

L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel
L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel
L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel
L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel
L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel
L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel
L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel
L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel
L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel
L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel
L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel ◦ L'essentiel

L'essentiel

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement

ÉDITION
2006

Syphilis ◦ VIH ◦ Chlamydia ◦ Herpès génital ◦ Condylomes
◦ Gonorrhée ◦ LGV ◦ Syphilis ◦ VIH ◦ Chlamydia ◦ Herpès
génital ◦ Condylomes ◦ Gonorrhée ◦ LGV ◦ Syphilis ◦ VIH ◦ Chlamydia
◦ Herpès génital ◦ Condylomes ◦ Gonorrhée ◦ LGV ◦ Syphilis ◦
VIH ◦ Chlamydia ◦ Herpès génital ◦ Condylomes ◦ Gonorrhée



Agence de santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

Notre mission est de promouvoir et de protéger la santé des Canadiens par l'entremise de leadership, de partenariats, d'innovation et d'actions concrètes en santé publique.

Agence de santé publique du Canada

Version révisée de *L'essentiel — Lignes directrices canadiennes pour les MTS* édition de 1998.

La présente publication peut être offerte sous d'autres formats sur demande; elle est également accessible sur Internet, à l'adresse suivante :
www.santepublique.gc.ca/its

Aussi offert en anglais sous le titre : Quick reference — Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections 2006 Edition

Correspondance :

Section de la santé sexuelle et les infections transmises sexuellement
Division des infections acquises dans la collectivité
Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence
Agence de santé publique du Canada
Ottawa, Ontario K1A 0K9
Télééc. : (613) 957-0381
Courriel : PHAC_Web_Mail@phac-aspc.gc.ca

© SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DU CANADA, 2007
Numéro de catalogue : HP40-1/2006-1F
ISBN 0-662-72335-X

PRÉFACE

Le présent document n'est pas destiné à être utilisé pour l'évaluation clinique des enfants prépubères. Voir le chapitre « *Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères ou prépubères* » du document intégral des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2006.

Pour obtenir des recommandations plus détaillées quant au traitement, y compris celles qui s'adressent aux enfants, aux femmes enceintes ou aux mères qui allaitent, ou aux personnes qui présentent une co-infection par le VIH, voir le document intégral des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement (ITS)*.

Les recommandations du présent document et du document intégral reflètent les points de vue du Groupe de travail d'experts (GTE) pour les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Elles doivent donc être interprétées non comme des règlements, mais comme des recommandations.

Les conseils et recommandations du présent document sont basés sur les meilleures connaissances scientifiques et pratiques médicales actuellement disponibles.

Les personnes qui s'occupent de prescrire, d'administrer ou de distribuer des médicaments, des vaccins ou d'autres produits devraient par ailleurs prendre connaissance de la monographie de chacun de ces produits, des normes approuvées ou du mode d'emploi fourni par le fabricant autorisé.

Les recommandations d'emploi et les autres renseignements contenus dans ce document et dans les lignes directrices intégrales peuvent différer de ceux des monographies des produits, des autres normes approuvées ou des modes d'emploi. Pour obtenir les approbations nécessaires, les fabricants ont fourni des preuves de l'innocuité et de l'efficacité de leurs produits, lesquelles sont valables uniquement si les produits sont utilisés conformément à leur monographie, à d'autres normes approuvées ou aux modes d'emploi.

Les professionnels de la santé doivent signaler les effets indésirables des médicaments au Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments (PCSEIM) de Santé Canada. Pour les spécifications et les normes de déclaration, consulter les directives du PCSEIM.

Ce document contient des indicateurs du degré de recommandation et de la qualité des données probantes relativement aux recommandations thérapeutiques. Ces indicateurs, qui reflètent les méthodologies de la *U.S. Preventive Services Task Force* des États-Unis et du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP), ont été modifiés et simplifiés (voir Degré et qualité des données probantes pour les recommandations quant au traitement, page 25).

L'ESSENTIEL – LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES SUR LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT, ÉDITION 2006

Contenu

Introduction aux ITS	4	Trichomonase	37
Facteurs de risque des ITS	6	Vaginose bactérienne	38
Évaluation des antécédents et des comportements à risque du patient	7	Verrues génitales externes (VPH)	39
Examen physique	8	Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	39
		Notification aux partenaires	40
Votre patient présente... (Syndromes d'ITS)		Recommandations quant au suivi	42
Aucun symptôme, mais court des risques	10	Interprétation des analyses sérologiques de la syphilis	46
Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)	11	Surveillance post-traitement des analyses non tréponémiques	47
Cervicite muco-purulente	13	Prise en charge des expositions par voie sexuelle/percutanée/ muqueuse à une source infectée (HBsAg positive) ou à risque élevé	48
Épididymite	15		
Lésions papuleuses génitales	16	Algorithmes	
Pertes vaginales	17	Prise en charge syndromique de l'urétrite	49
Symptômes intestinaux	19	-Résultats de la coloration de Gram disponibles	50
Ulcérations génitales	21	Recommandations minimales quant aux tests de détection et au traitement des ulcères ano-génitaux ou oraux	51
Urétrite	23	Recommandations supplémentaires quant aux tests de détection des causes rares des ulcérations génitales	52
		Prise en charge syndromique des pertes vaginales	53
Recommandations quant au traitement		Pertes vaginales — résultats d'analyses microscopiques disponibles	54
Introduction	25	Prise en charge de la cervicite	55
Degré et qualité des données probantes relativement aux recommandations thérapeutiques	25		
Énoncé sur les quinolones	27		
Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)	28		
Candidose	28		
Chancre mou	29		
Chlamydia	30		
Épididymite	31		
Gonorrhée	31		
Granulome inguinal	32		
Hépatite B (VHB)	33		
Herpès génital (VHS)	33		
Infestations ectoparasitaires	34		
Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)	35		
Syphilis	36		

INTRODUCTION AUX ITS

Saviez-vous que...?

La chlamydia est l'ITS bactérienne la plus courante au Canada...et partout dans le monde.

On estime que le virus du papillome humain (VPH) est l'ITS la plus prévalente au Canada.

En présence d'une ITS le risque de contracter ou de transmettre le VIH est augmenté de façon significative.

Depuis 1997, la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis infectieuse ont connu une augmentation constante.

Identifier les personnes à risque, procéder à des évaluations approfondies et offrir de l'éducation et du counselling axé sur le patient sont des mesures importantes de prévention primaire à une exposition éventuelle aux ITS.

Détecter les infections chez les populations à risque, offrir du counselling, assurer la notification aux partenaires et traiter les personnes infectées et leurs partenaires rapidement sont des mesures importantes de prévention secondaire afin de prévenir ou de limiter la propagation subséquente des ITS.

Le diagnostic d'un syndrome à partir de critères standards permet d'estimer la probabilité de la présence d'une infection par un ou des pathogènes précis, ce qui favorise l'amorce du traitement empirique approprié dès la première visite du patient au lieu d'attendre une confirmation par des analyses microbiologiques.

Même s'il est possible de soupçonner que le patient est infecté à cause de relations sexuelles avec un partenaire infecté ou de la présence chez lui d'une autre ITS, le diagnostic définitif d'une infection ne peut être posé qu'à l'aide d'analyses de laboratoire spécifiques.

La prise en charge des ITS, le diagnostic basé sur le syndrome et le diagnostic en laboratoire par les tests de détection de micro-organismes précis sont tous deux importants et complémentaires.

Les chapitres dans le document intégral des Lignes directrices dans la section « Prise en charge et traitement d'infections spécifiques » contiennent des informations détaillées sur le diagnostic, le traitement et la prise en charge d'infections spécifiques.

L'Essentiel contient les recommandations pour le traitement, la notification aux partenaires et le suivi des infections transmissibles sexuellement **sans aucune complication** y compris;

Infections bactériennes

Chancre mou (*Hæmophilis ducreyi*)

Chlamydia (*Chlamydia trachomatis*)

Gonorrhée (*Neisseria gonorrhœae*)

Granulome inguinal (*Klebsiella granulomatosis*)

Lymphogranulomatose vénérienne (*Chlamydia trachomatis* L1-L3)

Syphilis (*Treponema pallidum*)

Infections virales

Virus de l'hépatite B (VHB)

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Virus du papillome humain (VPH)

Virus Herpes simplex (VHS)

Infections ectoparasitaires

Gale

Pédiculose pubienne

FACTEURS DE RISQUE DES ITS

Pour déterminer le risque d'ITS chez un patient, le professionnel de la santé doit comprendre les tendances épidémiologiques des ITS, de même que les facteurs de risque associés à la transmission et à l'acquisition de ces infections.

Qui court des risques?

Les facteurs de risque suivants sont associés à une incidence accrue des ITS :

- contact sexuel avec une ou des personnes infectées d'une ITS
- avoir moins de 25 ans et être sexuellement actif
- un nouveau partenaire sexuel ou plus de deux partenaires sexuels au cours de l'année précédente
- relations monogames en série (plusieurs partenaires, toujours un à la fois, échelonnés dans le temps)
- absence de méthode contraceptive ou utilisation d'une seule méthode non barrière (contraceptifs oraux, Depo-Provera, stérilet)
- utilisation de drogues injectables
- consommation d'autres substances comme l'alcool ou des substances psychoactives (marijuana, cocaïne, ecstasy, méthamphétamine ou « glace »), surtout si elle est associée à des relations sexuelles
- pratiques sexuelles à risque, soit : relations sexuelles oro-génitales, génitales ou anales non protégées, relations sexuelles avec échanges sanguins, y compris le sadomasochisme, partage de jouets sexuels
- être travailleur ou client de l'industrie du sexe
- avoir recours au sexe pour subvenir à ses besoins : troquer les relations sexuelles contre de l'argent, de la drogue, un toit ou de la nourriture
- vivre dans la rue, être sans-abri
- partenaires sexuels anonymes (rencontrés via Internet, dans les saunas, dans les soirées rave)
- être victime d'agression ou d'abus sexuels
- antécédents d'ITS

ÉVALUATION DES ANTÉCÉDENTS ET DES COMPORTEMENTS À RISQUE DU PATIENT

Effectuer une brève évaluation des antécédents

L'objectif est de cerner ou d'exclure rapidement les principaux facteurs de risque associés à une hausse du risque d'ITS.

À cet égard, voici quelques énoncés qui pourraient être utiles :

« Une partie de mon travail consiste à évaluer les problèmes de la santé sexuelle et de reproduction. Bien sûr, tout ce dont nous discutons aujourd'hui demeure strictement confidentiel. Si vous êtes d'accord, je voudrais vous poser quelques questions à ce sujet. »

- « Êtes-vous actuellement sexuellement actif ou l'avez-vous été? Cela comprend le sexe oral ou anal, et non seulement les relations sexuelles génitales. »
- « Avez-vous des symptômes qui vous font soupçonner la présence d'une ITS? Avez-vous des ulcérations génitales? Ressentez-vous des douleurs ou des brûlures lorsque vous urinez? Avez-vous remarqué un écoulement inhabituel du pénis, du vagin ou de l'anus? Ressentez-vous des douleurs pendant vos relations sexuelles? »
- « Qu'est ce que vous faites pour éviter de tomber enceinte? (Est-ce que vous ou votre partenaire utilisez une méthode contraceptive?) »
- « Quelles mesures prenez-vous pour vous protéger des ITS, y compris le VIH? »
- « Avez-vous des inquiétudes concernant la violence ou l'abus dans votre relation ou lors des relations sexuelles avec votre partenaire? »
- « Est-ce que vous ou vos partenaires avez déjà utilisé des drogues injectables ou d'autres drogues, par exemple de la méthamphétamine (« crystal meth » ou « glace »)? »

Aux femmes, demandez également :

- « À quand remontent vos dernières menstruations? »
- « À quand remonte votre dernier test Pap? »

Tout patient exposé à un facteur de risque d'ITS en raison de sa situation actuelle ou de ses antécédents devrait être évalué de façon plus détaillée, ainsi que bénéficier d'un counselling approprié axé sur le patient. Voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement » du document intégral des Lignes directrices canadiennes sur les ITS.

