

	<b>SYPHILIS et GROSSESSE</b>		
	Réseau Périnatal de la Réunion	www.repere.re Onglet Protocoles Obst / NN	Création mars 2020 Validation : 07/07/2020

## Objectifs :

- **dépistage sérologique de la syphilis obligatoire lors du 1<sup>er</sup> examen prénatal, et répété envers toutes les femmes enceintes au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse, ainsi qu'auprès de leur(s) partenaire(s),**
- dépistage à renouveler tout au long de la grossesse en cas de situation à risque, et à l'accouchement si aucun dépistage n'a été réalisé en cours de grossesse,
- **prise en charge pluridisciplinaire (ville, CPDPN, CeGIDD, service maladies infectieuses),**
- rappeler les recommandations de prise en charge thérapeutique de la femme enceinte,
- réduire/éviter les complications liées à la syphilis pendant la grossesse : fausse couche tardive, MFIU (40% des cas), prématurité et RCIU (25% des cas), **syphilis congénitale.**

## Abréviations - références

Ac : anticorps	FDR : facteurs de risques	RCF : Rythme Cardiaque Fœtal
CeGIDD : Centres gratuits d'information, de diagnostic et traitements des IST.	GO : Gynécologue Obstétricien	RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin
CI : Contre-indication	InVS : Institut de Veille Sanitaire	SA : semaine d'aménorrhée
CPDPN : centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	IST : Infection Sexuellement Transmissible	SF : sage-femme
CR : compte-rendu	MFIU : mort fœtale in utero	SIG : surveillance intensive de grossesse
DAN : diagnostic anténatal	MG : médecin généraliste	TME : Transmission Mère-Enfant
EPF : estimation de poids fœtal	NN : Nouveau-Né	TROD : Test Rapide à Orientation de Diagnostic
	RésIST : Réseau de surveillance des IST (syphilis précoces et gonococcies)	TT : Test tréponémique

Réseau Périnatal de la Réunion, protocole régional « Syphilis et grossesse », 2019  
 Syphilis, Dupin N., Revue de Médecine Interne, 2016, vol 37, n°11 <http://dx.doi.org/10.2016/j.revmed.2016.05.010>  
 Syphilis et grossesse, Charlier C, et al., Presse Med. (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2015.04.011>

## 1 – Définitions – Diagnostic

### A – Physiopathologie - Clinique :

#### Syphilis précoce : moins d'1 an d'évolution

Syphilis primaire : *chancre, adénopathies*

Syphilis secondaire : *éruptions cutanéomuqueuses variables, polyadénopathies*

Syphilis latente précoce : *asymptomatique*

Caractère contagieux

Risque élevé de transmission materno-fœtale (40-100%)

Rareté des complications neurologiques

#### Syphilis tardive : plus d'1 an d'évolution

Syphilis latente tardive : *asymptomatique*

Syphilis tertiaire : *atteintes cardio-vasculaire, neurologique, cutanée*

Caractère non contagieux

Absence ou faible risque de contamination materno-fœtale (<8%)

