

Syphilis congénitale

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Télec. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.pcsp.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION

(Partie remplie par le PCSP)

Numéro du rapport

Mois de déclaration

Province

Date du jour

Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné. Si l'information demandée est difficile à obtenir, laissez la réponse vierge. Les données seront traitées confidentiellement.

DÉFINITION DE CAS DE SYPHILIS CONGÉNITALE

Déclarer tout nouveau-né, nourrisson ou enfant de moins de quatre ans qui a reçu un nouveau diagnostic de syphilis congénitale confirmée ou probable au cours du mois précédent.

Syphilis congénitale confirmée (doit inclure l'un des éléments suivants)

1. Identification du *Treponema pallidum* prélevé chez un nourrisson ou un enfant au moyen de l'amplification en chaîne par polymérase (PCR) ou de l'immunofluorescence
2. Sérologie réactive du sang veineux quatre fois plus élevée chez le nouveau-né que chez la mère dans la période entourant l'accouchement
3. Sérologie réactive du sang veineux chez un nourrisson, qui persiste au-delà de son second anniversaire

Syphilis congénitale probable

1. Nourrisson d'une mère atteinte d'une syphilis non traitée ou insuffisamment traitée à l'accouchement, quelles que soient les observations chez le nourrisson

OU LES DEUX ÉLÉMENTS SUIVANTS :

2. Nourrisson ou enfant ayant obtenu un résultat réactif au test tréponémique
3. L'un des critères supplémentaires suivants :
 - a. Signes cliniques de syphilis congénitale à l'examen physique
 - b. Preuves de syphilis congénitale aux radiographies des os longs
 - c. Numération cellulaire ou protéines du liquide céphalorachidien anormales, sans autre cause
 - d. Résultat réactif aux immunoglobulines M (IgM) tréponémiques (test d'anticorps 19S-IgM ou dosage immunoenzymatique aux IgM)

Veillez préciser si le cas que vous déclarez est une : syphilis congénitale confirmée syphilis congénitale probable

SECTION 1 – DISPENSATEUR DE SOINS

1.1 Avez-vous accès à un infectiologue (par téléphone ou en personne)? Oui Non J'en suis un

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES SUR LE PATIENT

2.1 Mois et année de naissance : _____ / _____
MM AAAA

2.2 Sexe : Masculin Féminin Intersexué

2.3 Province ou territoire de naissance : _____ 2.4 Trois premiers caractères du code postal : _____

SECTION 3 – HISTOIRE MATERNELLE ET PRÉNATALE

3.1 Âge de la mère au moment de l'accouchement : _____ années Inconnu

3.2 Groupe de population de la mère (cochez toutes les réponses applicables) :

- | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arabe | <input type="checkbox"/> Noir | <input type="checkbox"/> Chinois | <input type="checkbox"/> Philippin |
| <input type="checkbox"/> Japonais | <input type="checkbox"/> Coréen | <input type="checkbox"/> Latino-Américain | <input type="checkbox"/> Blanc |
| <input type="checkbox"/> Premières Nations | <input type="checkbox"/> Inuit | <input type="checkbox"/> Métis | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud-Est
(p. ex., Vietnamiens,
Cambodgiens, Laotiens) | <input type="checkbox"/> Sud-Asiatique
(p. ex., Indien d'Asie,
Pakistanaï, Sri Lankaï) | <input type="checkbox"/> Ouest-Asiatique
(p. ex., Iranien, Afghan) | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

