pas reconnues. Selon une étude faite en Zambie, près d'un sixième des infections seraient contractées pendant la grossesse (6) et une étude faite aux Etats-Unis montre que 37 % des cas de syphilis maternelle sont postérieurs au dépistage sérologique effectué lors de la première consultation (27).

4. PREVENTION DES ISSUES INDESIRABLES DE LA GROSSESSE

Les issues indésirables de la grossesse peuvent être évitées par une prévention primaire et un dépistage précoce de l'infection. La stratégie comporte les activités suivantes : éducation sanitaire/information, examen prénatal et dépistage des cas, traitement adéquat, conseils aux femmes séropositives et rapport coût/efficacité de l'intervention.

4.1 Prévention primaire

La prévention primaire vise, par l'éducation, à empêcher les femmes en âge de procréer de contracter la syphilis. Les programmes d'éducation sanitaire n'ont guère réussi à modifier le comportement sexuel ni à promouvoir l'utilisation de préservatifs. Toutefois, l'importance croissante des maladies sexuellement transmissibles d'origine virale qui sont incurables, en particulier l'infection à VIH, a suscité un regain d'intérêt pour la modification des comportements et la promotion des préservatifs et des efforts doivent être faits pour faire appliquer ces méthodes de lutte.

4.2 Détection de la syphilis pendant la grossesse

Deux approches générales doivent être utilisées contre la syphilis pendant la grossesse : réduire la prévalence de la syphilis dans la communauté en général, de façon à réduire la prévalence chez les femmes enceintes et à découvrir et soigner les femmes enceintes infectées.

4.2.1 Promotion de la santé

Si la promotion de la santé est une composante essentielle des programmes de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles bien ancrés qui visent à réduire la prévalence de la syphilis dans l'ensemble de la communauté, une éducation sanitaire novatrice et focalisée doit être mise au point pour encourager les femmes à venir à la consultation prénatale au début de leur grossesse, et à se représenter fréquemment. Les dispensaires prénatals devraient aussi améliorer le comportement des femmes enceintes en ce qui

concerne la demande de soins. Outre les programmes d'éducation sanitaire communautaires qui devraient notamment porter sur l'importance de soins prénatals optimaux et sur les maladies sexuellement transmissibles, il faut aussi maintenir l'éducation sanitaire au niveau institutionnel pour trois groupes particuliers : les femmes ayant une vie sexuelle active qui se présentent à la consultation pour des soins prénatals ou de planification familiale ou pour les enfants de moins de cinq ans; les femmes et les hommes ayant une vie sexuelle active se présentant à la consultation de médecine générale et les femmes et les hommes âgés se présentant à la consultation externe ou dans divers services. Ce dernier groupe est particulièrement important dans les pays en développement où les femmes et les hommes d'un certain âge peuvent, de par leur influence, amener les générations plus jeunes à changer de comportement.

Il est utile de faire participer les responsables locaux à la mise au point des messages de promotion de la santé. Ceux-ci doivent être simples, précis et clairs et le même message doit être diffusé plusieurs fois. Il est conseillé d'employer des vocables locaux, des illustrations et des récits. Tous les matériels de communication devront être préalablement mis à l'essai pour savoir si les groupes cibles comprennent l'idée, croient dans le message et se sentent concernés. Plusieurs méthodes éducatives comme les cours (avec ou sans bloc-chevalet), les histoires illustrées, les séances de questions et réponses, les séances de brain-storming, les dossiers, les messages audio/vidéo, les discussions de groupe ou les conseils personnels de prévention peuvent être utilisées.

