RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé

de la famille et des personnes handicapées

Institut de veille sanitaire

BEH

N° 48/2002

26 novembre 2002

Epidémie de syphilis en Guadeloupe en 2001 : lien avec la précarité sociale et la consommation de crack p. 241

Programme des Journées scientifiques de l'Institut de veille sanitaire, 3 et 4 décembre 2002 p. 243

Epidémie de syphilis en Guadeloupe en 2001 : lien avec la précarité sociale et la consommation de crack

Ph. Muller[1], F. Colombani[2], M. Azi[3], A. Belleoud[1], C. Perino[1], P. Chaud[2], A. Boucharlat[4], M. Strobel[1]

[1] CHU Pointe-à-Pitre, Service des maladies infectieuses ; [2] Cellule interrégionale d'épidémiologie, Fort-de-France ; [3] CHU Pointe-à-Pitre, Laboratoire de bactériologie ; [4] Direction de la santé et du développement social, Guadeloupe

INTRODUCTION

La syphilis vénérienne, en déclin depuis vingt ans dans les pays développés, y a atteint des taux d'incidence faibles < 5/100.000 [1]. Certains de ces pays – dont la France – ont ainsi abandonné sa déclaration obligatoire, au moment même où la syphilis amorçait avec d'autres maladies sexuellement transmissibles (MST) un « retour » inattendu [2-3]. En revanche, dans les pays en développement comme ceux de la Caraïbe, la syphilis est restée largement endémique avec une incidence élevée et stable [1]. Les départements français d'Amérique (DFA) de Guadeloupe, Martinique et Guyane, très favorisés au plan socio-économique, font exception dans la région : les MST (hors VIH) y ont connu la même évolution qu'en Europe, avec une quasi disparition de la syphilis primo-secondaire depuis 1990 (0 à 5 cas par an, pour la Guadeloupe) [Direction de la santé et du développement social (DSDS), données non publiées].

Entre janvier et avril 2001, 13 cas de syphilis primo-secondaire ont été référés au centre hospitalier universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre, desservant une zone de 300 000 habitants. Le fait a été notifié aux autorités sanitaires, et les investigations ont été menées à partir de mars 2001 afin de confirmer l'épidémie, d'en préciser l'extension et les caractéristiques, et de proposer le cas échéant des recommandations.

MÉTHODES

Une première enquête rétrospective a recensé dans les trois départements français d'Amérique les cas de syphilis précoces traitées en trois ans (1999-2001) dans les dispensaires antivénériens départementaux et les services de référence des centres hospitaliers régionaux. Les résultats de cette première enquête ont conduit à limiter l'étude de l'épidémie à la région de Pointe-à-Pitre, seule concernée par la survenue de nouveaux cas.

L'étude a débuté en avril 2001 et a concerné tous les cas de syphilis précoce diagnostiqués dans les deux structures référentes régionales pour les MST : le Service de maladies infectieuses-dermatologie du CHU, et le Dispensaire antivénérien départemental. Ces deux structures sont directement en charge d'une unité carcérale, de quatre centres de dépistage anonyme et gratuit, d'une consultation de précarité (Foyer Saint-Vincent-de-Paul, Pointe-à-Pitre), et de façon plus indirecte des centres de protection maternelle et infantile (PMI). Le recueil des données, rétrospectif sur dossier de janvier 1993 à mai 2001, prospectif ensuite, a été réalisé dans chacune de ces structures. Un questionnaire standardisé a permis de colliger, pour chaque cas de syphilis précoce identifiée, les données suivantes : démographie ; situation sociale et juridique des sujets ; date et lieu du diagnostic ; facteurs de risque et circonstances de contamination ; présentation clinique ; diagnostic biologique ; statut sérologique VIH ; autres MST (arguments cliniques et biologiques) ; enfin, traitement reçu par les sujets index et leurs partenaires. Les structures et modes de recrutement des patients sont restés inchangés au cours de la période d'étude (1993-2001).

Un cas a été défini comme syphilis précoce s'il présentait :

1) une atteinte clinique évocatrice : primo-secondaire, ou adénopathies avec notion de lésion génitale et/ou éruption récente, méningite syphilitique ;

2) ou une forme latente, mais avec événements documentés témoignant d'une activité de la maladie : séroconversion datant de moins d'un an, ou transmission au partenaire ou au fœtus ;

3) et une confirmation sérologique par réaction TPHA positive associée à : a) soit VDRL à taux ≥ 1/8 ; b) soit FTA IgM positive ; c) soit examen positif au microscope à fond noir.

Ont été exclus de l'étude les cas sans confirmation biologique complète et les cas non traités parce que classés comme syphilis non active, latente tardive ou guérie, c'est-à-dire avec FTA IgM négatif, et VDRL à taux faible (< 1/8) vérifié par deux tests à intervalle ≥ trois mois.

