

# Santé publique et syphilis, questions de stratégie

**L**a syphilis, due à une bactérie spiralée, *Treponema pallidum* est une infection sexuellement transmissible, pouvant également être transmise de la mère à l'enfant pendant la grossesse. Trois autres tréponèmes sont pathogènes pour l'homme : *T. pertenue*, l'agent du pian, *T. endemicum*, l'agent du bejel et *T. carateum*, l'agent de la pinta ou carate, responsables de lésions cutanées, transmises dès l'enfance par contact direct. Aucune technique biologique de diagnostic ne peut les différencier. En l'absence de traitement, la syphilis peut évoluer en plusieurs phases successives, symptomatiques (syphilis primaire, secondaire ou tertiaire) ou asymptomatiques : phase de latence précoce (syphilis datant de moins d'un an) ou tardive (syphilis datant de plus de un an ou que l'on ne peut dater). L'expression clinique de ces phases peut être variable et rendre le diagnostic clinique difficile. La syphilis congénitale est rare mais elle expose le fœtus à des complications gravissimes.

L'histoire naturelle de la maladie s'accompagne de la synthèse d'anticorps qui apparaissent dès la fin de la phase d'incubation pour atteindre des titres élevés pendant les phases primaires et secondaires. Ce titre diminue pendant la phase de latence tardive pour remonter à taux variable lors de l'évolution vers la phase tertiaire (complications neurologiques, cardiovasculaires....).

Les anticorps peuvent disparaître en cas de traitement précoce mais resteront positifs toute la vie en cas de traitement plus tardif, réalisant une « cicatrice sérologique ».

Après les épidémies rapportées dans les années 1990 aux USA et dans les pays de l'Est, une augmentation très préoccupante du nombre de cas de syphilis en France a été signalée par le Réseau National de Santé Publique dès 1999 justifiant une vigilance accrue vis-à-vis du diagnostic de cette maladie. Les données épidémiologiques disponibles montrent

que cette résurgence de l'infection touche principalement des homosexuels masculins vivant en région parisienne. Cinquante pour cent sont séropositifs pour le VIH.

*Treponema pallidum* n'étant pas cultivable *in vitro*, le diagnostic biologique des tréponématoses est essentiellement sérologique. Le dépistage sérologique fait appel à l'association de deux groupes de réactions, utilisant d'une part des antigènes non tréponémiques (VDRL, RPR), et d'autre part, des antigènes tréponémiques spécifiques (TPHA, FTA abs., tests ELISA, tests « rapides », immunoblot). Les stratégies de dépistage sont différentes dans le monde. La stratégie en vigueur en France est-elle la mieux adaptée au dépistage de la syphilis ? Les tests de dépistages « classiques » sont en général techniquement faciles à réaliser mais l'interprétation d'une sérologie positive est souvent difficile. Quelle attitude pratique adopter devant une sérologie faiblement positive pouvant évoquer soit une cicatrice sérologique d'une infection ancienne traitée, soit une phase de latence d'une syphilis qui pourrait évoluer vers une phase tertiaire ? Au vue des données épidémiologiques récentes, faut-il mieux cibler la population à dépister afin d'améliorer la pertinence diagnostique ? Quelle est la place des nouveaux outils diagnostiques (tests Elisa IgG et IgM, tests rapides, tests de confirmation de type Western Blot IgG et IgM) dans le dépistage et le suivi de l'infection ?

Toutes ces questions sont importantes à soulever afin d'éviter l'émergence de formes graves telles que la syphilis congénitale et la neurosyphilis. Les recommandations de santé publique de la HAS publiées dans ce numéro de *Spectra Biologie* constituent une base de réflexion qui permettra au biologiste d'appréhender le rôle qui lui incombe. Un rôle qui doit se concevoir dans un dialogue clinico-biologique affirmé. En effet, cette relation revêt une importance toute particulière pour le diagnostic et le traitement de cette maladie qui reste sensible à la pénicilline.

\*Laboratoire LCL – 78, avenue de Verdun – 94200 Ivry-sur-Seine