4.2.2 Dépistage prénatal et recherche systématique

Un test de dépistage de la syphilis devrait être pratiqué sur toute femme enceinte qui se présente à la consultation prénatale, le test choisi dépendant du pays (voir section 5): Deux tests de dépistage de la syphilis doivent être effectués au cours de la grossesse; le premier lors de la première consultation et le deuxième au début du troisième trimestre. Dans les pays en développement où la séroprévalence de la syphilis maternelle est généralement élevée, la réaction rapide de réagines sur plasma (RPR) est l'épreuve la mieux adaptée car les sages-femmes et les autres agents de santé peuvent apprendre à l'exécuter pendant que les femmes enceintes attendent les résultats. Non seulement ce système évite d'attendre les rapports des laboratoires centraux, déjà surchargés, mais il accroît l'efficacité du programme prénatal car les femmes séropositives à l'examen peuvent être soignées immédiatement. Le principal obstacle au traitement des femmes séropositives, dans ces pays, réside dans le grand nombre des femmes qui ne se représentent pas aux visites de suivi. Dans les pays industrialisés où la séroprévalence est généralement faible, les épreuves tréponémiques de confirmation sont effectuées dans les laboratoires centraux. Dans ces laboratoires, des dispositions devraient être prises pour que les échantillons prénatals soient examinés en priorité. Dans les pays industrialisés, rares sont les femmes qui ne se représentent pas aux consultations de suivi et, le cas échéant, elles peuvent être contactées par une assistante sociale. De plus, dans des pays comme la Norvège où la séroprévalence est extrêmement faible (0,02 %), le deuxième test de dépistage au troisième trimestre n'est pas nécessaire (36).

Il faut tenir compte du fait qu'un certain pourcentage de femmes enceintes, généralement supérieur dans les pays en développement, échappent au dépistage de la syphilis lors des soins prénatals ou ne se présentent pas à la consultation prénatale. Dans les pays où les populations où le taux de séroprévalence est élevé, certaines interventions s'imposent: pour les bébés dont la mère n'a pas reçu de soins prénatals, un test de dépistage doit être fait avec du sang du cordon ombilical; pour les femmes qui ne se sont présentées ni pour des soins prénatals, ni pour l'accouchement, le nouveau-né doit faire l'objet d'un test de dépistage de la syphilis à son premier contact avec les services de santé.

4.2.3 Traitement approprié de la syphilis prénatale

La durée du traitement d'une femme enceinte séropositive et de son(s) partenaire(s) sexuel(s) dépendra des antécédents exacts de MST et de la présence ou de l'absence parallèle de lésions cliniques. La majorité des femmes en étant au stade latent, il est difficile de distinguer entre le stade latent précoce et tardif. En cas de doute, il est donc généralement convenu de traiter plutôt trop que pas assez. Le plan de traitement est le suivant.

		<u>Syphilis récente</u>	<u>Syphilis tardive</u>
Pas d'allergie à la pénicilline :	Benzathine-pénicilline G en injection de 2,4 millions d'unités	une seule dose par voie intramusculaire	3 doses espacées d'une semaine
Allergie à la pénicilline :	Erythromycine 2 g par jour par voie buccale	3 semaines	4 semaines

4.2.4 Conseils aux femmes séropositives

Les conseils aux femmes séropositives font partie intégrante du traitement. Cette activité doit être confiée aux sages-femmes ou aux conseillères à plein temps qui travaillent dans les centres spécialisés de lutte contre les MST. Les conseils consistent en informations concrètes sur la syphilis et les autres infections transmises par voie sexuelle, l'état de l'infection syphilitique de la patiente, les incidences de l'infection, et plus spécialement les effets indésirables possibles sur le fœtus, les médicaments disponibles pour une guérison complète, l'importance d'un traitement parallèle du mari ou du(des) partenaire(s) sexuel(s), la démarche pratique à envisager par la patiente lorsqu'elle parlera des résultats de son test de dépistage avec son(s) partenaire(s) sexuel(s), les raisons d'éliminer ou de réduire tout comportement à haut risque. Une étude faite en Zambie a montré qu'après les conseils individuels donnés aux femmes séropositives, près des deux tiers d'entre elles avaient amené leur mari ou leur(s) partenaire(s) sexuel(s) se faire soigner, généralement dans la semaine. Dans la plupart des cas, les hommes sont venus avec leur femme, ils connaissaient les résultats du test de leur femme et ils ont confirmé qu'ils étaient venus se faire soigner (31).

4.2.5 Rapport coût/avantage de l'intervention

Comme l'a montré le projet de démonstration de la Zambie, le programme de prévention décrit ci-dessus a aidé à réduire les issues indésirables de la grossesse des deux tiers sur le terrain dans un pays en développement (31). Le programme a été relativement peu coûteux, l'intervention n'ayant pas dépassé US \$ 0,60 (Tableau 3). Si cette intervention était parfaitement efficace dans un pays ou une population ayant une séroprévalence de 10 %, elle permettrait d'éviter 17 avortements spontanés, 19 décès périnataux et 14 naissances d'enfants syphilitiques pour 1000 femmes enceintes (Tableau 4). Le coût de la prévention d'une issue indésirable a donc été de US \$ 12 (US \$ 600 pour 50 issues indésirables évitées).

