

La syphilis infectieuse au Canada : 2003-2012

Totten S^{1,*}, MacLean R¹, Payne E¹

¹ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

*Auteure-ressource : Stephanie.Totten@phac-aspc.gc.ca

Résumé

Contexte : Dans les années 1990, les taux de cas déclarés de syphilis infectieuse étaient relativement faibles et semblables chez les hommes et les femmes. En 2001, les taux ont commencé à augmenter, particulièrement chez les hommes.

Objectif : Déterminer les tendances des cas déclarés de syphilis infectieuse au Canada, du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2012.

Méthodologie : Les rapports sur les maladies à déclaration obligatoire ont été présentés à l'Agence de la santé publique du Canada par les unités épidémiologiques provinciales et territoriales et les données ont été résumées selon l'âge et le sexe.

Résultats : Les taux de cas déclarés de syphilis infectieuse ont augmenté de 101,0 % de 2003 à 2012, passant de 2,9 à 5,8 cas par 100 000 habitants. Au cours de cette période, les taux ont augmenté de 128,3 % chez les hommes et ont diminué de 40,9 % chez les femmes. Chez les hommes, les taux de syphilis infectieuse étaient plus élevés dans le groupe d'âge de 25 à 29 ans, alors que chez les femmes, ils étaient plus élevés dans le groupe d'âge de 20 à 24 ans.

Conclusion : Au Canada, comme dans de nombreux pays, les taux de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les hommes ont sensiblement augmenté au cours des dix dernières années.

Introduction

La syphilis infectieuse est à déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis 1924. Elle est causée par la bactérie *Treponema pallidum* et si elle n'est pas traitée, elle passe par les stades suivants : primaire, secondaire, de latence et tertiaire. La syphilis infectieuse tertiaire entraîne des dommages au système nerveux central, au système cardiovasculaire, aux yeux, à la peau et à d'autres organes internes (1). Les personnes ayant contracté une syphilis infectieuse précoce (symptomatique) sont aussi plus à risque de contracter le VIH, et les personnes co-infectées par les deux agents pathogènes sont plus susceptibles de transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels (2). Chez les personnes co-infectées, le risque est plus grand de voir une progression rapide vers des conséquences graves comme la neurosyphilis, alors même que ces personnes sont encore contagieuses (3, 4, 5). Même si toutes les phases de la syphilis infectieuse doivent être déclarées à l'échelle nationale, seuls les stades primaire, secondaire et de latence précoce (moins d'un an après le point d'infection), sont considérés comme infectieux, d'où l'importance de cette maladie du point de vue de la santé publique. Seuls ces stades sont inclus dans les rapports nationaux.

De 1993 à 2001, les taux de cas déclarés de syphilis infectieuse étaient très similaires chez les hommes et chez les femmes, les taux étant faibles (inférieurs à 1,0 cas par 100 000 habitants) pour les deux sexes au cours de cette période. En 2001, les taux de syphilis infectieuse ont amorcé une forte hausse, en particulier chez les hommes (6).

L'objectif du présent relevé est de résumer les tendances dans les taux de syphilis infectieuse au Canada entre 2003 et 2012. Il est fondé sur le rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2012,

qui a été préparé par le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (disponible en ligne) (7).

Méthodologie

Collecte de données

Les données sur les cas confirmés d'infection gonococcique ont été déclarées au Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (SSMDO) par les autorités sanitaires provinciales et territoriales selon les définitions de cas de l'Agence pour les maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale (8) (voir l'encadré ci-dessous). Les données sont présentées sous des formes diverses (p. ex. transmission électronique de données présentées par ligne, exposés de cas sur support papier, données agrégées) et sont vérifiées et chargées dans la base de données du SSMDO par le personnel de l'Agence.