3.3 La mère habite-t-elle au Canada depuis moins de dix ans? Oui Non Inconnu

3.4 **Caractéristiques sociales et comportementales de la mère :**

Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse? Oui Non Inconnu

Précisez (si vous le savez) : _____

Consommation de drogues injectables Oui Non Inconnu

Insécurité en matière de logement ou itinérance? Oui Non Inconnu

Travail ou trafic du sexe? Oui Non Inconnu

- Intervention de la protection de la jeunesse auprès d'autres enfants? Oui Non Inconnu
 Prestataire de l'aide sociale? Oui Non Inconnu
- 3.5 À chaque trimestre de grossesse, est-ce que la mère a assisté à au moins un examen prénatal?
 Oui Seulement aux examens du deuxième et troisième trimestres
 Seulement aux examens du troisième trimestre Aucuns soins prénatals n'ont été consignés Inconnu
- 3.6 Quels obstacles, s'il y a lieu, la mère a-t-elle vécus pour accéder aux soins prénatals? _____
-
- 3.7 La mère a-t-elle subi un test de dépistage de la syphilis pendant la grossesse? Oui Non Inconnu
Dans la négative, passez à la question 3.10.
Dans l'affirmative, le dépistage de la syphilis était-il positif?
 Oui; Test rapide de la réagine plasmatique (RPR) 1 initial : _____ Oui; Test RPR initial inconnu Non Inconnu
- 3.8 Phase de syphilis de la mère :
 Primaire (chancre, <3 semaines depuis l'infection)
 Secondaire (éruption, symptômes systémiques)
 Latente (asymptomatique) : précisez la date estimative de l'infection : Il y a <12 mois Il y a >12 mois Inconnu
 Tertiaire (manifestations cardiovasculaires, neurosyphilis) Inconnu
- 3.9 La mère a-t-elle reçu un traitement contre la syphilis pendant sa grossesse? Oui Non Inconnu
Dans la négative, passer à la question 3.10.
- 3.9.1 Choix d'antibiotique : Pénicilline G benzathine Autre, précisez : _____ Inconnu
- 3.9.2 Trimestre du traitement (cochez toutes les réponses applicables) :
 Premier Deuxième Troisième <4 semaines avant l'accouchement seulement Inconnu
- 3.9.3 RPR après le traitement (remplissez toutes les réponses connues) :
 _____ mois après le traitement Connu; 1 : _____ Inconnu Non effectué
 _____ mois après le traitement Connu; 1 : _____ Inconnu Non effectué
 _____ mois après le traitement Connu; 1 : _____ Inconnu Non effectué
- 3.9.4 Interprétation : réponse appropriée réponse non appropriée Inconnu
- 3.10 La mère a-t-elle été testée au moment ou aux alentours de l'accouchement? Oui Non Inconnu
Dans l'affirmative, précisez : RPR 1 : _____ Inconnu
- 3.11 Co-infections de la mère en tout temps pendant la grossesse (cochez toutes les réponses applicables) :
 Virus de l'immunodéficience humaine Hépatite B Hépatite C Virus *Herpes simplex*
 Chlamydia Gonorrhée Aucune co-infection connue
 Autre, précisez : _____

SECTION 4 – DIAGNOSTIC ET ÉVALUATION DU PATIENT

- 4.1 Mois et année du diagnostic : _____ / _____
 MM AAAA
- 4.2 Le patient a-t-il subi un test de dépistage de la syphilis congénitale à la naissance? Oui Non Inconnu
Dans l'affirmative, RPR du patient à la naissance : Positive; 1 : _____ Positive; résultat inconnu Négatif Inconnu
- 4.3 Quelles observations ont contribué au diagnostic de syphilis congénitale confirmé ou probable (cochez toutes les réponses applicables)?
Observations à l'examen physique
 Éruption Ictère Hépatomégalie Splénomégalie Renflements (sécrétions nasales abondantes)
 Petite taille par rapport à l'âge gestationnel Prématurité; âge gestationnel à la naissance ___ semaines ___ jours
 Autre : _____
- Anomalies hématologiques ou biochimiques**
 Hémoculture, précisez : Hémoglobine _____ Leucocytémie _____ Numération plaquettaire _____
 Enzymes hépatiques, précisez :
 Alanine transaminase (ALT) _____ Aspartate transaminase (AST) _____ Phosphatase alcaline (ALP) _____
 Autre, précisez : _____

Bilan microbiologique

- Test tréponémique (TP-EIA, TP-PA, etc.) : _____
- Numération des cellules du liquide céphalorachidien, précisez : Leucocytes _____ Globules rouges _____
- Biochimie du liquide céphalorachidien, précisez : Protéine _____ Glucose _____
- Test VDRL (laboratoire de recherche des maladies transmises sexuellement) du liquide céphalorachidien _____
- Autre, précisez : _____

Bilan radiologique

- Neuro-imagerie Résultat : Anormal Normal
- Radiographie des os longs Résultat : Anormal Normal
- Échographie abdominale Résultat : Anormal Normal
- Autre, précisez : _____

Observations : _____

Autres bilan

- Examen ophtalmologique Résultat : Anormal Normal
- Dépistage auditif Résultat : Anormal Normal
- Autre, précisez : _____

SECTION 5 – PRISE EN CHARGE CLINIQUE ET COMPLICATIONS DES PATIENTS

5.1 Antibiothérapie :

Âge au début du traitement : <1 semaine de vie 1 à 4 semaines de vie 4 semaines de vie à 2 ans >2 ans

a) Sélection d'antibiotiques :

Pénicilline G aqueuse Pénicilline G benzathine Autre, précisez : _____ Inconnu

b) Dose, précisez : _____ unités/kg mg/kg Inconnu

c) Fréquence des doses :

Unique Quotidienne Hebdomadaire Toutes les 2 semaines Toutes les 6 heures

Toutes les 8 heures Toutes les 12 heures Inconnu

d) Durée du traitement, précisez : _____ Dose(s) Jours Semaines Inconnu

5.2 Complications de la syphilis congénitale confirmée ou probable (cochez toutes les réponses applicables) :

- Décès Insuffisance hépatique Coagulopathie
- Convulsions Anasarque fœtoplacentaire (hydrops fœtal) Encéphalopathie
- Neurosyphilis Perte d'audition neurosensorielles Périchondrite ou ostéochondrite
- Aucune de ces réponses Hospitalisation à l'unité de soins intensifs Autre, précisez : _____
- Inconnu

J'accepte que le PCSP prenne contact avec moi pour obtenir des compléments d'information.

Je préfère que le PCSP ne prenne pas contact avec moi pour me demander des compléments d'information.

SECTION 6 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province ou territoire _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.