Possibilité d'atteinte neurologique parenchymateuse

### B – Transmission materno-fœtale :

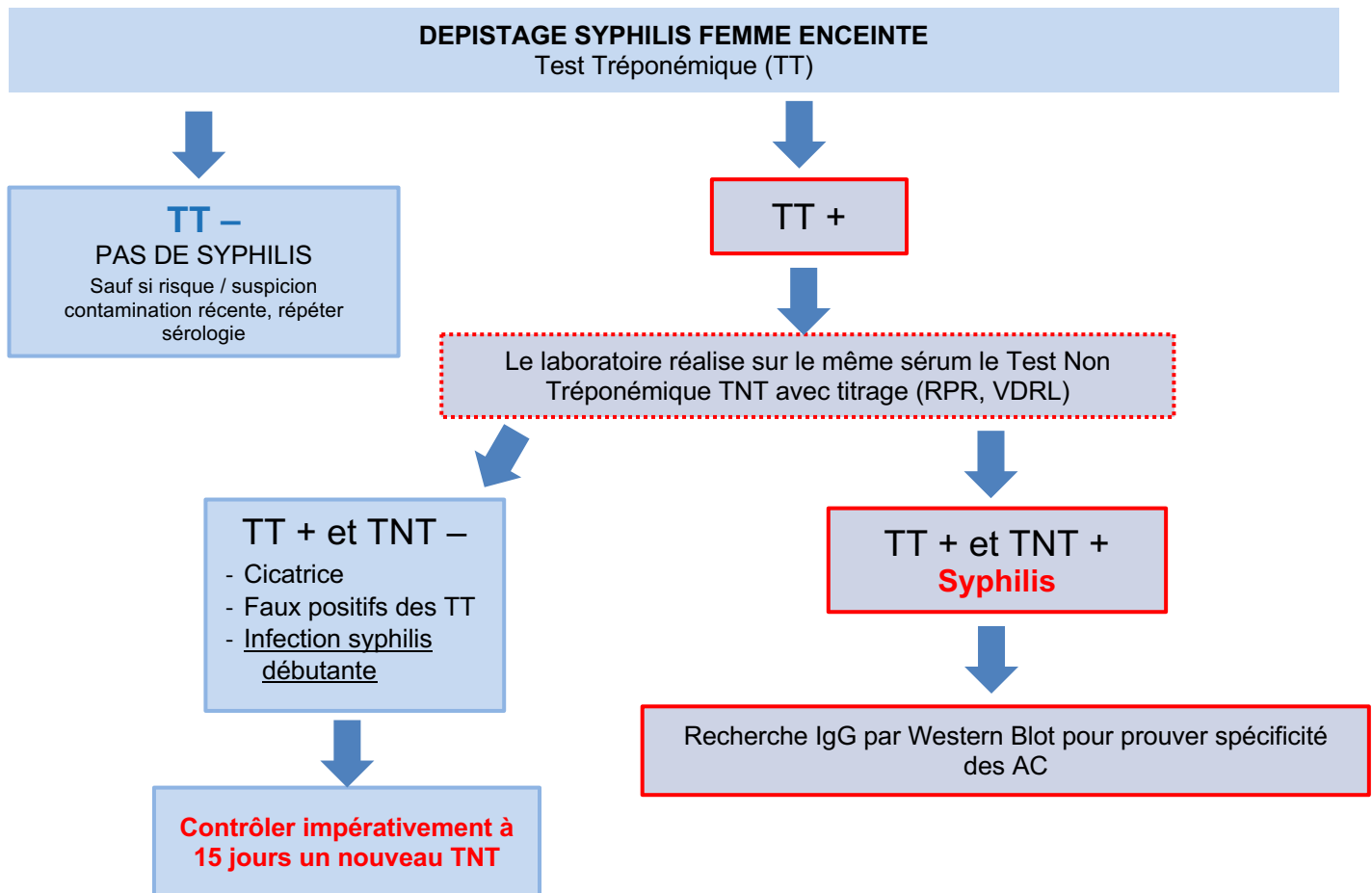
- ⇒ **en anténatal, passage barrière placentaire (possible à partir de 9-10 SA), ou pendant l'accouchement,**
- ⇒ **plus le terme est avancé, plus le risque de transmission est élevé,**
- ⇒ **principales complications si non traitée : avortement spontané, mort fœtale *in utero*, décès néonatal précoce (50%), prématurité et RCIU (25%), syndrome de syphilis congénitale (40% MFIU, 20 à 35% de séquelles graves chez les enfants survivants).**

## C –Dépistage et diagnostic pendant la grossesse :

### Sérologie syphilis = Test tréponémique TT (= ELISA, TPHA, EIA)

- **obligatoire**, lors de la 1<sup>ère</sup> consultation prénatale, avant 10 SA,
- **recommandé** entre 24 et 28 SA,
- **à renouveler dans toute situation à risque** (changement de partenaire(s) et/ou plusieurs partenaires, atcd de syphilis, IST associées, signes cliniques évocateurs de syphilis ou signes échographiques évocateurs de syphilis congénitale,...) et **avant la sortie de maternité pour toute grossesse non suivie**.
- **dépistage partenaire(s)**.