EXAMEN PHYSIQUE

Évaluation générale

- Rechercher les signes/symptômes systémiques des ITS
 - perte pondérale
 - fièvre
 - hypertrophie des ganglions lymphatiques
- Palper les ganglions lymphatiques inguinaux
- Examiner les régions mucocutanées
- Examiner les organes génitaux externes :
 - lésions cutanées
 - inflammation
 - écoulements génitaux
 - irrégularités anatomiques
- Examen périanal
- Envisager une anoscopie (ou un examen digital rectal) si le patient a des antécédents des relations sexuelles anales ET qu'il présente des symptômes rectaux

Hommes :

- Palper le scrotum
- Si le patient n'est pas circoncis, rétracter le prépuce pour inspecter le gland du pénis
- Demander au patient de se « traire » le pénis pour rendre tout écoulement urétral plus apparent

Femmes :

- Séparer les lèvres pour pouvoir examiner l'orifice du vagin
- Procéder à un examen au spéculum avec lampe pour
 - voir le col de l'utérus et les parois vaginales
 - vérifier s'il y a présence de pertes vaginales ou endocervicales
- Examen pelvien bimanuel

Prélever des échantillons pour le diagnostic en laboratoire d'infections spécifiques, au besoin.

EXAMEN PHYSIQUE

Prélèvement d'échantillons chez les femmes subissant un examen pelvien

Lorsque l'on a recours à une combinaison de mise en culture et de TAAN

1. Écouvillonnage endocervical pour une coloration de Gram (le cas échéant et si la présence d'une cervicite ou d'une vaginite est soupçonnée) et une mise en culture pour la gonorrhée*
2. Écouvillonnage endocervical pour un TAAN pour *C. Trachomatis*
3. Frottis de Pap au moyen d'une spatule (pour l'exocol) et (ou) d'une brosse Cytobrush™ (pour l'endocol)

TAAN=test d'amplification des acides nucléiques

* Lorsque l'on fait appel au TAAN tant pour la chlamydia que pour la gonorrhée, l'ordre des écouvillonnages n'a pas d'importance. Lorsque les conditions de transport et d'entreposage peuvent nuire à la viabilité de *N. gonorrhœae*, il vaut mieux faire appel à un TAAN; dans la mesure du possible la mise en culture est la méthode à privilégier car elle permet de procéder à des tests de sensibilité aux antimicrobiens.

Prélèvement d'échantillons chez les hommes

Lorsque l'on a recours à une combinaison de mise en culture et de TAAN

1. Écouvillonnage urétral pour une coloration de Gram (le cas échéant) et une mise en culture pour la gonorrhée*
2. UPJ pour un TAAN pour *C. Trachomatis*

TAAN=test d'amplification des acides nucléiques

UPJ=urine du premier jet

* L'UPJ pour la gonorrhée aux fins d'un TAAN lorsque les conditions de transport et d'entreposage peuvent nuire à la viabilité de *N. gonorrhœae* ou lorsqu'il n'est pas possible d'effectuer un écouvillonnage; dans la mesure du possible la mise en culture est la méthode à privilégier car elle permet de procéder à des tests de sensibilité aux antimicrobiens.

VOTRE PATIENT...

...ne présente aucun symptôme, mais court des risques

Symptômes

- Aucun

De quoi pourrait-il s'agir/étiologie?

N'importe quelle ITS

- Chlamydia
- Gonorrhée
- Syphilis
- VHS 1 ou VHS 2
- VPH
- VIH
- Hépatite virale (VHA, VHB, VHC)

Tests de dépistage

- Écouvillonnage vaginal **ou**
- Écouvillonnage endocervical **ou**
- Écouvillonnage urétral **ou**
- Urine du premier jet pour
 - la chlamydia et
 - la gonorrhée
- Sérologie pour :
 - Syphilis
 - VIH
 - VHB (en l'absence d'immunisation),
 - Immunité VHA (particulièrement en présence d'antécédents de contact oral-anal)
 - VHC (en présence d'antécédents d'utilisation de drogues injectables ou reniflées, de tatouage ou de perçage au moyen d'équipement non-stérile)
- Test Pap (lorsque les recommandations locales ou provinciales/territoriales le prévoient)

Traitement

- Conformément aux résultats d'analyses
- Un traitement présomptif contre la gonorrhée, la chlamydia ou la syphilis peut s'avérer indiqué lorsque le patient est un partenaire sexuel d'un cas confirmé

VOTRE PATIENT PRÉSENTE...

...des atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)

Signes et symptômes

- Douleurs abdominales basses
- Dyspareunie profonde
- Saignements vaginaux anormaux
- Symptômes systémiques (fièvre)

De quoi pourrait-il s'agir/étiologie?

Habituellement considérée comme une infection imputable à divers pathogènes, y compris :

- Gonorrhée
- Chlamydia
- VHS
- Trichomonase
- Mycoplasmes des voies génitales
- Autres espèces de bactéries aérobies ou anaérobies

Évaluation clinique et prélèvement d'échantillons

Cherchez à déceler la présence de :

- Sensibilité abdominale basse
- Sensibilité des annexes de l'utérus
- Sensibilité à la mobilisation du col utérin
- Température > 38,3 °C

Analyses de laboratoire :

- Procéder à un dosage immédiat de la bêta-HCG sérique pour écarter une grossesse ectopique
- Écouvillonnage vaginal pour une préparation à l'état frais, une coloration de Gram et une mise en culture
- Écouvillonnage endocervical pour la détection de la gonorrhée et la chlamydia (et peut-être le VHS, en présence de lésions cervicales)
- Échographie (ou autres techniques d'imagerie) transvaginale
- Vitesse de sédimentation globulaire
- Protéine C-réactive
- Biopsie endométriale
- Laparoscopie

VOTRE PATIENT PRÉSENTE...

...des atteintes inflammatoires pelviennes (suite)

Critères pour l'hospitalisation

- On ne peut pas exclure les urgences chirurgicales telles que l'appendicite.
- La patiente est enceinte.
- La patiente ne répond pas cliniquement à l'antibiothérapie orale.
- La patiente ne peut pas suivre ou tolérer un traitement par voie orale en clinique externe.
- La patiente présente une affection grave, de la nausée, des vomissements ou une forte fièvre.
- La patiente présente un abcès tubo-ovarien.

Envisager une hospitalisation pour administrer un traitement oral sous observation ou un traitement parentéral dans les cas suivants :

- infection à VIH;
- jeunes et adolescentes (particulièrement si l'adhérence au traitement n'est pas garantie).

Traitement

- Le diagnostic et le traitement précoces sont essentiels pour que la fécondité ne soit pas compromise.
- Une antibiothérapie appropriée devrait être administrée par voie orale ou parentérale, au cours d'une hospitalisation ou en consultation externe (traitement ambulatoire) (voir le document intégral des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2006*).
- Un suivi rigoureux est requis (voir la section Recommandations quant au suivi).

VOTRE PATIENT PRÉSENTE...

...une cervicite muco-purulente

Signes et symptômes

- Écoulement cervical muco-purulent;
- Friabilité du col utérin;
- Érythème cervical;
- Col piqueté vasculaire rouge « col en fraise ».

De quoi pourrait-il s'agir/étiologie?

- Chlamydia
- Gonorrhée
- Trichomonase
- VHS
- Autres causes possibles :
 - Vaginose bactérienne
 - *Mycoplasma genitalium*
 - Cytomégalovirus
 - Espèces *Streptococcus*
 - Irritants, tels que les douches vaginales chimiques ou les spermicides

Prélèvement d'échantillons et tests de détection

- Écouvillonnage endocervical pour :
 - une coloration de Gram afin de détecter les PN et les diplocoques Gram négatif;
 - un TAAN ou une mise en culture pour la gonorrhée;
 - un TAAN pour la chlamydia.
- Écouvillonnage vaginal pour :
 - une coloration de Gram;
 - une préparation à l'état frais (si disponible).
- En présence de lésions, envisagez un test de détection du VHS.
- Bien que la coloration de Gram ne constitue pas un test sensible, elle peut guider le diagnostic de la cervicite muco-purulente (CMP) et de la gonorrhée chez les femmes symptomatiques.
- Prendre note qu'un diagnostic de cervicite mucopurulente ne peut être posé chez une femme enceinte, et ce, en raison de l'accroissement normal des pertes vaginales et des modifications du col utérin au cours de la grossesse.

VOTRE PATIENT PRÉSENTE...

...une cervicite muco-purulente (suite)

Traitement

Aucun résultat de l'examen microscopique n'est disponible, ou les résultats de l'examen microscopique sont négatifs et que la patiente présente des signes de cervicite

La patiente présente-t-elle un ou plusieurs facteurs de risque suivants?

- < 25 ans, **ou**;
- Un nouveau partenaire ou plus de deux partenaires au cours de la dernière année, **ou**;
- Séropositive pour le VIH, **ou**;
- Partenaire symptomatique, **ou**;
- Peu probable qu'elle se présente pour le suivi.

OUI : Traiter immédiatement la patiente contre une infection à chlamydia et envisagez l'ajout d'un traitement contre la gonorrhée lorsque la prévalence locale est élevée, ou lorsque les relations sexuelles ont eu lieu dans une région présentant une prévalence élevée.

NON : Remettre le traitement jusqu'à l'obtention des résultats d'analyses en laboratoire. Si ces résultats s'avèrent positifs, traiter en conséquence.

Des résultats de l'examen microscopique sont disponibles

- Si le **suivi est assuré**, traitez conformément aux résultats des examens microscopiques.
- Lorsque le **suivi n'est pas assuré**, envisagez l'ajout d'un traitement contre la chlamydia et possiblement un traitement contre la gonorrhée, lorsque la prévalence locale est élevée ou lorsque les relations sexuelles ont eu lieu dans une région présentant une prévalence élevée.

Voir l'algorithme « Prise en charge de la cervicite ».

VOTRE PATIENT PRÉSENTE...

...une épididymite

Signes et symptômes

- Douleur et (ou) enflure testiculaire unilatérale (peut être occasionnellement bilatérale);
- Érythème et œdème possibles sur la peau sus-jacente;
- +/- écoulement urétral;
- Fièvre.

De quoi pourrait-il s'agir/étiologie?

Transmise sexuellement

- Chlamydia
- Gonorrhée

Non transmise sexuellement

- Coliformes
- Pseudomonas

La possibilité d'une torsion testiculaire devrait être envisagée dans tous les cas, puisqu'il s'agit d'une urgence chirurgicale. La présence d'une torsion est plus probable lorsque la douleur apparaît brusquement et qu'elle est sévère.