Tableau 3 : Coût de l'intervention contre la syphilis maternelle dans un pays en développement où la séroprévalence est de 10 %

Coût estimatif pour 1000 femmes enceintes :	
* Deux tests par patiente, à \$ 0,1 le test	200
* Traitement de toutes les femmes séropositives à la première consultation, à \$ 1 le traitement	100
* Traitement lors des visites ultérieures, à \$ 1 le traitement, en supposant que 20 % seront traitées une deuxième fois	20
* Traitement des conjoints, à \$ 1 le traitement, en supposant que 67 % des conjoints de femmes séropositives au premier et au deuxième trimestres seront traités	80
* Amortissement de la mise au point et de l'impression des matériels éducatifs ou destinés à modifier les comportements	100
* Amortissement des microcentrifugeuses et des lampes	100
Total US \$	600

Tableau 4 : Modèle d'issues de la grossesse dans l'hypothèse d'une séropositivité de 10 % chez 1000 femmes enceintes

	Femmes enceintes séropositives	Femmes enceintes séronégatives
Grossesses	100	900
Avortements spontanés au 2ème trimestre ou au début du 3ème	20 (20 %)	27 (3 %)
* Nombre supplémentaire d'avortements spontanés dus à la syphilis	17	--
* Grossesses de plus de 27 semaines	80	873
Décès périnataux	24 (30 %)	52 (6 %)
* Nombre supplémentaire de décès périnataux dus à la syphilis	19	--
* Nouveau-nés syphilitiques	14 (24 %)	--

En Norvège, on estime à US \$ 4,60 par participante le coût du dépistage. Avec un séroprévalence prénatale de 0,02 % pour 50 000 grossesses, environ 10 cas nouveaux d'infection récente sont découverts chaque année. Le coût d'une issue indésirable évitée est de US \$ 28 700 (US \$ 230 000 pour 8 issues indésirables évitées). Pourtant, compte tenu des coûts directs et de certains coûts indirects de 8 issues indésirables, les avantages économiques représentent près de quatre fois le coût du programme. Ainsi, avec une prévalence de la syphilis maternelle de 0,05 %, les avantages correspondront au coût du programme d'intervention (36).

5. CHOIX DES EPREUVES POUR LE DEPISTAGE PRENATAL

Les pays où le taux de syphilis est élevé devraient choisir des épreuves non tréponémiques (comme le VDRL et le RPR) car elles sont plus simples, plus rapides et moins coûteuses à exécuter. La réaction rapide de réagines sur plasma (RPR sur carte) et ses variantes sont moins exigeantes techniquement et peuvent être efficacement exécutées par des agents de santé qualifiés. Les taux de fausse positivité des épreuves non tréponémiques restent dans des limites acceptables. Les faux positifs signalés dans les pays à forte prévalence varient entre 5 et 10 % (5,31). Un titrage quantitatif des spécimens positifs devraient toujours être effectué.

Dans les pays où le taux de syphilis est inférieur à 1 %, une épreuve non tréponémique positive (VDRL ou RPR) devraient toujours être confirmée au moyen d'un test tréponémique. Le test d'hémagglutination de *Treponema Pallidum* (TPHA) est une épreuve de recherche d'anticorps antitréponémiques de choix parce qu'elle est facile à exécuter, qu'elle est moins coûteuse que le test d'absorption des anticorps antitréponémiques fluorescents (FTA-Abs) et qu'elle est très sensible et spécifique.

6. COMPOSANTES DU PROGRAMME

Les composantes du programme sont la gestion, la formation et l'évaluation.

6.1 Gestion du programme

La lutte contre la syphilis maternelle peut être menée en collaboration étroite par le programme SMI et le programme de lutte contre les MST. Les activités propres à prévenir les issues indésirables de la grossesse devraient être intégrées dans le cadre général des soins de santé primaires. L'un des deux programmes peut prendre la direction des activités. Dans les pays en développement, la pénurie des ressources gêne la mise en oeuvre d'une stratégie d'intervention. Il incombe aux administrateurs de programme d'élaborer des plans d'action satisfaisants et d'obtenir des ressources auprès des organismes internationaux.