## D–Interprétation sérologies :



## E –Signes échographiques évocateurs de syphilis congénitale :

MFIU  
RCIU  
Stries osseuses  
Anasarque fœtoplacentaire  
Épaississement placentaire  
Ascite  
Hépto-splénomégalie  
Hyper-échogénéicité intestinale  
Hydrocéphalie, calcifications cérébrales

En cas d'infection fœtale, 35 % des enfants vont naître avec des symptômes spécifiques ou non de syphilis congénitale, comme un retard de croissance par exemple. Environ deux tiers des enfants nés avec une syphilis congénitale seront donc asymptomatiques à la naissance.

**Diagnostic infection syphilitique maternelle**



**Prise en charge pluridisciplinaire**

(Correspondants et CR bien notifiés dans le carnet de maternité)



<b>Infectiologue avec expertise en santé maternelle et néonatale (CeGIDD, service maladies infectieuses)</b>
Déterminer le stade de la syphilis
Traitement approprié le plus rapidement possible
Bilan et traitement d'autres IST éventuellement associées
Bilan et traitement du(des) partenaire(s) pour prévenir une réinfection



<b>Spécialiste en médecine fœto-maternelle (CPDPN)</b>
Suivi échographique DAN* pour évaluer les éventuelles atteintes fœtales
Suivi obstétrical par un GO hospitalier ou libéral référent du suivi de grossesse



**Signalement au référent Santé Publique France Réunion (cf point 3)**



**En lien avec les autres professionnels de santé du suivi la femme enceinte (MG, SF, PMI...)**



**Élaborer un plan de suivi de la femme enceinte**

**Élaborer un plan de PEC du nouveau-né**

**\* Secrétariats DAN :**

DAN CHU Sud : 0262 35 94 49 ; référent DAN : Dr LAFONT Marine  
DAN CHU Nord : 0262 90 55 30 ; référent DAN : Dr DOSPEUX Jessica  
CHOR : 0262 74 20 38 ; référents DAN : Dr QUENTIN Bérénice et Dr DEFAUD Florence  
GHER : 0262 98 84 05 ; référent DAN : Dr EBOUE Cyril

### 3 – Signalement :

Tous cas de syphilis récente chez une femme enceinte est **à signaler** à la Cellule Régionale de Santé Publique France à La Réunion :

0262 93 94 24

[oceanindien@santepubliquefrance.fr](mailto:oceanindien@santepubliquefrance.fr)

(voir annexes 2 et 3).

### 4 – Traitement de la syphilis maternelle :

Le traitement adapté au 1<sup>er</sup> trimestre, diminue de plus de 90% le risque de mortalité périnatale ou de séquelles de syphilis congénitale => **l'enjeu est donc de dépister et de traiter avant 16 SA.**

Stade	Traitement
<b>Prévention systématique de la réaction d'Herxheimer</b>	
<b>Syphilis précoce &lt; 1 an d'évolution :</b> Latente précoce (asymptomatique) Syphilis primaire ( <i>chancre</i> ) Syphilis secondaire ( <i>symptômes 20% des cas</i> )	<b>Benzathine pénicilline G</b> 2 injections IM de 2,4 millions d'unités, à 1 semaine d'intervalle.
<b>Syphilis tardive &gt; 1 an d'évolution ou non datable :</b> Latente tardive Syphilis tertiaire ( <i>symptômes 10% des cas</i> )	<b>Benzathine pénicilline G</b> 3 injections IM de 2,4 millions d'unités, à 1 semaine d'intervalle.
<b>Neurosyphilis</b>	<b>Pénicilline G IV</b> 3-6 millions d'unités/4h (20 millions UI/j) pendant 14 jours

Une **courte hospitalisation** peut être proposée pour encadrer la 1<sup>ère</sup> administration si le terme de la grossesse est supérieur ou égal à 24 SA.

Traitement préventif (et curatif) de la réaction d'Herxheimer :  
Corticoïdes prednisone 0,3mg/kg/j ou Paracétamol 1g/j  
la veille, le jour de l'injection et les 3 jours qui suivent l'injection.

**En cas d'allergie maternelle à la pénicilline :** réunion pluridisciplinaire à organiser rapidement entre infectiologue hospitalier, allergologue et gynécologue-obstétricien afin de décider de la CAT.