Prélèvement d'échantillons et tests de détection

- Écouvillonnage urétral pour une coloration de Gram et une mise en culture pour la détection de la gonorrhée
- Urine du premier jet (TAAN) pour la détection de la chlamydia (lorsqu'elle est disponible, l'UPJ peut également servir à la détection de la gonorrhée)
- Urine du milieu du jet pour une mise en culture, un test de sensibilité et une analyse microscopique, le cas échéant (organismes entériques — coliformes)
- Analyse d'urine
- Échographie Doppler, lorsque l'on soupçonne une torsion testiculaire

Traitement

- Fondé sur la probabilité d'une transmission de l'infection par voie sexuelle (chlamydia, gonorrhée) ou non (coliformes, pseudomonas).
- Lorsqu'une transmission sexuelle est soupçonnée, administrez un traitement empirique contre la chlamydia et la gonorrhée (lorsqu'une coloration de Gram est disponible, administrez un traitement contre la chlamydia et (ou) la gonorrhée conformément aux résultats des examens microscopiques).
- Lorsqu'une transmission sexuelle n'est pas soupçonnée, administrez un traitement empirique contre les coliformes et pseudomonas.

VOTRE PATIENT PRÉSENTE...

...des lésions papuleuses génitales

Signes et symptômes

- Croissances dans la région anale ou génitale, y compris sur les membranes muqueuses
- Ces croissances peuvent être :
 - multiples
 - polymorphes
 - asymétriques
 - non inflammatoires
- Elles peuvent être accompagnées de :
 - prurit
 - saignement
 - obstruction (urétrale, vaginale — constatation rare)

De quoi pourrait-il s'agir/étiologie?

- Virus du papillome humain (VPH)
- *Molluscum contagiosum*
- Acrochordons
- Cancer
- Variations normales

Évaluation clinique et prélèvement d'échantillons

- Examen visuel
- Examen anal et (ou) vaginal
- Envisagez un test Pap, lorsque cela s'avère approprié

Traitement

- En présence d'une ou de plusieurs lésions asymétriques présentant l'aspect d'un chou-fleur, administrez un traitement contre le VPH.
- En présence d'une papule ronde et ombiliquée, administrez un traitement contre *Molluscum contagiosum*.
- En présence de lésions plates et asymétriques, envisagez la présence d'une syphilis secondaire; administrez les tests et les traitements appropriés.
- En présence d'une lésion chronique, accompagnée d'ulcération ou de pigmentation, envisagez la présence d'un carcinome et orientez le patient vers un spécialiste ayant une expertise dans le domaine pour le diagnostic et la prise en charge.

VOTRE PATIENT PRÉSENTE...

...des pertes vaginales (en l'absence d'écoulement cervical muco-purulent ou d'autres signes de cervicite)

Signes et symptômes

- Pertes vaginales
- Odeur vaginale
- Prurit vaginal/vulvaire
- Érythème vaginal/vulvaire
- Dysurie

De quoi pourrait-il s'agir/étiologie?

- Vaginose bactérienne
 - pertes abondantes, fines, blanches ou grises
 - odeur de poisson
 - dysurie externe
- Candidose
 - pertes blanches, en grains ou en mottes
 - érythème et œdème du vagin et de la vulve
- Trichomonase
 - pertes beiges ou jaunes, écumeuses
 - érythème de la vulve et du col utérin (col piqueté vasculaire rouge ou « col en fraise »)
- Chlamydia*
- Gonorrhée*

* Causes de pertes vaginales et non de vaginite, bien qu'une co-infection accompagnée d'une vaginite soit toujours possible.

Prélèvement d'échantillons et tests de détection

En présence d'un **faible risque** d'ITS :

- Écouvillonnage vaginal pour l'analyse du pH et une coloration de Gram
- Écouvillonnage vaginal aux fins d'une préparation à l'état frais et de la recherche d'odeur d'amine

En présence d'un **risque élevé** d'ITS :

- Comme ci-dessus et
- Écouvillonnage endocervical/UPJ pour la chlamydia et la gonorrhée

VOTRE PATIENT PRÉSENTE...

...des pertes vaginales (en l'absence d'écoulement cervical muco-purulent ou d'autres signes de cervicite) (suite)

Traitement

- En fonction du tableau clinique et des résultats d'analyse microscopique (lorsque disponibles, voir l'algorithme « Pertes vaginales : résultats d'analyses microscopiques disponibles »)
- En présence de risques élevés et lorsque le suivi n'est pas assuré, envisagez l'administration d'un traitement contre la chlamydia, +/- gonorrhée*, trichomonase et vaginose bactérienne (voir l'algorithme « Prise en charge syndromique des pertes vaginales »)

* Lorsque la prévalence locale est élevée ou lorsque les relations sexuelles ont eu lieu dans un pays ou une région où la prévalence est élevée.

VOTRE PATIENT PRÉSENTE...

...des symptômes intestinaux

Signes et symptômes

- Écoulement rectal muco-purulent
- Douleur ano-rectale
- Constipation ou diarrhée
- Selles sanguinolentes
- Nausée
- Douleurs/crampes abdominales
- Ballonnement
- Fièvre

De quoi pourrait-il s'agir/étiologie?

Rectite (inflammation de la muqueuse rectale)

- Gonorrhée
- Chlamydia (y compris la LGV)
- Syphilis
- VHS

Rectocolite (inflammation de la muqueuse rectale et du côlon)

- LGV
- *Entamoeba histolytica*
- *Campylobacter* spp.
- *Salmonella* spp.
- *Shigella* spp.

Entérite (inflammation de l'intestin grêle)

- *Giardia lamblia*

VOTRE PATIENT PRÉSENTE...

...des symptômes intestinaux (suite)

Prélèvement d'échantillons et tests de détection

En fonction des antécédents et du tableau clinique

- Une évaluation par anoscopie devrait être effectuée chez les patients qui présentent des symptômes de rectite.
- Écouvillonnages rectaux pour une mise en culture pour déceler la présence de la gonorrhée et la chlamydia (bien que le TAAN soit utilisé pour déceler les infections rectales à la chlamydia et dans l'exploration diagnostique de la LGV, cette utilisation n'est pas officiellement approuvée au Canada).
- Lorsque les résultats initiaux de la mise en culture pour la chlamydia sont positifs, envoyez l'échantillon pour une analyse par RFLP (polymorphisme de restriction) ou un séquençage de l'ADN afin de déceler les sérotypes LGV.
- Examen parasitologique des selles

En présence de lésions

- Écouvillonnage pour le VHS
- Sérologie pour la syphilis, puisque la microscopie à fond noir et les épreuves d'immunofluorescence directe **ne sont pas fiables en ce qui concerne les lésions rectales.**

Traitement

En fonction des antécédents et du tableau clinique

- En présence d'écoulement anorectal, administrez un traitement contre la gonorrhée et la chlamydia.
- Lorsque la présence de la LGV est soupçonnée, envisagez l'administration d'un traitement empirique.
- Lorsque la présence de la syphilis est soupçonnée et que le suivi n'est pas assuré, administrez un traitement contre la syphilis.
- En présence de lésions caractéristiques, envisagez l'administration d'un traitement contre le VHS.
- En présence présumée ou attestée d'infection causée par un pathogène entérique traiter en suivant les recommandations des pathogènes particuliers.

VOTRE PATIENT PRÉSENTE...

...des ulcérations génitales (UG)

Signes et symptômes

Région ano-génitale

- Ulcérations (érosives ou pustuleuses)
- Vésicules
- Papules
- +/- adénopathie inguinale
- +/- symptômes systémiques (fièvre, myalgie)
- +/- symptômes urinaires (retard mictionnel, dysurie)

De quoi pourrait-il s'agir/étiologie?

- Herpès génital (VHS 1, VHS 2)
 - les lésions ont tendance à être regroupées et douloureuses, et à présenter une base érythémateuse
 - de la fièvre et des malaises sont courants à l'occasion de l'infection primaire
- Syphilis
 - le chancre est habituellement unique, indolore et présente une induration accompagnée d'exsudat séreux
- LGV
 - petite papule indolore au point d'inoculation (vulve, vagin, pénis, rectum, cavité orale, occasionnellement le col utérin), pouvant s'ulcérer
- Chancre mou
 - ulcères superficiels, douloureux et purulents sur une base granulomateuse qui saigne facilement
- Granulome inguinal
 - une ou plusieurs lésions ulcéreuses, évolutives, richement vascularisées (coloration rouge vif) qui saignent facilement au toucher

Prélèvement d'échantillons pour tous les patients qui présentent des ulcères ano-génitaux

- Écouvillonnage de la lésion, de l'ulcère ou du liquide issu de la vésicule pour la détection du VHS (mise en culture/TAAN) **et** microscopie à fond noir ou une analyse par l'immunofluorescence directe de *T pallidum* (lorsque cela s'avère possible).
- Sérologie pour la syphilis
 - analyse non tréponémique (RPR/VDRL) **et**
 - analyse tréponémique (MHA-TP/TP-PA/FTA-ABS) **ou** analyse tréponémique par essai immuno-enzymatique (ELISA)

VOTRE PATIENT PRÉSENTE...

...des ulcérations génitales (UG) (suite)

- Dans les cas où l'on soupçonne la présence d'une syphilis primaire, répétez le dépistage de la syphilis après 2-4 semaines si les résultats initiaux sont négatifs (voir l'algorithme « Recommandations minimales quant aux tests de détection et au traitement des ulcères ano-génitaux ou oraux »).
- Recommandez un dépistage du VIH, lorsque celui-ci n'a pas déjà été fait.
- Vérifiez le statut vaccinal contre l'hépatite B et offrez le vaccin en l'absence d'antécédents d'immunisation ou preuve d'immunité.

En plus, évaluez les facteurs de risque courants pour des causes rares des ulcérations génitales

- HARSAH, particulièrement ceux qui ont des partenaires anonymes
- Le patient (ou son partenaire) est séropositif pour le VIH
- Le patient (ou son partenaire) a eu des relations sexuelles dans un pays/une région où les UG sont endémiques.

Prélèvements d'échantillons et tests de détection supplémentaires à envisager chez les patients qui présentent des ulcérations génitales

En fonction des antécédents et des résultats de l'examen physique, envisagez la mise en œuvre des tests de détection pour les causes d'UG moins courantes :

- LGV
- Chancre mou
- Granulome inguinal

Traitement des ulcérations génitales

- Lorsque la présence du VHS est soupçonnée, envisagez l'administration d'un traitement empirique en attendant les résultats.
- Lorsque la présence de la syphilis est soupçonnée, envisagez l'administration d'un traitement empirique si le suivi n'est pas assuré; sinon, attendez d'obtenir les résultats.
- Lorsque la présence d'une LGV est soupçonnée, envisagez l'administration d'un traitement empirique.
- Lorsque la présence d'un chancre mou est soupçonnée, administrez un traitement empirique.
- Lorsque la présence d'un granulome inguinal est soupçonnée, envisagez l'administration d'un traitement empirique.
- Lorsque les résultats sont négatifs et que les lésions persistent, le recours à la biopsie peut s'avérer nécessaire afin d'écartier les causes d'ulcération génitale n'étant pas liées aux ITS.