RÉSULTATS

Un nombre de cas inattendu de syphilis précoce est survenu en 2001. Groupés dans le temps et l'espace, ils sont restés limités à la région de Pointe-à-Pitre. L'enquête initiale n'a retrouvé, entre 1999 et 2001, aucun indice d'épidémie dans le reste de la Guadeloupe, ni en Martinique, ni en Guyane qui disposent, avec les relevés d'activité et les fichiers des dispensaires antivénériens départementaux et des services hospitaliers, d'une méthodologie d'enregistrement simplifiée mais stable dans le temps (tableau 1).

Selon les critères définis, 58 sujets ont été inclus et 23 exclus, provenant tous des structures listées ci-dessus. Parmi les exclus on comptait : a) 10 femmes enceintes originaires de pays d'endémie (Haïti, Santo Domingo, Afrique sub-saharienne) vues en PMI, et 8 consultants du dispensaires antivénérien départemental ; b) 2 patients symptomatiques (chancre) mais perdus de vue avant confirmation biologique, et 3 enfants (1 mort-né, 2 vivants) atteints de syphilis congénitale, dont les mères ont été comptabilisées.

Tableau 1

Nombre de cas de syphilis précoce traités par an, départements français d'Amérique, 1999-2001 (enquête rétrospective initiale)

		1999	2000	2001
Martinique	DAV	0	0	0
	CHU	0	0	1
Guyane	DAV	2	0	1
	CHR	1	1	1
Guadeloupe	DAV	0	0	0
	CHU	1	5	38

DAV : Dispensaire anti-vénérien départemental ;
CHU/CHR : Centre Hospitalier Universitaire/Régional.

La publication d'un article dans le *BEH* n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec indication de la source.

La distribution dans le temps de ces 58 cas a permis de distinguer deux périodes (tableau 2) :

a) une période de faible endémicité (1993-2000) avec 20 cas sporadiques en huit ans, soit une incidence annuelle moyenne de 0,6/100 000 (dénominateur : 300 000 habitants de la zone de Pointe-à-Pitre), caractérisée par 80 % de formes cliniquement latentes et une absence de syphilis congénitale ;

b) une période épidémique avec 38 cas pour la seule année 2001, soit une incidence de 12,6/100 000.

Les 38 sujets ayant présenté une syphilis précoce en 2001 sont tous originaires de la Caraïbe.

Sur le plan clinique, on retrouve 79 % de formes symptomatiques, (10 syphilis primaires, 4 primo-secondaires, 14 secondaires), 7 syphilis latentes précoces (18 %) dont 3 avec transmission materno-fœtale, 1 syphilis non classée (lésions alléguées compatibles datant de moins de trois mois, non identifiables le jour de l'examen). Une co-infection VIH est diagnostiquée pour 26 % des cas, et une autre MST pour 34 % des cas, (*Chlamydiae trachomatis, Herpes simplex,* aucune gonococcie).

Sur 26 répondeurs, 15 déclaraient ne jamais utiliser de préservatif.

La quasi-totalité des sujets (34 sur 38) vivent dans une situation très précaire : 89 % sans emploi, 30 % sans papiers, 13 % sans domicile fixe. La moitié (50 %) sont consommateurs ou dealers de crack, 21 % ont été incarcérés au cours des deux dernières années. De plus, 7 des 13 premiers cas référés en 2001 (figure 1) fréquentaient le Foyer Saint-Vincent-de-Paul, lieu de vie et de soins autour duquel se déroulait un notoire trafic de crack, associé à des activités de prostitution. Globalement, 37 % des sujets concernés (14/38) avaient été en relation directe avec ce foyer.

Enfin, la totalité des cas index ont été traités par une dose unique de Benzathine-pénicilline (2,4 millions unités) ou trois doses sur trois semaines en cas d'infection à VIH associée ; en revanche, seuls 8 parmi 40 (20 %) des partenaires récents notifiés par les sujets index ont pu l'être.

Tableau 2

Caractéristiques des cas de syphilis selon la période (1993-2000 et 2001), région de Pointe-à-Pitre, Guadeloupe

Variable	Période	
	1993-2000	2001
N de cas retenus	20	38
Moyenne de cas par an	2,5	38
Caractéristiques socio-démographiques		
Moyenne d'âge (ans)	44,4	32,1
Sex ratio H/F	0,81	1,37
N d'homosexuels	1/20	1/38
Migrants	30 %	29 %
Précarité sociale	indéterminé	89 %
Caractéristiques cliniques		
Syphilis symptomatique	3 (15 %)	30 (79 %)
primo-secondaire	1	28
méningée	1	0
adénite	1	2
Syphilis latente précoce	12 (60 %)	7 (18 %)
Syphilis non classée	5 (25 %)	1
Syphilis materno-fœtale	0	3
Co-infection VIH	50 %	26 %