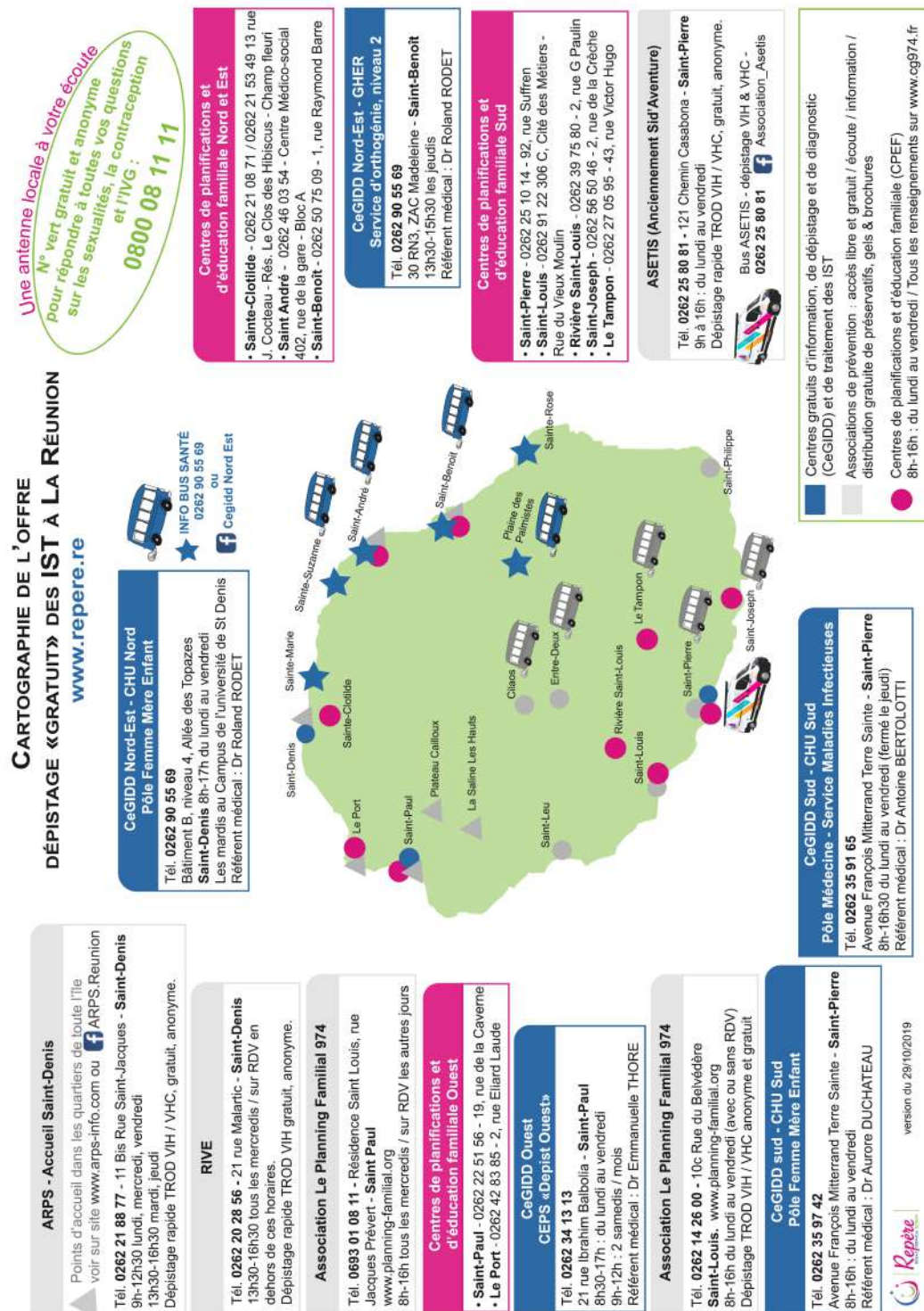
### 5– Surveillance materno-fœtale

<b>Biologie</b>	<b>TNT avec titrage (RPR, VDRL) mensuel</b> jusqu'à l'accouchement. Surveillance bio à réaliser dans le MÊME laboratoire. ⚠ en cas de ré-ascension ou stagnation du VDRL = réinfection ou échec thérapeutique (syphilis tardive nécessitant 3 injections)
<b>Clinique</b>	Disparition des signes cliniques maternels <b>Suivi mensuel par GO en charge du suivi de grossesse (hospitalier et/ou de ville)</b> <b>Suivi trimestriel par infectiologue référent</b>
<b>Suivi échographique</b>	<b>Suivi échographique mensuel par échographiste DAN référent</b>
<b>Autres</b>	Proposer suivi par psychologue, suivi à domicile par sage-femme, accompagnement PMI/service social.

Place prépondérante des consultations pré-conceptionnelles ou en début de grossesse, en cas de syphilis ou autres IST, ou antécédent de syphilis => prévention, dépistage précoce et répété ainsi que du/des partenaire(s), traitement adapté de la femme enceinte ainsi que du/des partenaire(s).

Sérologie syphilis indiquée devant toute fausse couche tardive ou MFIU dès 11 SA.

Annexe 1 : cartographie du dépistage « gratuit » des IST à la Réunion



## Annexe 2 : Surveillance nationales des IST : syphilis récentes et infections à gonocoques, Réseau RésIST

Document téléchargeable en accès libre ou par commande gratuite sur [www.repere.re](http://www.repere.re), « accès professionnel », onglet « syphilis et grossesse ».



### Surveillance nationale des infections sexuellement transmissibles : Syphilis récentes et infections à gonocoque Réseau RésIST

- L'objectif de la surveillance des IST est de décrire les caractéristiques épidémiologiques des cas à l'aide d'un **questionnaire médical** complété par le clinicien.
- Le clinicien informe le patient du recueil et du traitement informatisé des données, à l'aide du **formulaire d'information**. Le patient est libre d'accepter ou de refuser.