VOTRE PATIENT PRÉSENTE...

...une urétrite (hommes seulement)

Signes et symptômes

- Écoulement urétral
- Sensation de brûlure à la miction
- Irritation au niveau distale de l'urètre ou du méat
- Érythème du méat

De quoi pourrait-il s'agir/étiologie?

- Gonorrhée
- Chlamydia
- Autres causes possibles :
 - *Trichomonas vaginalis*
 - Virus Herpes simplex
 - *Mycoplasma genitalium*
 - *Ureaplasma urealyticum*

Prélèvement d'échantillons et tests de détection

- Écouvillonnage urétral pour une coloration de Gram (lorsque disponible) et une mise en culture/TAAN pour la gonorrhée
- Urine du premier jet TAAN pour la chlamydia (peut également être utilisée pour la détection de la gonorrhée, là où le test est disponible).

Traitement

- En présence d'écoulement et en l'absence de résultats de la coloration de Gram, administrez immédiatement un traitement contre la chlamydia et envisagez un traitement contre la gonorrhée, lorsque la prévalence locale est élevée ou lorsque les relations sexuelles ont eu lieu au sein d'une région présentant une prévalence élevée.

VOTRE PATIENT PRÉSENTE...

...une urétrite (hommes seulement) (suite)

Résultats de la coloration de Gram sont disponibles

Patient symptomatique

- Chez les patients présentant des symptômes, administrez un traitement contre l'urétrite attribuable à la chlamydia et (ou) à la gonorrhée, en fonction des résultats. Voir l'algorithme « Prise en charge de l'urétrite — Résultats de la coloration de Gram disponibles ».
- En ce qui a trait aux symptômes récurrents, voir le document intégral des Lignes directrices canadiennes sur les ITS.

Patient asymptomatique

- Chez les patients ne présentant aucun symptôme traiter en fonction des résultats. Voir l'algorithme « Prise en charge de l'urétrite — Résultats de la coloration de Gram disponibles ».

RECOMMANDATIONS QUANT AU TRAITEMENT

La présente section offre des recommandations quant au traitement de pathogènes spécifiques. Il s'agit de recommandations pour le traitement des **infections sans complications chez les adultes (n'étant pas enceintes et n'allaitant pas)**.

Pour obtenir des recommandations plus détaillées quant au traitement, y compris celles qui s'adressent aux enfants, aux femmes enceintes ou aux mères qui allaitent, ou aux personnes qui présentent une co-infection par le VIH, voir le document intégral des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2006.

Indicateurs du degré et qualité des données probantes relativement aux recommandations thérapeutiques

(Adaptation de R.P. Harris et coll.¹)

A	Recommande fortement aux cliniciens de prescrire le traitement aux patients admissibles sur une base systématique. Il existe de bonnes données probantes soutenant la recommandation (ses bienfaits surpassent considérablement ses risques).
B	Recommande aux cliniciens de prescrire le traitement aux patients admissibles sur une base systématique. Il existe d'assez bonnes données probantes soutenant la recommandation (ses bienfaits surpassent ses risques).
C	Aucune recommandation pour ou contre la prescription systématique du traitement. Il existe au moins d'assez bonnes données probantes montrant que le traitement peut améliorer les issues médicales, mais ses bienfaits sont trop limités par rapport à ses risques pour justifier une recommandation générale .
D	Recommande de ne pas prescrire de traitement aux patients asymptomatiques. Il existe au moins d'assez bonnes données probantes montrant que la recommandation est inefficace (ou que ses risques dépassent ses bienfaits).
I	Données probantes insuffisantes pour recommander ou déconseiller un traitement systématique. Les données probantes montrant que le traitement est efficace sont insuffisantes, de qualités médiocres ou contradictoires , et il n'est pas possible d'évaluer les bienfaits du traitement par rapport à ses risques.

1. Harris, R.P., M. Hefland, S.H. Woolf et coll. « Current methods of the U.S. Preventive Services Task Force: A review of the process », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 20, suppl. 3, 2001, p. 21-35.

RECOMMANDATIONS QUANT AU TRAITEMENT

Qualité des données probantes

(Adaptation simplifiée de R.P. Harris et coll.¹ et de P.A. Gross et coll.²)

I	Données probantes s'appuyant sur au moins un essai clinique contrôlé et bien randomisé.
II	Données probantes s'appuyant sur au moins un essai clinique bien conçu sans randomisation, portant sur des études analytiques de cohortes ou cas témoins (de préférence dans plus d'un centre), sur plusieurs études de séries chronologiques ou sur des résultats substantiels provenant d'expérience non contrôlées.
III	Données probantes provenant d'opinions d'autorités réputées basées sur des expériences cliniques, des études descriptives ou des rapports de comités d'experts.

1. Harris, R.P., M. Hefland, S.H. Woolf et coll. « Current methods of the U.S. Preventive Services Task Force: A review of the process », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 20, suppl. 3, 2001, p. 21-35.

2. Gross, P.A., T.L. Barrett, E.P. Dellinger et coll. « Purpose of quality standards for infectious diseases », Infectious Diseases Society of America, *Clinical Infectious Diseases*, vol. 18, 1994, p. 421.

RECOMMANDATIONS QUANT AU TRAITEMENT

Énoncé sur les quinolones

Les quinolones ne sont pas recommandées si le cas index ou son (ses) partenaire(s) proviennent d'une région ayant un taux de *N. gonorrhœae* résistant aux quinolones supérieur de 3 à 5 %, ou ont un lien épidémiologique avec une de ces régions :

- l'Asie;
- les îles du Pacifique (y compris Hawaii);
- l'Inde;
- Israël;
- l'Australie;
- le Royaume-Uni;
- certaines régions des États-Unis (s'informer auprès des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis pour connaître le taux de la résistance aux quinolones par région géographique);
- des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) qui ont un lien épidémiologique avec les États-Unis;
- des régions canadiennes où le taux de résistance aux quinolones est élevé — s'informer auprès des responsables locaux de santé publique pour connaître le taux de résistance d'une région donnée; les statistiques fournies par le laboratoire national de microbiologie montrent qu'au Québec, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique le taux de résistance aux quinolones est supérieur au seuil de 3 % (pour avoir plus de renseignements sur les taux régionaux et nationaux de résistance aux quinolones, voir le document intégral des Lignes directrices canadiennes, chapitre Infections gonococciques sous épidémiologie). En Alberta, tous les cas de résistance à la ciprofloxacine en 2004/05 concernaient des HARSAH ou étaient liés avec des déplacements à l'extérieur de l'Alberta; la ciprofloxacine est donc encore recommandée pour le traitement de la gonorrhée en Alberta sauf dans les situations précédentes. (Source : Alberta Health and Wellness STD Services). Pour des données sur la résistance aux quinolones au Canada, visiter le site Web de l'Agence de santé publique du Canada. (www.phac-aspc.gc.ca)

RECOMMANDATIONS QUANT AU TRAITEMENT

■ Atteintes inflammatoires pelviennes

Les schémas thérapeutiques doivent être empiriques et couvrir un large spectre de pathogènes éventuels, en plus de tenir compte de la nature polymicrobienne des AIP. Le traitement des bactéries anaérobies devrait être envisagé; les bactéries anaérobies sont détectées dans la majorité des cas d'AIP mais il reste à déterminer si l'élimination des bactéries anaérobies des voies génitales supérieures est nécessaire. Pour des renseignements détaillés sur les schémas thérapeutiques parentéraux et oraux, voir le document intégral des Lignes directrices canadiennes sur les ITS.

■ Candidose

Symptomatique

- Ovules et crèmes intra-vaginales à base d'azoles, en vente libre, selon les consignes [A-I] (Attention : Les ovules et les crèmes à base d'huile peuvent nuire à l'efficacité des condoms ou des diaphragmes en latex)

OU

- Fluconazole 150 mg, p.o., en dose unique [A-I] *Contre-indiqué pendant la grossesse*

Remarque :

L'efficacité des azoles topiques et oraux est équivalente.

Candidose vulvo-vaginale récurrente

Traitement d'induction

- Fluconazole 150 mg, par voie orale, 1 fois toutes les 72 heures, à raison de 3 doses [A-I]. *Contre-indiqué pendant la grossesse*

OU

- Azole topique pendant 10 à 14 jours [B-II]

OU

- Acide borique 300 à 600 mg, sous forme de capsule de gélatine, par voie intra-vaginale, 1 f.p.j., pendant 14 jours [B-II]. L'irritation mucoale est moindre lorsqu'une dose de 300 mg est utilisée. *Contre-indiqué pendant la grossesse*

Remarques :

- Chaque épisode de CVV récurrente causée par *C. albicans* répond généralement à un traitement aux azoles oraux ou topiques, le traitement étant plus efficace lorsque sa durée est plus longue.
- Sans traitement d'entretien, la CVV est récurrente chez 50 % des patientes, dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement initial.
- Commencer le traitement d'entretien dès la fin du traitement initial.

RECOMMANDATIONS QUANT AU TRAITEMENT

Candidose (suite)

Traitement d'entretien

- Fluconazole 150 mg, p.o., 1 fois par semaine [A-I] *Contre-indiqué pendant la grossesse*

OU

- Kétoconazole à 100 mg, p.o., 1 f.p.j. [A-I] — Il faut suivre les patientes recevant du kétoconazole à long terme pour surveiller toute hépatotoxicité (incidence de 1/12 000)

OU

- Itraconazole de 200 à 400 mg, p.o., 1 fois par mois [A-I]

OU

- Clotrimazole 500 mg, par voie intravaginale, 1 fois par mois [A-I]

OU

- Acide borique 300 mg, en capsule par voie intravaginale, pendant 5 jours, chaque mois à compter du premier jour du cycle menstruel [B-II] *Contre-indiqué pendant la grossesse*

Remarques :

- La durée minimale du traitement d'entretien est de 6 mois. Après 6 mois, cesser le traitement et faire un suivi.
- Le taux de récurrence est élevé, celle-ci se produisant chez près de 60 % des femmes dans le mois ou les 2 mois qui suivent l'arrêt du traitement d'entretien.
- En cas de récurrence, traiter l'épisode puis réintroduire un schéma d'entretien.
- Le fluconazole et l'administration par voie orale de produits à base de composés de type « azole », et l'acide borique sont contre-indiqués pendant la grossesse.
- Les ovules et les crèmes à base d'huile peuvent nuire à l'efficacité des condoms ou des diaphragmes en latex

Chancre mou

- Ciprofloxacine, 500 mg, p.o., en dose unique [A-I]

OU

- Érythromycine, 500 mg, p.o., 3 f.p.j., pendant 7 jours [A-I]

OU

- Azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique [A-I]

OU

- Ceftriaxone, 250 mg, i.m., en dose unique [A-I] (l'échec du traitement est fréquent chez les patients aussi infectés par le VIH)

RECOMMANDATIONS QUANT AU TRAITEMENT

■ Chlamydia

Infection urétrale, endocervicale, rectale et conjonctivale

Traitement privilégié

- Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours [A-I]
- OU
- Azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique si l'adhérence au traitement n'est pas garantie [A-I]

Autre traitement

- Ofloxacine, 300 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours [B-II]
- OU
- Érythromycine base, 2 g/jour, p.o., en doses fractionnées, pendant 7 jours [B-II]
- OU
- Érythromycine base, 1 g/jour, p.o., en doses fractionnées, pendant 14 jours [B-I]

Remarque :

- On peut remplacer l'érythromycine base par des doses similaires d'autres préparations (à l'exception de la formulation d'estolate d'érythromycine qui est contre-indiquée en cas de grossesse).