6.2 Formation

Il convient d'inclure officiellement dans les programmes d'études de toutes les professions médicales une formation à l'approche axée sur les problèmes et la lutte contre les MST. Ainsi, la formation appropriée devrait figurer dans les programmes d'études des futurs médecins, des assistants médicaux/cliniciens, des infirmières et des techniciens de laboratoire.

Des séminaires et des ateliers spécialement conçus devront être mis au point pour former les agents des soins de santé primaires (y compris les personnels SMI et MST) à l'approche axée sur les problèmes pour une prise en charge efficace des cas de MST, pour leur apprendre à exécuter les tests RPR sur carte et à s'acquitter d'activités de prévention.

Les administrateurs des programmes SMI et de lutte contre les MST décideront des personnels qui suivront les cours de recyclage de courte ou de longue durée. Ces cours comprendront des sujets tels que les méthodes de promotion de la santé, l'épidémiologie, la notification, le dépistage de la syphilis prénatale, l'exécution des tests non tréponémiques lors des consultations prénatales, l'approche de la prise en charge des MST axée sur les problèmes, l'évaluation, etc.

6.3 Evaluation

L'évaluation du programme de prévention des issues indésirables de la grossesse dues à la syphilis maternelle comprend les résultats du programme et le contrôle de la qualité des tests de dépistage de la syphilis.

6.3.1 Résultats du programme

Le plus important est de définir les paramètres qui serviront à mesurer les résultats du programme. Les changements observés dans certains des paramètres suivants aideront à évaluer le processus et son résultat : nombre des patientes se présentant à la consultation prénatale, leur attitude face aux soins prénatals, la couverture des tests de dépistage de la syphilis (au niveau du district), le nombre de femmes séropositives soignées, la disponibilité des médicaments pour le traitement, les effets du programme sur les taux de syphilis

maternelle, le taux de mortalité périnatale et l'incidence de la syphilis congénitale.

L'hôpital de district joue un rôle fondamental dans le système des soins de santé primaires. Pour évaluer les résultats du programme, un système de rapports mensuels ou trimestriels sur certains ou la totalité des paramètres ci-dessus devra être instauré entre l'hôpital de district et la centre de coordination national. Chaque trimestre ou chaque année, celui-ci fera la synthèse de ces rapports pour connaître les tendances des paramètres. Une séro-surveillance de la syphilis maternelle au moyen de sentinelles devra en outre être effectuée en certains sites.

6.3.2 Contrôle de la qualité des tests de dépistage de la syphilis

Le laboratoire national de référence pour les MST créé dans le cadre du programme de lutte contre les MST doit assurer le contrôle de la qualité des tests de dépistage de la syphilis administrés aux patientes se présentant à la consultation prénatale. Il s'agit de corriger les erreurs de lecture des tests non tréponémiques et de définir les besoins de recyclage des personnels aux différents niveaux des soins de santé primaires. Il faut en outre rester vigilant pour éviter que des tests périmés soient utilisés au niveau des soins de santé primaires.

7. COORDINATION ENTRE LE PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA SYPHILIS MATERNELLE ET LE PROGRAMME DE PREVENTION DU VIH

La structure/le système du programme de prévention de la syphilis maternelle doit être rattaché au programme de prévention du VIH. Les liens pourront se situer aux niveaux suivants: a) promotion de la santé pour la prévention de la syphilis, prévention du VIH comprise; b) certains dispensaires prénatals utilisés pour la surveillance du VIH au moyen de sentinelles et c) selon l'acceptabilité culturelle et politique du concept, dépistage de l'infection à VIH chez les patientes se présentant à la consultation prénatale. Ce dernier concept suppose cependant l'existence de services de conseils et d'interruption des grossesses pour les femmes enceintes porteuses du virus.