- Si le patient accepte de participer, le clinicien complète le **questionnaire médical** en choisissant un **numéro d'ordre** (composé de chiffres, lettres....) pour chaque patient. Seul le clinicien peut identifier un patient à l'aide du numéro d'ordre.
- Le clinicien envoie le questionnaire médical à la CIRE.

#### Santé publique France

##### Cellule Régionale Réunion

c/o ARS océan Indien 2 bis avenue Georges Brassens 97408 Saint-Denis Cedex 9

Fax : 02 62 93 94 57

Email : [oceanindien@santepubliquefrance.fr](mailto:oceanindien@santepubliquefrance.fr)

Aurélie ETIENNE

[aurelie.etienne@santepubliquefrance.fr](mailto:aurelie.etienne@santepubliquefrance.fr)

02 62 93 94 30

##### Département des maladies infectieuses (DMI)

Unité VHIT (VIH - Hépatites B et C - IST)

12 rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice cedex

Fax : 01 41 79 67 66

Email : [ist@santepubliquefrance.fr](mailto:ist@santepubliquefrance.fr)

Delphine VIRIOT

[delphine.viriot@santepubliquefrance.fr](mailto:delphine.viriot@santepubliquefrance.fr)

Ndeindo NDEIKOUNDAM NGANGRO

[ndeindo.ndeikoundam@santepubliquefrance.fr](mailto:ndeindo.ndeikoundam@santepubliquefrance.fr)

Corinne PIOCHE

[corinne.pioche@santepubliquefrance.fr](mailto:corinne.pioche@santepubliquefrance.fr)

<b>Nom du lieu d'exercice :</b> ..... <b>Adresse :</b> ..... .....	<b>Nom du médecin déclarant :</b> ..... ..... <b>Téléphone :</b> ..... <b>Email :</b> .....
---	--

**Date de consultation**       |  |

**Numéro d'ordre du cas** (au choix du clinicien) : .....

**Données socio-démographiques du patient**

<b>Age :</b> <input type="text" value=""/>   <input type="text" value=""/>	<b>Sexe :</b> Homme <input type="checkbox"/> Transgenre <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> <i>si oui</i>  Grossesse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, terme _____ SA	<b>Département de résidence :</b> <input type="text" value=""/>   <input type="text" value=""/>  <b>Ou Pays de résidence :</b> .....	<b>Pays de naissance :</b> .....
--	---	---	-------------------------------------