RECOMMANDATIONS QUANT AU TRAITEMENT

Épididymite

Lorsqu'une transmission sexuelle est soupçonnée

- Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 10 à 14 jours [A-I]

PLUS UN DES SUIVANTS

- Ceftriaxone, 250 mg, i.m., en dose unique [A-I]

OU

- Ciprofloxacine, 500 mg, p.o., en dose unique [A-I] (à moins de contre-indication en raison d'une résistance de *N. gonorrhœae* aux quinolones, voir l'énoncé à la page 27)

Lorsqu'une transmission sexuelle n'est pas soupçonnée et que des agents entéropathogènes sont probablement en cause :

- Ofloxacine, 200 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours [A-I]

Gonorrhée

Tous les traitements doivent être suivis d'un traitement empirique contre les infections à chlamydia et les infections non gonococciques – voir les sections appropriées.

Traitement privilégié

- Céfixime, 400 mg, p.o., en dose unique [A-I]*

OU

- Ciprofloxacine, 500 mg, p.o., en dose unique (à moins qu'elle ne soit pas recommandée à cause d'une résistance aux quinolones voir l'énoncé à la page 27) [A-I] *Contre-indiqué pendant la grossesse*

OU

- Ofloxacine, 400 mg, p.o., en dose unique (à moins qu'elle ne soit pas recommandée à cause d'une résistance aux quinolones voir l'énoncé à la page 27) [A-I] *Contre-indiqué pendant la grossesse*

OU

- Ceftriaxone, 125 mg, i.m., en dose unique [A-I]

Remarques :

- Le céfixime et la ceftriaxone ne doivent pas être administrés aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant des antécédents de réactions immédiates et(ou) anaphylactiques aux pénicillines.
- Le céfixime est privilégié par rapport à la ceftriaxone vu son coût et sa facilité d'administration.

RECOMMANDATIONS QUANT AU TRAITEMENT

Gonorrhée (suite)

Autre traitement

À utiliser **uniquement** si les quinolones ne sont pas recommandées ET en cas d'allergie aux céphalosporines OU de réaction allergique immédiate/anaphylactique à la pénicilline.

- Azithromycine, 2 g, p.o., en dose unique [A-I] (il se peut que des antiémétiques soient requis)

OU

- Spectinomycine, 2 g, i.m., en dose unique [A-I] (Offerte uniquement dans le cadre du Programme d'accès spécial [PAS] — inefficace en cas d'infection pharyngée. Un test de contrôle de l'efficacité du traitement est recommandé.)

Granulome inguinal

Traitement privilégié

- Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 21 jours (selon les résultats d'études sur d'anciennes préparations de tétracyclines) [C-III]

OU

- Triméthoprime/sulfaméthoxazole, double concentration, p.o., 2 f.p.j., pendant 21 jours [C-III]

Autres traitements

- Ciprofloxacine, 750 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 21 jours [C-III]

OU

- Érythromycine, 500 mg, p.o., 4 f.p.j., pendant 21 jours [C-III]

OU

- Azithromycine, 500 mg, p.o., 1 f.p.j., pendant au moins 21 jours [C-III]

OU

- Azithromycine, 1 g, p.o., par semaine, pendant au moins 3 semaines [C-III]

RECOMMANDATIONS QUANT AU TRAITEMENT

■ Hépatite B (VHB)

- Pour la prise en charge des expositions par voie sexuelle/percutanée/muqueuse à une source infectée ou à risque élevé, voir l'algorithme à la page 48.
- Pour la prise en charge des cas exposés par voie sexuelle/percutanée/muqueuse à une source non infectée ou à faible risque, assurez l'administration d'une vaccination complète.
- Tout patient porteur de l'hépatite B chronique devrait être orienté vers un spécialiste pour une prise en charge subséquente.

■ Herpès génital (VHS)

Premier épisode (Le traitement est recommandé lorsque les symptômes sont significatifs sur le plan clinique; des analgésiques ou des laxatifs peuvent également être requis)

- Acyclovir, 200 mg, p.o., 5 f.p.j., pendant 5 à 10 jours [A-I]
OU
- Famciclovir, 250 mg, p.o., 3 f.p.j., pendant 5 jours [A-I]
OU
- Valacyclovir, 1 000 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 10 jours [A-I]
OU
- Acyclovir, 400 mg, p.o., 3 f.p.j., pendant 7 à 10 jours est recommandé par les Centers for Disease Control des États-Unis [A-III]
- **En cas de maladie primaire grave** : une perfusion d'acyclovir i.v. 5 mg/kg d'une durée de 60 minutes toutes les 8 heures [A-I], suivie d'un traitement oral une fois qu'une amélioration substantielle s'est produite.

Remarque :

- L'acyclovir topique ne devrait pas être utilisé [A-I]

Lésions récurrentes – Traitement des épisodes récurrents

- Valacyclovir, 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 3 jours [B-I]
OU
- Valacyclovir, 1 g, p.o., chaque jour pendant 3 jours [B-I]
OU
- Famciclovir, 125 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 5 jours [B-I]
OU
- Acyclovir, 200 mg, p.o., 5 f.p.j., pendant 5 jours [C-I]
OU
- Acyclovir, 800 mg, p.o., 3 f.p.j., pendant 2 jours [B-I]

RECOMMANDATIONS QUANT AU TRAITEMENT

■ Herpès génital (suite)

Traitement supprimeur (sauf pour femmes enceintes)

Destiné aux patients présentant de l'herpès génital récurrent (en général > tous les 2 mois ou ≥ 6 fois/an)

- Acyclovir, 200 mg, p.o., de 3 f.p.j. à 5 f.p.j. [A-I]

OU

- Acyclovir, 400 mg, p.o., 2 f.p.j. [A-I]

OU

- Famciclovir, 250 mg, p.o., 2 f.p.j. [A-I]

OU

- Valacyclovir, 500 mg, p.o., 1 f.p.j. (si ≤ 9 épisodes/an) [A-I]

OU

- Valacyclovir, 1 000 mg, p.o., 1 f.p.j. (si > 9 épisodes/an) [A-I]

■ Infestations ectoparasitaires

Pédiculose pubienne

Laver la région affectée et appliquer un pédiculocide (sous forme de crème, de lotion ou de shampoing) en suivant le mode d'emploi qui se trouve sur l'emballage. Si nécessaire, le traitement peut être répété de 3 à 7 jours plus tard.

- Crème de perméthrine à 1 % [A-I]

OU

- Shampoing de pyréthrine-pipéronyl butoxyde à 0,33 % [A-I]

OU

- Shampoing de lindane à 1 % [A-I] *Contre-indiqué chez les enfants de moins de 2 ans, chez les femmes enceintes ou celles qui allaitent, ainsi que chez les patients présentant une dermatite étendue*

Gale

- Crème de perméthrine à 5 % [A-I] — Appliquer sur le corps, à partir du cou jusqu'aux pieds; laisser pendant 8 à 14 heures; se doucher.

OU

- Crème ou lotion de gamma hexachlorure de benzène (lindane) à 1 % [A-I] — Appliquer sur le corps, à partir du cou jusqu'aux pieds; laisser pendant 8 heures; se doucher. *Contre-indiqué chez les enfants de moins de 2 ans, chez les femmes enceintes ou celles qui allaitent, ainsi que chez les patients présentant une dermatite étendue*

RECOMMANDATIONS QUANT AU TRAITEMENT

■ Infestations ectoparasitaires (suite)

Autres traitements (moins efficaces)

- Crème de crotamitone à 10 % [A-I] — Appliquer chaque soir, pendant 2 jours, et bien se laver 24 heures après la dernière application (ce produit est seulement offert par le Programme d'accès spécial aux médicaments [PAS])

OU

- Soufre en gelée de pétrole à 5 % [A-I] — Appliquer chaque soir, pendant 3 jours, et bien se laver 24 heures après la dernière application.

Remarque :

- *En cas de grossesse, seule la perméthrine peut être utilisée.*

Tant pour la **pédiculose pubienne** que pour la **gale**:

- Le prurit peut être soulagé avec des antihistaminiques ou avec des corticostéroïdes topiques à faible dose.
- *Vêtements, literie : le lavage à l'eau chaude ou le nettoyage à sec tuent le micro-organisme à tous les stades de sa croissance. On peut aussi mettre les articles contaminés dans des sacs en plastique pendant une semaine. Passer l'aspirateur sur les matelas.*

■ Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

Traitement privilégié

- Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 21 jours [B-II]

Autre traitement

- Érythromycine base, 500 mg, p.o., 4 f.p.j., pendant 21 jours [C-III]. On peut remplacer l'érythromycine base par des doses similaires d'autres préparations (à l'exception de la formulation d'estolate d'érythromycine qui est contre-indiquée en cas de grossesse).

Traitement possible

- Azithromycine, 1 g, p.o., 1 fois par semaine pendant 3 semaines [C-III]

RECOMMANDATIONS QUANT AU TRAITEMENT

■ Syphilis infectieuse

(Primaire, secondaire, latente précoce – < 1 an)

Traitement privilégié

- Pénicilline G benzathine, 2,4 millions d'unités, i.m., en dose unique [A-II; A-III] pour les patients infectés par le VIH]

Autre traitement (pour les patients allergiques à la pénicilline)

- Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours [B-II]

Autre traitement (à utiliser seulement dans des circonstances exceptionnelles)

- Ceftriaxone, 1 g, i.v. ou i.m. chaque jour, pendant 10 jours [B-III]

■ Syphilis non infectieuse

(Latente tardive, latente de durée inconnue, tertiaire sans atteinte au système nerveux central)

Traitement privilégié

- Pénicilline G benzathine, 2,4 millions d'unités, i.m., 1 fois par semaine, pour 3 doses [A-II]

Autre traitement (pour les patients allergiques à la pénicilline)

- Envisager une désensibilisation à la pénicilline (voir le document intégral des Lignes directrices canadiennes sur les ITS pour plus d'information)
- Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 28 jours [B-II]

Autre traitement (à utiliser seulement dans des circonstances exceptionnelles)

- Ceftriaxone, 1 g, i.v. ou i.m. chaque jour, pendant 10 jours [C-III]

RECOMMANDATIONS QUANT AU TRAITEMENT

■ Neurosyphilis

Traitement privilégié

- Pénicilline G, 3 à 4 millions d'unités, i.v., toutes les 4 heures (16 à 24 millions d'unités/jour), pendant 10 à 14 jours [A-II]

Autre traitement (pour les patients allergiques à la pénicilline)

- Envisager sérieusement une désensibilisation à la pénicilline, suivie d'un traitement à la pénicilline (voir le document intégral des Lignes directrices canadiennes sur les ITS pour plus d'information)

OU

- Ceftriaxone, 2 g, i.v. ou i.m., chaque jour, pendant 10 à 14 jours [B-II]

■ Trichomonase

- Métronidazole, 2 g, p.o., en dose unique [A-I]

OU

- Métronidazole, 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours [A-I]

Remarques :

- Le gel de métronidazole intravaginal n'est pas efficace.
- Les patients ne doivent pas boire d'alcool pendant le traitement ainsi que dans les 24 heures qui suivent le traitement par le métronidazole à cause du risque de réaction au disulfirame (Antabuse).