Définitions de cas de syphilis infectieuse¹

Syphilis infectieuse primaire – Confirmation en laboratoire de l'infection :

Identification de *T. pallidum* par microscopie à fond noir, anticorps fluorescent, tests d'acides nucléiques ou examen équivalent de matière provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique régional

OU

La présence d'une ou de plusieurs lésions typiques (chancres) et un résultat réactif au test sérologique tréponémique, peu importe la réactivité du test non tréponémique, chez les personnes sans antécédents de syphilis infectieuse

OU

La présence d'une ou de plusieurs lésions typiques (chancres) et une augmentation de la concentration par un facteur de quatre ou plus par rapport au dernier test non tréponémique connu chez les personnes ayant des antécédents de traitement de la syphilis infectieuse.

Syphilis infectieuse secondaire – Confirmation en laboratoire de l'infection :

Identification de *T. pallidum* par microscopie à fond noir, anticorps fluorescent, tests d'acides nucléiques ou examen équivalent de lésions muco-cutanées, condylomes plats et résultat réactif au test sérologique (non tréponémique et tréponémique)

OU

Présence de signes ou symptômes typiques de syphilis infectieuse secondaire (p. ex., les lésions muco-cutanées, alopecie, perte des cils et du tiers latéral des sourcils, iritis, adénopathie généralisée, fièvre, malaises ou splénomégalie)

ET

Soit un résultat réactif au test sérologique (non tréponémique et tréponémique) OU une augmentation de la concentration par un facteur de quatre ou plus par rapport au dernier test sérologique non tréponémique connu.

La syphilis infectieuse latente précoce (< 1 an après l'infection) – Confirmation en laboratoire de l'infection :

Patients asymptomatiques présentant un résultat réactif au test sérologique (tréponémique ou non tréponémique) qui, au cours des 12 derniers mois, ont déclaré un des éléments suivants : un résultat non réactif au test sérologique, des symptômes évocateurs de cas de syphilis infectieuse primaire ou secondaire, une exposition à un partenaire sexuel atteint de syphilis infectieuse primaire, secondaire ou latente précoce.

¹ Aux fins du présent résumé, la syphilis infectieuse congénitale et la syphilis latente tardive (non infectieuse) n'ont pas été incluses.

Analyse des données

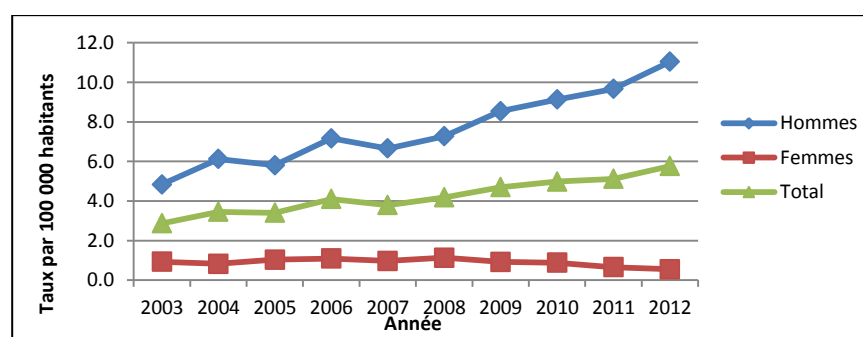
Les données sur la syphilis infectieuse extraites du SSMDO ont été analysées par le personnel du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (CLCMTI). Les taux ont été calculés selon le groupe d'âge et le sexe à l'aide des estimations de la population tirées de la Division de la démographie de Statistique Canada. Les calculs des taux de changements ont été effectués à partir de chiffres non arrondis pour une plus grande précision.

La surveillance est considérée comme faisant partie du mandat des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux et ne s'inscrit pas dans le cadre de la recherche sur des humains; par conséquent, aucune approbation du Comité d'examen éthique n'a été demandée.