**Antécédents d'IST**       Oui       Non       Non renseigné/ Ne sait pas (NSP)

	<b>&lt;12 mois</b>	<b>≥1 an</b>		<b>&lt;12 mois</b>	<b>≥1 an</b>
<i>Syphilis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>LGV</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Gonococcie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Herpès génital</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Chlamydie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>HPV, condylome</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Motifs de la consultation initiale** (plusieurs choix possibles)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Signe(s) évocateur(s) d'une IST</b> | <input type="checkbox"/> <b>Dépistage systématique (VIH, autres IST, autre)</b>                 |
| <input type="checkbox"/> <b>IST chez le(s) partenaire(s)</b>    | <input type="checkbox"/> <b>Bilan (prise de risque, arrêt de préservatif, grossesse, autre)</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Grossesse</b>                       |   |

**Données comportementales dans les 12 derniers mois**

**Partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois :**

- Femme(s)       Homme(s)       Transgenre(s)

**Au moins un partenaire stable au cours des 12 derniers mois ?**       Oui       Non

**Si oui, utilisation systématique du préservatif avec le(s) partenaire(s) stable(s) au cours des 12 derniers mois :**

- |                                 |                              |                              |  |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| Pour les pénétrations vaginales | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non engagé dans ce type de pratique |
| Pour les pénétrations anales    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non engagé dans ce type de pratique |
| Pour les fellations             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non engagé dans ce type de pratique |

**Partenaire(s) occasionnel(les) au cours des 12 derniers mois ?**       Oui       Non

**Si oui, combien ?** .....

**Utilisation systématique du préservatif avec le(s) partenaire(s) occasionnel(les) au cours des 12 derniers mois :**

- |                                 |                              |                              |  |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| Pour les pénétrations vaginales | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non engagé dans ce type de pratique |
| Pour les pénétrations anales    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non engagé dans ce type de pratique |
| Pour les fellations             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non engagé dans ce type de pratique |

**Lieux de rencontre avec le(s) partenaires occasionnel(les)** (plusieurs choix possibles) :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Saunas                                  | <input type="checkbox"/> Sites de rencontre sur internet             |
| <input type="checkbox"/> Backrooms, sex clubs, clubs échangistes | <input type="checkbox"/> Applications mobiles (Grindr, Tinder, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Autre(s), précisez : .....              |  |

**Données cliniques, biologiques et thérapeutiques**

**SYPHILIS**

Présence de signe(s) clinique(s) :

Oui  Non  NSP

Si oui, préciser :

Ulcération de type chancre syphilitique

Site : .....

Eruption cutanéomuqueuse de type syphilis secondaire

Autre(s) signe(s) clinique(s) de syphilis secondaire :

.....

Date du diagnostic biologique:  JJ  MM  AAAA

**Fond noir / Immunofluorescence**

Positif	Négatif	Non fait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>PCR</b>	Positive	Négative	Non faite
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sérologies :**

• **Test(s) tréponémique(s) (TPHA, TPPA, FTA, ELISA)**

Positif	Négatif	Non fait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **VDRL / RPR**

Positif	Négatif	Non fait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si positif, titrage : .....

**Diagnostic final de syphilis récente datant de moins d'un an documenté, selon le stade (cf. définition p.4) :**

- Syphilis primaire  
 Syphilis secondaire  
 Syphilis latente précoce de moins d'un an

**GONOCOCCIE**

Présence de signe(s) clinique(s) :

Oui  Non  NSP

Date du diagnostic biologique:  JJ  MM  AAAA

	Positif	Négatif	Non fait
--	---------	---------	----------

<b>Culture</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<b>PCR</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Sites des prélèvements positifs :**

- Urétral  
 Urinaire  
 Ano-rectal  
 Cervico-vaginal  
 Pharyngé  
 Autre(s), précisez : .....

**Traitement prescrit pour la gonococcie:**

- Ceftriaxone  
 Autre(s), précisez : .....

**Traitement associé :**

.....  
 .....