RECOMMANDATIONS QUANT AU TRAITEMENT

Vaginose bactérienne

Symptomatique

Traitements privilégiés

- Métronidazole, 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours [A-I]

OU

- Gel de métronidazole à 0,75 %, 1 applicateur (5 g), 1 f.p.j., par voie intra-vaginale, pendant 5 jours [A-I]

OU

- Crème de clindamycine à 2 %, 1 applicateur (5 g), 1 f.p.j., par voie intra-vaginale, pendant 7 jours [A-I] (Attention : Les ovules et les crèmes à base d'huile peuvent nuire à l'efficacité des condoms ou des diaphragmes en latex)

Autres traitements

- Métronidazole, 2 g, p.o., en dose unique [A-I] (mais a un taux supérieur de récurrence)

OU

- Clindamycine, 300 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours [A-I]

Asymptomatique

Le traitement n'est nécessaire que dans les cas suivants :

- grossesse à risque élevé (antécédents d'accouchement avant terme);
- avant la pose d'un stérilet;
- avant une chirurgie gynécologique, un avortement thérapeutique ou une manœuvre instrumentale des voies génitales supérieures.

Vaginose bactérienne récurrente

- Métronidazole, 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 10 à 14 jours [B-III]

OU

- Gel de métronidazole à 0,75 %, un applicateur (5 g), 1 f.p.j., par voie intra-vaginale pendant 10 jours, suivi d'un traitement supprimeur au gel de métronidazole appliqué 2 fois par semaine pendant 4 à 6 mois [B-III]

Remarque :

- Les patientes ne doivent pas boire d'alcool pendant le traitement ainsi que dans les 24 heures qui suivent le traitement oral au métronidazole à cause du risque de réaction au disulfirame (Antabuse).

RECOMMANDATIONS QUANT AU TRAITEMENT

Verrues génitales externes

Aucun traitement ne garantit l'éradication du VPH

Traitements appliqués par les patients

- Imiquimod [A-I] — Applications par le patient 3 fois par semaine espacées d'au moins une journée entre chaque application pendant un maximum de 16 semaines (à laver de 6 à 8 heures après l'application).

Contre-indiqué pendant la grossesse

OU

- Solution de podofilox/podophyllotoxine à 0,5 % [A-I] — Applications par le patient sur les verrues toutes les 12 heures, 3 jours chaque semaine (4 jours de répit) pendant un maximum de 6 semaines (la dose totale par jour ne doit pas dépasser 0,5 ml). *Contre-indiqué pendant la grossesse et pour le traitement des verrues cervicales, méatiques, vaginales ou anales*

Traitements administrés par un professionnel de la santé

- Cryothérapie [A-I] — Azote liquide, dioxyde de carbone ou oxyde nitreux à l'aide de cryosondes — Appliquer en quantité suffisante pour causer le gel d'un pourtour de 1-2 mm autour de la lésion

OU

- Podophylline à 10-25 % [A-I] — À appliquer directement sur la verrue, doit être lavée de 1 à 4 heures plus tard (la dose totale ne doit pas dépasser de 1 à 2 ml). Peut être répétée 1 ou 2 fois par semaine. *Contre-indiqué pendant la grossesse et pour le traitement des verrues cervicales, méatiques, vaginales ou anales*

OU

- Acide bichloro ou trichloracétique [A-I] — solution à 50-80 % dans de l'alcool à 70 % appliquée directement à la ou aux verrues, n'a pas besoin d'être lavée. Peut être répété chaque semaine pendant 6 à 8 semaines.

OU

- Électro-fulguration, ablation au laser à CO₂, excision — Ces options thérapeutiques sont habituellement destinées aux verrues génitales, périnéales ou anales plus importantes

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Les décisions de traitement qui s'appliquent aux personnes atteintes du VIH doivent être prises en collaboration avec un collègue ayant une expertise dans ce domaine.

NOTIFICATION AUX PARTENAIRES

De quoi s'agit-il?

- Un processus de prévention secondaire
- Les partenaires sexuels et les autres personnes exposées sont :
 - identifiés
 - localisés
 - évalués
 - (se voient offrir du) counselling
 - soumis à des tests de dépistage
 - soumis à un traitement
- Crucial pour prévenir la réinfection du cas index et les séquelles chez les partenaires n'ayant bénéficié ni d'un diagnostic ni d'un traitement

Qui procède à la notification aux partenaires?

- Le patient **et (ou)**
- Le médecin/fournisseur de soins de santé (avec le consentement du patient) **et (ou)**
- Les autorités de la santé publique

Un plan de notification qui prévoit quels partenaires notifier, et qui fera le travail, s'avère utile.

NOTIFICATION AUX PARTENAIRE

Qui sont les partenaires/autres personnes exposées qui devraient être notifiés?

Infection	Période de traçabilité	Personne à notifier/évaluer
<ul style="list-style-type: none"> Chlamydia Gonorrhée LGV 	60 jours	<ul style="list-style-type: none"> Partenaires sexuels Nouveau-nés dont la mère est infectée
<ul style="list-style-type: none"> Urétrite Cervicite mucopurulente AIP Épididymite 	60 jours	<ul style="list-style-type: none"> Partenaires sexuels
<ul style="list-style-type: none"> Syphilis primaire 	3 mois	<ul style="list-style-type: none"> Partenaires sexuels Nouveau-nés dont la mère est infectée
<ul style="list-style-type: none"> Syphilis secondaire 	6 mois	
<ul style="list-style-type: none"> Syphilis latente précoce 	1 an	
<ul style="list-style-type: none"> Syphilis latente tardive (stade non déterminé) 	Variable	<ul style="list-style-type: none"> Partenaires sexuels Nouveau-nés dont la mère est infectée Enfants dont la mère est infectée
<ul style="list-style-type: none"> Herpès 	Actuelle/future	<ul style="list-style-type: none"> Partenaires sexuels Nouveau-nés dont la mère est infectée
<ul style="list-style-type: none"> VPH 	Actuelle/future	<ul style="list-style-type: none"> Partenaires sexuels
<ul style="list-style-type: none"> Chancres mou 	14 jours	<ul style="list-style-type: none"> Partenaires sexuels
<ul style="list-style-type: none"> Trichomonase 	Actuelle	<ul style="list-style-type: none"> Partenaires sexuels
<ul style="list-style-type: none"> VIH 	Variable	<ul style="list-style-type: none"> Partenaires sexuels Partenaires partageant des aiguilles Nouveau-nés dont la mère est infectée Enfants dont la mère est infectée
<ul style="list-style-type: none"> VHB 	Variable	<ul style="list-style-type: none"> Partenaires sexuels Partenaires partageant des aiguilles Contacts à domicile Nouveau-nés dont la mère est infectée Enfants dont la mère est infectée

AIP=Atteintes inflammatoires pelviennes
 VIH=Virus d'immunodéficience humaine

LGV=Lymphogranulomatose vénérienne
 VPH=Virus du papillome humain

VHB=Virus de l'hépatite B

Remarque :

- Pour des renseignements supplémentaires sur la notification aux partenaires en ce qui concerne le VHB et le VIH, voir les Lignes directrices sur les ITS.

RECOMMANDATIONS QUANT AU SUIVI

Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)

- Les douleurs et les sensibilités dues aux AIP aiguës devraient commencer à s'atténuer dans les 48 à 72 heures suivant le début de l'antibiothérapie.
- Les patientes bénéficiant d'un traitement ambulatoire doivent être suivies étroitement et subir de nouveau un examen 2 ou 3 jours après le début du traitement.
- En l'absence d'amélioration clinique, il faut hospitaliser la patiente pour lui administrer un traitement par voie parentérale et la mettre sous observation.
- À la suite d'un diagnostic d'AIP, les patientes doivent être informées du risque de complications à court terme telles que le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis (périhépatite gonococcique) et l'abcès tubo-ovarien, ainsi que de l'éventualité de séquelles à long terme comme l'infertilité, les grossesses ectopiques et les douleurs pelviennes chroniques.

Candidose

- Aucun suivi n'est nécessaire, à moins que les symptômes persistent ou soient récurrents.
- Envisager une mise en culture et un test de sensibilité de la levure si la réponse au traitement n'est pas adéquate ou si l'infection réapparaît.

Cervicite mucopurulente

- Lorsque le traitement a été administré tel que prescrit, un suivi n'est pas recommandé de façon systématique.

Chancre mou

- Si le traitement recommandé est observé, que les symptômes ont disparu ET que le sujet n'est pas exposé de nouveau à un partenaire non traité, la reprise systématique des analyses diagnostiques visant à déceler la présence d'*Haemophilus ducreyi* n'est pas indiquée.

Épididymite

- Le calendrier des visites de suivi devrait être établi de façon à permettre l'évaluation de la réponse au traitement. Si le patient a adhéré au traitement recommandé, que les symptômes et les signes ont disparu et qu'il n'a pas eu de relations sexuelles avec un partenaire non traité, il n'a habituellement pas à répéter les tests de détection de *N. gonorrhœae* et de *C. trachomatis*.

RECOMMANDATIONS QUANT AU SUIVI

Gonorrhée

- Chez les personnes infectées par la gonorrhée, il est recommandé de refaire un test de dépistage 6 mois plus tard.
- Un test de contrôle utilisant une méthode par culture *doit* être effectué si l'une des situations suivantes existe :
 - le traitement a déjà échoué;
 - une résistance aux antimicrobiens a été documentée;
 - l'adhérence au traitement n'est pas assurée;
 - le patient a eu de nouveaux contacts avec une personne infectée et non traitée;
 - préoccupation au sujet d'un résultat faussement positif obtenu par une méthode autre qu'une culture;
 - l'infection se produit pendant la grossesse;
 - une atteinte inflammatoire pelvienne ou une infection gonococcique disséminée est diagnostiquée;
 - le patient est un enfant.

Granulome inguinal

- Si le patient a été fidèle au traitement prescrit, que ses symptômes ont disparu et qu'il ne risque pas d'être de nouveau en contact avec un partenaire non traité, il n'a pas à subir encore une fois des analyses diagnostiques.

Hépatite B

- Tout patient porteur de l'hépatite B chronique devrait être orienté vers un spécialiste pour une prise en charge subséquente.

Herpès génital (VHS)

- Les cultures de suivi ne sont pas indiquées, sauf en présence de symptômes récurrents inhabituels ou si on souhaite déterminer la sensibilité *in vitro* lorsqu'on soupçonne la résistance comme cause d'échec thérapeutique.
- Le counselling de soutien est une composante importante de la prise en charge des patients atteints d'herpès génital.