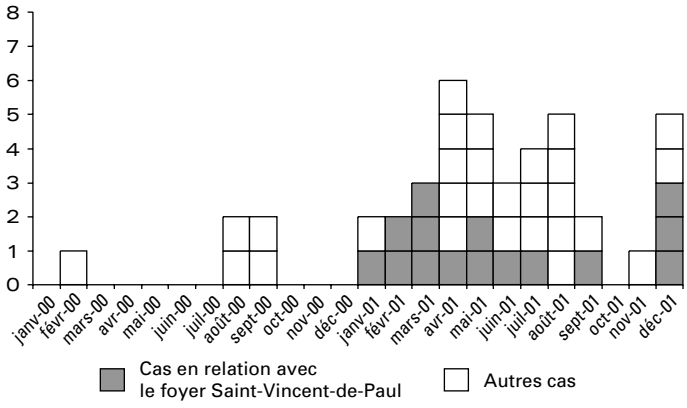
DISCUSSION

La survenue de 38 cas de syphilis précoce en 2001 a confirmé l'épidémie, l'incidence étant multipliée par 20 (12,6/100 000) par rapport aux années antérieures (1993-2000). A titre comparatif, l'incidence de la syphilis primo-secondaire aux Etats-Unis était évaluée en 1998 à 2,5/100 000, le seuil de 0,4/100 000 définissant le problème de santé publique [2].

Au plan du diagnostic, nous soulignons la proportion importante de syphilis symptomatiques (79 %) au cours de la période épidémique, contribuant à la « visibilité » de celle-ci, contrairement à la période précédente marquée par une forte prédominance de syphilis latentes. Pour ces dernières, dont la date de survenue est par définition imprécise, le risque de sur-évaluation est à considérer (décompte de syphilis contractées antérieurement à la période d'étude) ; à l'inverse, pour les syphilis primaires, les critères de définition retenus risquent une sous-évaluation, par exemple devant des taux sérologiques faibles et un fond noir négatif (situation non rencontrée en pratique).

Figure 1

Courbe épidémique mensuelle des cas de syphilis survenus dans la région de Pointe-à-Pitre, Guadeloupe, janvier 2000-décembre 2001



Au plan épidémiologique, les caractéristiques de la présente épidémie sont superposables à celles décrites dans la décennie 1990 dans les grandes villes américaines : foyer circonscrit ; sexe ratio équilibré ; sujets majoritairement afro-américains (> 90 %) en situation économique précaire ; contexte de toxicomanie au crack et prostitution [4]. La relation entre l'usage du crack – une forme de cocaïne fumée, très bon marché et répandue aux Antilles – et un risque très élevé d'infection à VIH et autres MST est bien établie [4].

Ces caractéristiques diffèrent en revanche nettement d'un autre type épidémique apparu entre 1996 et 2000 aux Etats-Unis et en Europe de l'Ouest – (à Paris en 2000-2001) et qui a concerné presqu'exclusivement (> 75-90 % des cas) des homosexuels en rupture de « safe sex » [3,5].

L'épidémie de Guadeloupe paraît avoir eu pour épicentre un foyer pour personnes en difficulté sociale, à partir duquel elle s'est peu propagée. Elle a mis en lumière certains éléments préoccupants : a) méconnaissance de la syphilis par des médecins devenus peu familiers de sa présentation clinique ; b) atteinte fœtale (3 cas) malgré une sérologie négative en début de grossesse, ne préjugeant évidemment pas d'une possible contamination ultérieure ; cette émergence de syphilis congénitale constituant un marqueur précoce et pertinent d'épidémie en cours [6] ; c) majoration du risque d'infection à VIH ; d) enfin, risque permanent d'extension de l'épidémie.

CONCLUSION

La syphilis a amorcé en 2001 un retour préoccupant en Guadeloupe, selon des modalités épidémiques propres bien que non spécifiques. Restée circonscrite, l'épidémie n'est cependant pas contrôlée, dix-huit mois après son début (juillet 2002).

Quatre types de recommandations sont proposées : a) alerter de sa possible résurgence le corps médical et les réseaux sentinelles de Guadeloupe, mais également de Martinique et Guyane ; b) dépister plus largement, et plus particulièrement les femmes enceintes (deuxième sérologie en fin de grossesse), et les personnes socialement défavorisées, incarcérées ou toxicomanes ; c) poursuivre et étendre à l'ensemble des DFA la surveillance initiée au CHU de la Guadeloupe ; d) promouvoir des actions de prévention de terrain, ciblant réellement les personnes en situation de grande précarité et d'exclusion.

RÉFÉRENCES

[1] WHO. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections. Overview and estimates. Geneva, 2001.

[2] Primary and secondary syphilis, United States 1999. *Morb Mortal Wkly Rep* 2001 ; 50 : 113-7.

[3] Stolte IG, Dulers NHTM, de Vit 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.

[4] Campsmith ML, Nakashima AK, Jones JL. Association between crack cocaine and high risk sexual behaviors after HIV diagnosis. *J Acquir Immune Defic syndr* 2000 ; 25 : 192-8.

[5] Couturier E, Dupin N, Janier M, Halioua B, Yazdanpanah Y. et al. Resurgence de la syphilis en France, 2000-2001. *BEH* 2001 ; 35-36 : 168-169.

[6] CDC Atlanta. Congenital Syphilis United States 2000. *Morb Mortal Wkly Rep* 2001 ; 50 : 573-7.