**Co-infections**

**Une autre IST a-t-elle été diagnostiquée lors de la consultation ?**  Oui  Non

Si oui, laquelle ?  Gonococcie  Syphilis  Chlamydie  LGV  Condylome, infection à HPV  
 Autre(s), précisez : .....

**Infection à VIH :**  **VIH positif connu**  
 Préciser si un traitement antirétroviral est en cours actuellement :  Oui  Non  NSP

**Séropositivité VIH découverte suite à la consultation**

**VIH Négatif**

Préciser si une prophylaxie pré-exposition par Truvada était en cours au moment de la transmission de l'IST :  Oui  Non  Période de transmission indéterminée

**VIH inconnu**

**Une hépatite C a-t-elle été diagnostiquée lors de la consultation ?**  Oui  Non  
 Si oui, s'agit-il de séroconversion de moins de 6 mois ?  Oui  Non  NSP

**Une hépatite B a-t-elle été diagnostiquée lors de la consultation ?**  Oui  Non  
 Si oui, s'agit-il de séroconversion de moins de 6 mois ?  Oui  Non  NSP



## Définition d'un cas de syphilis récente

La syphilis récente inclut la syphilis **primaire, secondaire et latente précoce**

Stade de la syphilis	Clinique		* <i>Treponema pallidum</i>		**VDRL + TPHA +		**VDRL + TPHA -		**VDRL - TPHA +
Primaire	▶ Chancre	ET	+		+	OU	+	OU	+
Secondaire	▶ Lésions cutanéomuqueuses ▶ Adénopathies ▶ ± Chancre		+	ET/OU	+				
Latente précoce	▶ Absence de signes cliniques ET ▶ Contage < 12 mois OU ▶ Antécédents syphilis clinique primaire ou secondaire < 12 mois OU ▶ Partenaire syphilis + <12 mois			ET	+	OU	▶ Séroconversion < 12 mois OU ▶ Titre VDRL multiplié par au moins 4		

\*Mise en évidence de *Treponema pallidum* dans des prélèvements par un examen au microscope à fond noir, par immunofluorescence directe ou PCR positive.  
\*\* VDRL ou RPR, TPHA ou FTA-abs

## Définition d'un cas de gonococcie

Mise en évidence bactériologique de souches de *Neisseria gonorrhoeae* en culture sur gélose chocolat à partir de tous types de prélèvement, la localisation anatomique du prélèvement étant précisée.

Mise en évidence de *Neisseria gonorrhoeae* par technique de PCR/TAAN.

### Annexe 3 : Documentation des cas de syphilis congénitale

Document téléchargeable en accès libre ou par commande gratuite sur [www.repere.re](http://www.repere.re), « accès professionnel », onglet « syphilis et grossesse ».



Fiche de documentation des cas de Syphilis congénitale  
A renvoyer à la Cellule Régionale Réunion de Santé publique France : [oceanindien@santepubliquefrance.fr](mailto:oceanindien@santepubliquefrance.fr)

#### Documentation des cas de syphilis congénitale

Date du signalement du cas : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Origine du signalement :  CNR  ARS  CIRE  Hôpital  Autre, préciser : \_\_\_\_\_

#### INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Département de naissance : \_\_\_\_\_ Si naissance hors France, préciser le pays : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

Terme de grossesse (en semaine aménorrhée) : \_\_\_ SA Poids de naissance : \_\_\_\_\_ g

Examens biologiques à visée diagnostique :

Date du diagnostic biologique : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

#### > Sérum

Test(s) tréponémique(s) (TPHA / ELISA)  Positif  Négatif  Non fait

Si recherche d'IgM Préciser la technique : \_\_\_\_\_

VDRL / RPR  Positif  Négatif  Non fait

#### > Diagnostic direct

Microscope à fond noir  Positif  Négatif  Non fait

PCR <i>merci de cocher une case pour chaque type de prélèvement :</i>	Positif	Négatif	Non fait
LCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cordon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nez-gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Génital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sang total ( <i>cordons ou autre</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signes cliniques  Oui  Non

Si Oui, Date des premiers signes cliniques : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

#### Signes de fœtopathie

Atteinte hépatique  Atteinte splénique

Atteinte rénale  Retard de croissance intra-utérin (RCIU)

Malformation intra-utérine  Fièvre  Anémie

Autre, préciser : .....