8. DIRECTIVES POUR LA GESTION EFFICACE DU PROGRAMME

- * Le dépistage prénatal et le traitement des femmes enceintes atteintes de syphilis est d'un bon rapport coût/efficacité, non seulement dans les zones à forte prévalence d'Afrique, des Caraïbes et de certaines régions d'Asie mais aussi dans les zones à faible prévalence. Il est recommandé de les appliquer dans le monde entier.
- * Dans les régions où la syphilis est courante, le dépistage est recommandé lors de la première consultation prénatale et il devra être répété au troisième trimestre. Mais là où la syphilis est peu répandue, l'épreuve au troisième trimestre n'est pas nécessaire.
- * Une éducation sanitaire intensive permet d'amener les femmes à se présenter à la consultation prénatale au début de leur grossesse.
- * Le test de dépistage de la syphilis doit être effectué sur place par un agent de santé qualifié et les femmes séropositives doivent être traitées pendant la même visite.
- * Les femmes séropositives doivent être encouragées à amener leur(s) partenaire(s) sexuel(s) pour qu'il(s) se fasse(nt) soigner.
- * Si ni le père ni la mère n'ont été soignés, un enfant né d'une mère séropositive doit être soigné.

- * Il est indispensable d'intégrer la lutte contre les MST et les activités de SMI dans les soins de santé primaires.
- * Il incombe à l'administrateur du programme de trouver des ressources adéquates.
- * Il est urgent de renforcer les programmes de lutte contre les MST dans les pays en développement dotés de tels programmes et de mettre en place de tels programmes dans les pays où il n'en existe pas.

BIBLIOGRAPHIE

1. Stokes, J. H., Beerman, H., Ingraham, N. R. Modern Clinical Syphilology. 3rd Edition, Philadelphia, London : W. B. Saunders, 1945 : p 1
2. Infections tréponémiques. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 1982, pp 48-51, Série de rapports techniques N° 674
3. Azulay, R. D., Ricart, J. C. C., Monteiro, C. A. A., Gripp, A. C., Rodrigues, P. C., Zanon, U., Crameiro, N. F. Sifilis : inquerito serologies em diferentes grupos socio-economicos na cidade de Niteroi. Rev Ass Med Brasil 1979; 25, 85-86
4. Mefane, P. C., Toung-Mve, M. Syphilis chez la femme enceinte à Libreville (Gabon). Bull Soc Path Ex 1987; 80 : 162-70
5. Guinness, L. F., Sibandze, S., McGrath, E., Cornelis, A. L. Influence of antenatal screening on perinatal mortality caused by syphilis in Swaziland Genitouring Med 1988; 64 : 294-97
6. Hira, S. K., Bhat, G. J., Ratnam, A. V., Nyaywa, S. L., Phiri, S. J., Sandala, L. M. [et al.] Maternal and congenital syphilis - some epidemiologic aspects. African J. Sex Transm Dis 1987; 3 : 3-6
7. Friedmann, P. S., Wright, D. J. M. Observations on syphilis in Addis Ababa. II. Prevalence and natural history. Br J. Vener Dis 1977; 53 : 276-80
8. Gyaneshwar, R., Nsanze, H., Singh, K. P., Pillay, S., Seruvatu, J. The prevalence of sexually transmitted disease agents in pregnant women in Suva. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1987; 27 : 213-15
9. Venter, A., Pettifor, J. M., Exposta, F. L., Sefuba, M. Congenital syphilis - who is at risk ? A prevalence study at Baragwanath Hospital, Johannesburg. 1985-1986. SAMJ 1989; 76 : 93-95
10. Somboon, K., Prayuth, S., Kalaya P., Sunantha, K. Syphilis in pregnant women at Prapokklao Hospital. Bulletin of the Department of Medical Sciences 1986; 11 : 11-15
11. Sixl, W., Stunzner, B. S. D., Withalm, H. Serological investigations on syphilis in the district of Santa Cruz/Santiago (Cape Verde Islands - West Africa). J. Hyg Epidemiol Microbiol Immunol 1987; 31 : 478-79.
12. Grinspun, S., Goldenberg, V. Epidemiologia Y control de la sifilis en el area sur Santiago, Chile. Boletin de la oficina Sanitaria Panamericana 1977; 8 : 48-55
13. Jagathesan, M., Fan, Y. H., Ong, K. J. Seroreactivity to syphilis in Malaysian blood donors and expectant mothers. South Asian J. Trop Med Pub Hlth 1975; 6 : 413-18
14. Meheus, A., Eylenbosch, W., Ndibwami, A. Serological evidence for syphilis in different population groups in Rwanda. Trop Geogr Med 1975; 27 : 165-68
15. Fakeya, R., Onile, B., Odugbemi, T. Antitreponemal antibodies among antenatal patients at the University of Ilorin Teaching Hospital. Afr J. Sex Transm Dis 1986; 1 : 9-10
16. Hossain, A. Serological tests for syphilis in Saudi Arabia. Genitourin Med 1986; 62 : 293-97