Résultats

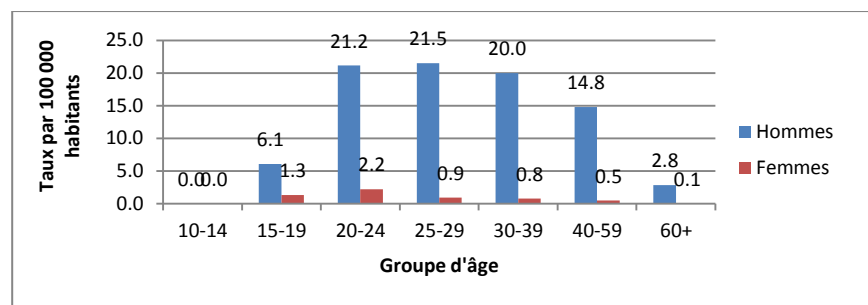
En 2012, 2 003 cas de syphilis infectieuse ont été signalés, ce qui correspond à un taux de 5,8 cas par 100 000 habitants et à une augmentation de 101,0 % par rapport au taux de 2,9 cas par 100 000 habitants observé en 2003. La majorité des cas (94,9 %) signalés en 2012 étaient des hommes. Entre 2003 et 2012, les taux chez les hommes ont augmenté de 128,3 %, passant de 4,8 à 11,0 cas par 100 000 habitants; à l'inverse, les taux chez les femmes ont diminué de 40,9 %, passant de 0,9 à 0,5 cas par 100 000 habitants (**Figure 1**).

Figure 1 : Taux de cas déclarés de syphilis infectieuse selon le sexe et dans l'ensemble, de 2003 à 2012, Canada



En 2012, comme au cours des années précédentes, la majorité (65,6 %) des cas de syphilis infectieuse déclarés ont été observés chez des hommes de 30 ans et plus. C'est chez les hommes âgés de 25 à 29 ans, puis de 20 à 24 ans, que les taux de syphilis infectieuse signalés étaient les plus élevés (21,5 et 21,2 cas par 100 000 habitants, respectivement) (**Figure 2**). Chez les femmes, les taux de syphilis infectieuse signalés étaient considérablement plus faibles; les taux les plus élevés chez les femmes ont été observés dans le groupe de 20 à 24 ans, suivi du groupe de 15 à 19 ans (2,2 et 1,3 cas par 100 000 habitants, respectivement).

De 2003 à 2012, on a observé une augmentation relative des taux chez les hommes de tous les groupes d'âge, à l'exception de ceux âgés de 10 à 14 ans (où aucun cas n'a été déclaré). Au cours de la même période, les taux ont diminué chez les femmes de tous les groupes d'âge, à l'exception de celles âgées de 10 à 14 ans (où aucun cas n'a été signalé) et du groupe de celles âgées de 15 à 19 ans, où les taux sont passés de 1,2 à 1,3 cas par 100 000 habitants (données non indiquées).

Figure 2 : Taux de cas déclarés de syphilis infectieuse par sexe et par groupe d'âge, 2012, Canada

De 2003 à 2012, des éclosions de syphilis infectieuse ont été déclarées dans la plupart des provinces et territoires du Canada.

Discussion

Après une incidence quasi nulle de syphilis infectieuse, le nombre de cas déclarés a commencé à augmenter en 2001 et continue de le faire, en particulier chez les hommes. On observe une différence significative des taux entre les hommes et les femmes. Chez les hommes, les taux ont plus que doublé au cours des 10 dernières années, alors qu'ils ont diminué par un peu plus de 40 % chez les femmes. Cette recrudescence semble être principalement imputable à la transmission chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). L'augmentation des taux d'infections transmissibles sexuellement (ITS) chez les HARSAH a également été observée aux États-Unis et en Europe. Les causes de ces augmentations sont complexes, et elles comprennent l'évolution démographique ainsi que les changements dans les comportements sexuels et les contextes sociaux liés aux pratiques sexuelles risquées (9).

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte dans l'analyse de ces données. Par exemple, le nombre de cas de syphilis infectieuse au Canada est faible comparativement à d'autres ITS. Par conséquent, les taux de population sont variables et instables, et les changements au fil du temps doivent donc être interprétés avec prudence. Cela dit, le nombre de cas déclarés sous-estime probablement le fardeau réel des infections; de nombreuses personnes qui sont infectées par la syphilis infectieuse ne présentent pas de symptômes et, par conséquent, ne sont pas nécessairement soumises à un test de dépistage par un professionnel de la santé.