#### Signes de syphilis

Atteinte(s) ostéoarticulaire(s)  Atteinte(s) cutanéomuqueuse(s)

Atteinte(s) neurologique(s)  Rhinite persistante

Autre, préciser : \_\_\_\_\_

**Examens complémentaires:**Signes radiologiques de syphilis congénitale :  Oui  Non  Non recherchésFonction hépatique :  Normal  Pathologique  Ne sait pasL'enfant a-t-il été traité?  Oui  Non  Ne sait pas

Si Oui compléter le tableau ci-dessous :

Date	Spécialité	Posologie	Voie d'administration	Durée

Délai entre le diagnostic et l'initiation du traitement (jours) : .....

**Evolution initiale** Retour à domicile  Transfert vers un autre service  Décès**INFORMATIONS SUR LA MERE DE L'ENFANT :****a. Caractéristiques sociodémographiques**

Age de la mère à l'accouchement : \_\_\_\_\_ Parité : \_\_\_\_\_

Date de naissance de la mère : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Mère née en France :  Oui  Non Si Non, Pays de naissance : \_\_\_\_\_Mère arrivée au cours de sa grossesse en France :  Oui  Non  NSP

Si oui, pays de provenance : \_\_\_\_\_

Antécédent de syphilis antérieure à la grossesse :  Oui  Non  NSP

si Oui année de l'infection : \_\_\_\_\_

Traitement pour une syphilis antérieure à la grossesse :  Oui  Non  NSPSi Oui : nombre d'injections d'extencilline :  3  1  NSP

Si Oui, à quel mois de grossesse ? \_\_\_\_\_ dans quel pays : \_\_\_\_\_

**b. Suivi de la mère pendant la grossesse:**Grossesse suivie :  Oui  Non  NSPSi oui, à quel trimestre de la grossesse a démarré le suivi ?  T1  T2  T3  NSPY a-t-il eu une rupture de suivi (quel que soit le moment ou la durée) ?  Oui  Non  NSPSi oui, à quel trimestre de la grossesse a eu lieu la rupture de suivi ? :  T1  T2  T3  NSP

Circonstances particulières ayant pu favoriser une mauvaise prise en charge de la grossesse (précarité...), préciser : \_\_\_\_\_

**c. Diagnostic clinique, biologique et traitement de la syphilis pendant la grossesse:**Sérologie syphilis réalisée au cours de la grossesse :  Oui  Non  NSPSi oui, préciser à quel trimestre de la grossesse :  T1  T2  T3  accouchementSi premier dépistage réalisé après le 1<sup>er</sup> trimestre, date (en SA) : \_\_\_\_\_

Indiquer les résultats sérologiques :

> Test(s) tréponémique(s) (TPHA / ELISA) :  Positif  Négatif  Non fait> Test(s) non tréponémique(s) (VDRL / RPR) :  Positif  Négatif  Non fait

&gt; Si positif, titrage du VDRL/RPR : \_\_\_\_\_

**Raison(s) du dépistage tardif :**

- 1<sup>ère</sup> consultation tardive (>1<sup>er</sup> trimestre)  sérologie non prescrite à la première consultation  
 sérologie prescrite mais examen non fait  mère perdue de vue après la première consultation  
 grossesse non suivie

Contamination au cours de la grossesse :  Oui  Non  Ne sait pasY a-t-il eu un traitement suite au dépistage ?  Oui  Non

Si Oui compléter le tableau ci-dessous :

Date	Spécialité	Posologie	Voie d'administration	Durée

Délai entre le diagnostic et l'initiation du traitement (jours) : \_\_\_\_\_

Signes cliniques de syphilis  Oui  Non  NSPSi Oui, lesquels ?  Chancre syphilitique  Eruption cutanée Autre signe de syphilis secondaire : \_\_\_\_\_ Signe de syphilis tertiaire : \_\_\_\_\_**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**Partenaire dépisté:  Oui  Non  NSP

si Oui, Résultats :

Date de prélèvement (en SA de la mère)	VDRL ou RPR	TPHA	IgM (Eia/FTA-abs)	IgM (Immunoblot)