17. Gilbert, G. L. Congenital syphilis - should we worry ? Med J. Australia 1988; 148 : 162-63
18. Tchokoteu, P. P. F., Kago, I., Tetanye, E., Mouden, J. C., Garrigue, G. P. Syphilis congénitale précoce dans le service de pédiatrie de l'hôpital central de Yaoundé : incidence, diagnostic et indications thérapeutiques. Afr Med 1989; 28 : 79-84
19. Hira, S. K., Ratnam, A. V., Sehgal, D. B., Bhat, G. J., Chintu, C., Mulenga, R. C. Congenital syphilis in Lusaka - I. Incidence in a general nursery ward. East Afr Med J. 1982; 59 : 241-45
20. Hira, S. K., Ratnam, A. V., Bhat, G. J., Chintu, C., Mulenga, R. C. Congenital syphilis in Lusaka - II. Potential risk and incidence at birth among hospital delivered infants. East Afr Med J. 1982; 59 : 306-10
21. Centers for Disease Control. Guidelines for the Prevention and Control of Congenital Syphilis. MMWR 1988; 37 (Suppl No. S-1) : p 1
22. Hira, S. K., Hira, R. S. Congenital syphilis. In : Osoba, O. (ed.) Clinical Tropical Medicine and Communicable Diseases, Sexually Transmitted Diseases in the Tropics. London : Bailliere Tindall, 1987; 2 pp 113-127
23. Hira, S. K., Perine, P. L., Ratnam, A. V., Baboo, K. S., Din, S. N. Effect of pregnancy on manifestation of early syphilis. European J. Sex Transm Dis 1985; 2 : 209-11
24. Perine, P. L. Immunology of syphilis. In : Nahmias, A. J. and O'Reilly, R. J. (eds.) Immunology of Human Infections. New York : Plenum, 1981; pp 391
25. Fiumara, N. J. Syphilis in newborn children. Obstet Gynecol 1975; 18: 183-189
26. Ratnam, A. V., Din, S. N., Hira, S. K., Bhat, G. J., Wacha, D. S. O., Rukmini, A., Mulenga, R. C. Syphilis in pregnant women in Zambia. Br J. Vener. Dis 1982; 58 : 355-58
27. Mcknown, R. R., Kapernick, P. S. Syphilis in pregnancy. Southern Med J 1988; 81 : 447-51
28. Larsson, Y., Larsson, U. Congenital syphilis in Addis Ababa. Ethiopian Med J 1970; 8 : 163-72
29. Hira, S. K., Bhat, G. J., Patel, J. B., Din, S. N., Attili, V. R., Patel, M. I. Early congenital syphilis: clinico-radiologic features in 202 patients. Sex Transm Dis 1985; 12 : 177-83
30. Harman, N. Staying the Plague. London : Methuen, 1917
31. Hira, S. K., Bhat, G. J., Chikamata, D. M., Nkowane, B., Tembo, G., Perine, P. L., Meheus, A. Syphilis intervention in pregnancy : Zambian demonstration project. Genitourin Med 1990; 66 : 159-64
32. Ingraham, N. R. The value of penicillin alone in the prevention and treatment of congenital syphilis. Acta Dermatovenereologia. 1951; 31 (Supplement 24) : 60-88
33. Bishaw, C., Tafari, N., Zewdie, M. Prevention of congenital syphilis. National MCH Coordinating Office, Ministry of Health, Perinatal Care Unit of the National Centre for Mother and Child Health, in the Central Laboratory and Research Institute, Addis Ababa, Ethiopia

34. Dipple, A. L. The relationship of congenital syphilis to abortion and miscarriage, and the mechanisms of intrauterine protection. Am J. Obstet Gynecol 1944; 47 : 369-79
35. Silverstein, A. M. Congenital syphilis and the timing of immunogenesis in the human fetus. Nature 1962; 194 : 196-97
36. Stray-Pedersen B. Economic evaluation of maternal screening to prevent congenital syphilis. Sex Transm Dis 1983; 10 : 167-72

= = =