À l'échelle internationale, les taux de syphilis infectieuse globaux les plus faibles ont été observés aux États-Unis (5,0 cas par 100 000 habitants) (10), bien que cette estimation ne comprenne pas les cas de syphilis infectieuse latente précoce. Parmi les pays qui ont inclus les cas de syphilis infectieuse latente précoce, l'Australie présentait le taux le plus élevé (6,7 cas par 100 000 habitants) (11), alors qu'en Angleterre, le taux était de 5,6 cas par 100 000 habitants (12) par rapport au taux de 5,8 cas par 100 000 habitants au Canada. Les variations des taux annuels de syphilis infectieuse observées d'un pays à l'autre doivent être interprétées avec prudence en raison des différentes pratiques de déclaration.

En conclusion, sur une période de dix ans, le Canada a observé une baisse de 40 % des taux de syphilis infectieuse chez les femmes et une augmentation de 128 % des taux de syphilis infectieuse chez les hommes, ce qui est conforme aux tendances observées dans d'autres pays occidentaux.

Remerciements

Le relevé dans son intégralité a été préparé par le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de la Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses de l'Agence de la santé publique du Canada. Sa publication n'aurait pas été possible sans les données fournies par l'ensemble des provinces et territoires. Nous leur sommes très reconnaissants de leur contribution continue à la surveillance nationale des infections transmissibles sexuellement. Les auteurs sont également reconnaissants envers le Réseau de surveillance des infections transmissibles par le sang pour son expertise et sa contribution.

Conflit d'intérêts

Aucun

Financement

Ce travail a été appuyé par l'Agence de la santé publique du Canada.

Références

- (1) Expert Working Group for the Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. Syphilis. In: Wong T, Latham-Carmanico C, editors. Canadian guidelines on sexually transmitted infections. 2010 ed. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2010.
- (2) Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect* 1999 Feb; 75(1):3-17.
- (3) Buchacz K, Patel P, Taylor M, Kerndt PR, Byers RH, Holmberg SD, *et al.* Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. *AIDS* 2004 Oct 21; 18(15):2075-2079.
- (4) Pialoux G, Vimont S, Moulignier A, Buteux M, Abraham B, Bonnard P. Effect of HIV infection on the course of syphilis. *AIDS Rev* 2008 Apr-Jun; 10(2):85-92.
- (5) Narula T, Kamboj S, Martinez J, Engel LS. Co-infection: HIV and the great mimic syphilis. *HIV Clin* 2010 Spring; 22(2):7-10.
- (6) Public Health Agency of Canada. Report on sexually transmitted infections in Canada: 2011. Centre for Communicable Diseases and Infection Control, Infectious Disease Prevention and Control Branch, Public Health Agency of Canada; 2015.
- (7) Public Health Agency of Canada. Report on sexually transmitted infections in Canada: 2012. Centre for Communicable Diseases and Infection Control, Infectious Disease Prevention and Control Branch, Public Health Agency of Canada; 2015.
- (8) Public Health Agency of Canada. Case definitions for communicable diseases under national surveillance. *Can Comm Dis Report*. 2009; 35; S-2.
- (9) Fenton KA, Imrie J. Increasing rates of sexually transmitted diseases in homosexual men in Western Europe and the United States: Why? *Infect Dis Clin North Am* 2005 Jun; 19(2):311-331.
- (10) Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance 2012. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2013. <http://www.cdc.gov/std/stats12/>.
- (11) The Kirby Institute. HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections. *In Australia annual surveillance report 2013*. The Kirby Institute, The University of New South Wales, Sydney NSW 2052. <https://kirby.unsw.edu.au/surveillance/2013-annual-surveillance-report-hiv-viral-hepatitis-stis>.
- (12) Public Health England. Table 1: Number & rates of new STI diagnoses in England, 2003 – 2012. <https://www.gov.uk/government/statistics>.