RECOMMANDATIONS QUANT AU SUIVI

Infections à chlamydia

- Un test de contrôle de *C. trachomatis* n'est pas systématiquement indiqué si le traitement recommandé est administré ET que les symptômes disparaissent ET que le patient n'est pas exposé de nouveau à un partenaire non traité, sauf dans les cas suivants :
 - l'adhérence au traitement est sous-optimale;
 - un autre schéma thérapeutique a été suivi;
 - chez tous les enfants impubères;
 - chez toutes les femmes enceintes.
- Un test de contrôle à l'aide d'un TAAN, si nécessaire, devrait être effectué de 3 à 4 semaines après la fin d'un traitement efficace afin d'éviter les résultats faussement positifs dus à la présence de micro-organismes non viables.
- Il est recommandé d'effectuer un autre test chez toutes les personnes infectées par *C. trachomatis* 6 mois après le traitement, car le risque de réinfection est élevé.

Infestations ectoparasitaires

(Pou du pubis/gale)

- Un suivi ne doit être fait que s'il est nécessaire sur le plan clinique.

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

- Les patients devraient être suivis jusqu'à l'obtention d'un résultat de test négatif de la chlamydia (test de contrôle) et leur rétablissement clinique. Les tests sérologiques ne devraient pas être utilisés pour surveiller la réponse au traitement, car la durée de la réponse des anticorps n'a pas été définie.
 - Un test de contrôle devrait être effectué de 3 à 4 semaines après la fin du traitement efficace afin d'éviter tout résultat faussement positif dû à la présence d'organismes non viables (surtout si on a utilisé un TAAN).
- La réparation chirurgicale des dommages génitaux et rectaux dus à la LGV tertiaire pourrait être requise.

Syphilis

- Il faut surveiller les résultats des analyses non tréponémiques jusqu'à ce qu'elles soient séronégatives ou que les titres soient bas et stables (p. ex. : dilutions de 1:4).
- Voir la page 47 du présent outil de référence pour obtenir un guide sur la surveillance des analyses non tréponémiques et sur les réponses sérologiques adéquates au traitement.

RECOMMANDATIONS QUANT AU SUIVI

Trichomonase

- Aucun suivi n'est nécessaire, à moins que les symptômes soient récurrents, ce qui se produit généralement en cas de réinfection.

Urétrite

- Une fois le traitement complété et les symptômes résolus, un suivi n'est pas recommandé de façon systématique.
- Si les symptômes persistent ou réapparaissent après la fin du traitement (soit 1 semaine après le début de ce dernier), le patient devrait être réévalué.
- En l'absence de résultats de laboratoire ou de signes cliniques, la seule présence de symptômes n'est pas suffisante pour justifier l'amorce d'un nouveau traitement.

Vaginose bactérienne

- Le suivi n'est pas nécessaire à moins que la patiente soit enceinte ou que des symptômes réapparaissent.

Verrues génitales (VPH)

- Une fois les verrues génitales guéries, effectuer un suivi de routine au moyen du dépistage cervical chez les femmes, avec ou sans épreuves de l'ADN du VPH, selon les recommandations des lignes directrices provinciales ou territoriales.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

- Voir le document intégral des Lignes directrices sur les ITS pour connaître les recommandations quant au counselling, à la prise en charge et à la surveillance.

INTERPRÉTATION DES ANALYSES SÉROLOGIQUES DE LA SYPHILIS

Résultats des analyses sanguines ou sériques			Affection la plus probable
Analyse non tréponémique : RPR/VDRL	Analyse tréponémique : TP-PA	Analyse tréponémique : FTA-ABS	
NR	NR	R	Syphilis primaire avec antécédents/ résultats cliniques compatibles
R (les dilutions peuvent varier)	R	R	Syphilis infectieuse (primaire, secondaire, latente précoce), surtout si le titre est > 1:8 OU Syphilis traitée depuis longtemps (surtout si le titre est < 1:8) OU Suivi de la syphilis traitée OU Chez les personnes provenant de régions endémiques : pian (p. ex. : Caraïbes), pinta (p. ex. : Amérique centrale) ou bejel
NR	R	R	Généralement syphilis traitée OU Latente tardive de durée inconnue si aucun antécédent de traitement confirmé OU Chez les personnes provenant de régions endémiques : pian (p. ex. : Caraïbes), pinta (p. ex. : Amérique centrale) ou bejel OU Infection précoce (syphilis primaire)
R	NR	NR	Fausse réaction positive biologique* (répéter de 3 à 4 semaines plus tard)

FTA-ABS=test d'immunofluorescence indirecte de *Treponema pallidum*

NR=non réactif

R=réactif

RPR=test rapide de la réagine plasmatique

TP-PA=test d'agglutination passive de *Treponema pallidum*

VDRL=test non tréponémique VDRL

* Parmi les causes des fausses réactions positives biologiques aux analyses sérologiques de la syphilis, on trouve certaines maladies collagénoses-vasculaires, la grossesse, l'utilisation de drogues injectables, etc.

SURVEILLANCE POST-TRAITEMENT DES ANALYSES NON TRÉPONÉMIQUES

Stade de la maladie	Fréquence de la sérologie post-traitement
Syphilis primaire, secondaire, latente précoce	1, 3, 6 et 12 mois après le traitement
Syphilis latente tardive, tertiaire	12 et 24 mois après le traitement
Neurosyphilis	6, 12 et 24 mois après le traitement
Infection au VIH (quel que soit le stade)	1, 3, 6, 12 et 24 mois après le traitement, et 1 fois par an par la suite
Les nouveau-nés dont la mère a passé un test sérologique réactif pour la syphilis*	3 et 6 mois après la naissance; refaire les analyses non tréponémiques et tréponémiques à 12 et à 18 mois si les tests sont encore réactifs à 6 mois
Syphilis congénitale*	0, 3, 6, 12 et 18 mois après la naissance

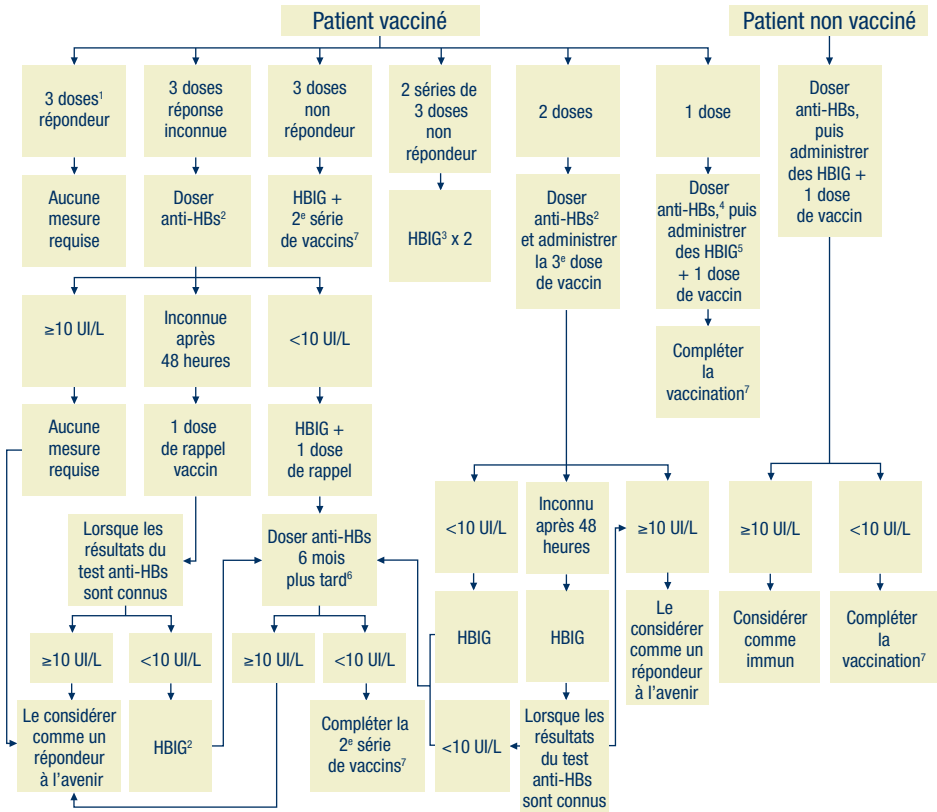
* Les titres des analyses non tréponémiques devraient baisser vers l'âge de 3 mois et être non réactifs vers l'âge de 6 mois si le nourrisson n'a pas été infecté. Si les titres sont stables ou augmentent après l'âge de 6 à 12 mois, l'enfant devrait être évalué (y compris un examen du LCR) et recevoir le traitement comme s'il s'agissait d'une syphilis congénitale. Les anticorps anti-tréponémiques transférés passivement à un nourrisson peuvent être présents jusqu'à l'âge de 15 mois; tout test tréponémique réactif après 18 mois est diagnostique de la syphilis congénitale.

Réponses sérologiques adéquates au traitement

Syphilis primaire	Baisse de 2 dilutions* après 6 mois; baisse de 3 dilutions après 12 mois; baisse de 4 dilutions après 24 mois
Syphilis secondaire	Baisse de 3 dilutions après 6 mois et de 4 dilutions après 12 mois
Syphilis latente précoce	Baisse de 2 dilutions après 12 mois

* Baisse de 2 dilutions = le titre diminue de 4 fois (p. ex. passage des dilutions de 1:32 à 1:8)

PRISE EN CHARGE DES EXPOSITIONS PAR VOIE SEXUELLE/PERCUTANÉE/MUQUEUSE À UNE SOURCE INFECTÉE (HBsAg POSITIVE) OU À RISQUE ÉLEVÉ*



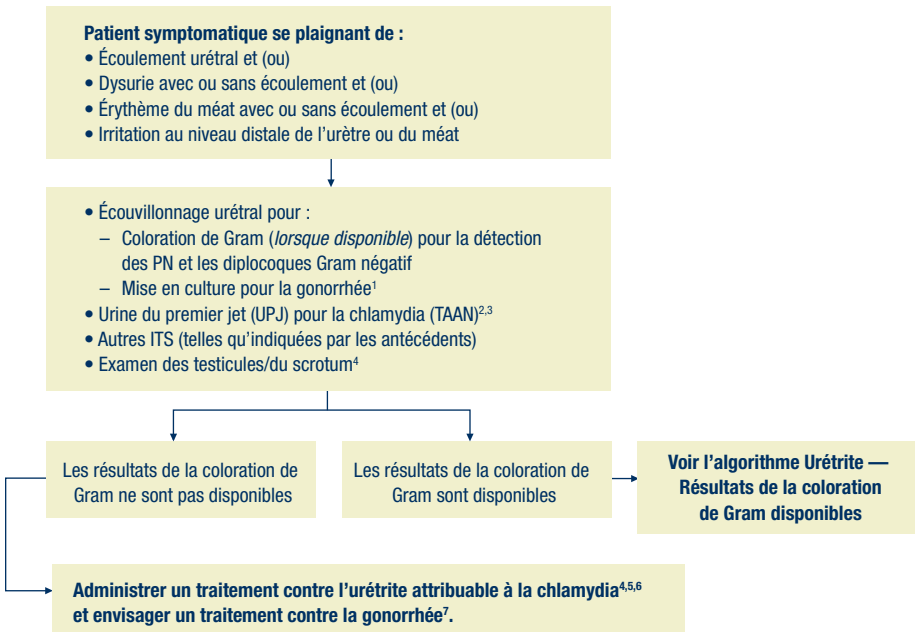
* Une source connue est considérée comme à risque élevé si la personne provient d'une région où le VHB est très endémique, qu'elle a des relations sexuelles avec plusieurs partenaires, qu'elle a un(e) partenaire infecté(e) par le VHB ou risquant de l'être, qu'un membre de sa famille proche est infecté, qu'elle utilise des drogues injectables ou qu'elle a reçu du sang ou des produits sanguins avant 1970. Dans la mesure du possible, la personne source devrait passer des tests.

1. Répondeur avec ≥ 10 UI/L d'anti-HBs. Aucune mesure n'est requise si la personne est devenue immune après une infection.
2. Le titre d'anticorps anti-HBs doit être déterminé dès que possible pour éviter d'administrer inutilement les HBIG, mais aussi parce que l'efficacité de ces anticorps n'est pas connue s'ils sont administrés après 7 jours.
3. La deuxième dose d'HBIG doit être administrée 1 mois après la première.
4. Ce test ne signifie pas qu'il faut modifier la poursuite du schéma de vaccination, mais peut rassurer les personnes exposées quant au risque immédiat de devenir infecté.
5. S'il est possible d'obtenir rapidement un titre d'anti-HBs confirmant une valeur ≥ 10 UI/L, l'administration d'HBIG devrait être omise.
6. La détermination des titres d'anti-HBs doit être retardée de 6 mois pour permettre aux HBIG de diminuer.
7. Doser les anti-HBs 1 à 6 mois après la fin de la série de vaccins.

Adaptation du *Guide canadien d'immunisation 2002 — Sixième édition*

ALGORITHMES

Prise en charge syndromique de l'urétrite



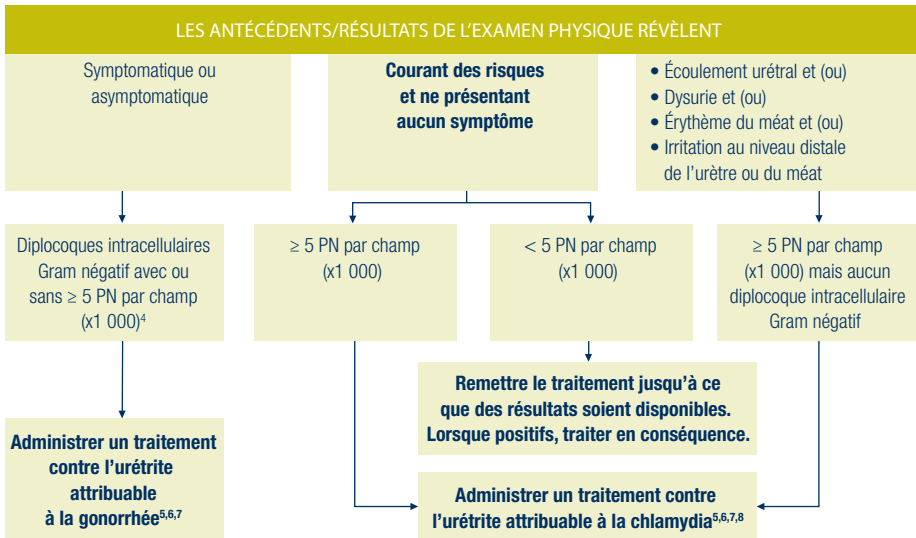
1. Envisager l'UPJ pour la gonorrhée (TAAN) lorsque les conditions de transport et d'entreposage peuvent nuire à la viabilité de *N. gonorrhœae* ou lorsqu'il n'est pas possible d'effectuer un écouvillonnage; la mise en culture est la méthode à privilégier, car elle permet de procéder à des tests de sensibilité aux antimicrobiens.
2. Prélever de 10 à 20 ml du premier jet d'urine (préférentiellement 2 heures après la dernière miction).
3. Lorsque le TAAN n'est pas disponible pour la détection de la chlamydia, lui substituer un écouvillonnage urétral pour l'EIA/IFD ou une mise en culture.
4. Lorsque la présence d'une épидидymite est soupçonnée, voir la section sur l'épididymite pour en savoir plus au sujet des recommandations quant au traitement et du suivi.
5. Tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou de la date du diagnostic devrait être notifié, faire l'objet d'un dépistage et se voir offrir un traitement empirique.
6. Lorsque les symptômes persistent ou réapparaissent, voir le document intégral des Lignes directrices canadiennes sur les ITS pour en savoir plus au sujet du dépistage diagnostique et des recommandations quant au traitement.
7. Lorsque la prévalence de la gonorrhée locale est élevée ou lorsque les relations sexuelles ont eu lieu au sein d'une région présentant une prévalence élevée.

ALGORITHMES

Prise en charge de l'urétrite – Résultats de la coloration de Gram disponibles

Pour les patients symptomatiques ou les patients qui, bien qu'asymptomatiques, courent des risques de contracter une ITS

- Écouvillonnage urétral pour :
 - coloration de Gram pour déceler les PN et les diplocoques Gram négatif
 - mise en culture pour la gonorrhée¹
- urine du premier jet (UPJ) pour la chlamydia (TAAN)^{2,3}
- autres ITS (telles qu'indiquées par les antécédents)
- examen des testicules/du scrotum



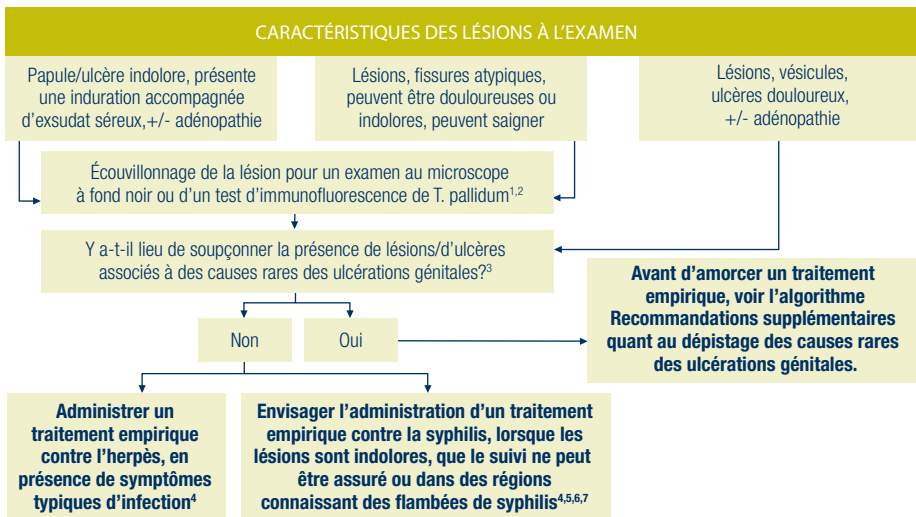
1. Envisager l'UPJ pour la gonorrhée (TAAN) lorsque les conditions de transport et d'entreposage peuvent nuire à la viabilité de *N. gonorrhoeae* ou lorsqu'il n'est pas possible d'effectuer un écouvillonnage; la mise en culture est la méthode à privilégier, car elle permet de procéder à des tests de sensibilité aux antimicrobiens.
2. Prélever de 10 à 20 ml du premier jet d'urine (préférentiellement 2 heures après la dernière miction).
3. Lorsque la TAAN n'est pas disponible, avoir recours à un écouvillonnage urétral (plutôt qu'à l'urine du premier jet) pour l'EIA/IFD ou une mise en culture.
4. La présence de diplocoques extracellulaires Gram négatif (situés à l'extérieur des leucocytes polynucléaires) constitue un résultat équivoque qui doit être confirmé par une mise en culture.
5. Lorsque la présence d'une épидидymite est soupçonnée, voir la section sur l'épididymite pour en savoir plus au sujet des recommandations quant au traitement et au suivi.
6. Tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou la date du diagnostic si asymptomatique devrait être notifié, faire l'objet d'un dépistage et recevoir un traitement empirique, peu importe les résultats d'analyse.
7. Lorsque les symptômes persistent ou réapparaissent, voir le document intégral des Lignes directrices canadiennes sur les ITS pour en savoir plus au sujet du dépistage diagnostique et des recommandations quant au traitement.
8. Envisager l'ajout d'un traitement contre la gonorrhée seulement **lorsque le suivi est non assuré** et que la prévalence locale est élevée ou lorsque les relations sexuelles ont eu lieu au sein d'une région présentant une prévalence élevée.

ALGORITHMES

Recommandations minimales quant aux tests de détection et au traitement des ulcères ano-génitaux ou oraux

Pour tout patient présentant des ulcères anogénitaux ou oraux

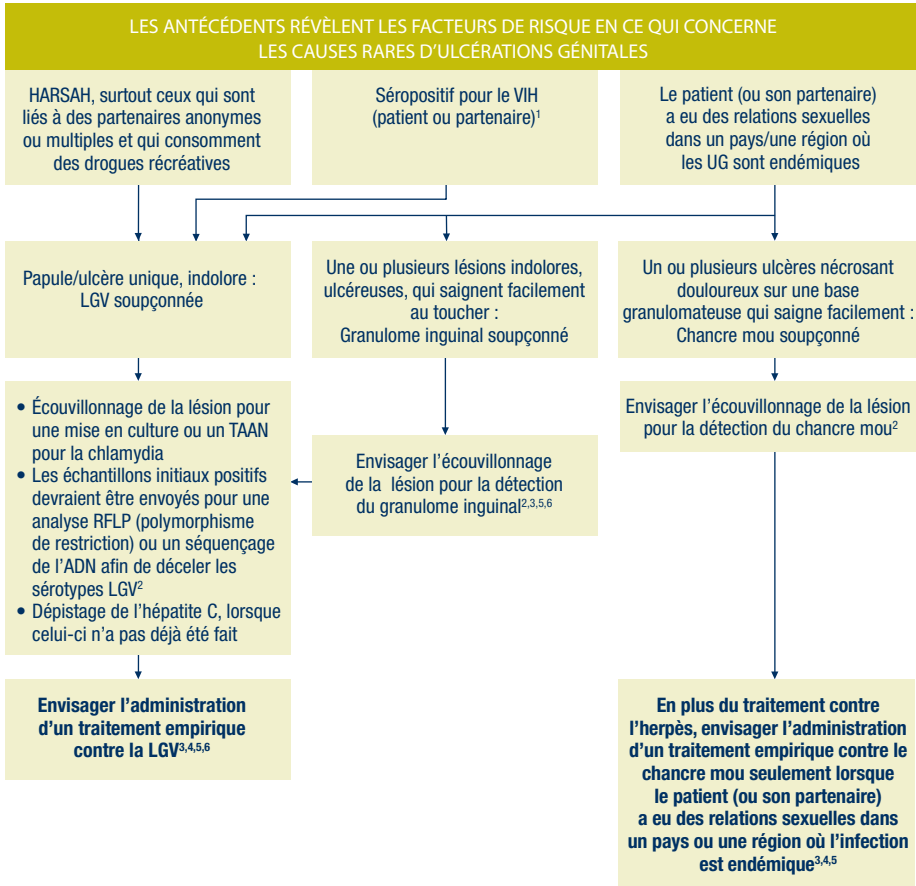
- Écouvillonnage de la lésion pour un test de détection du **VHS** (mise en culture ou TAAN¹ lorsque disponible)
- Effectuer une **sérologie pour la détection de la syphilis**, tant l'analyse non tréponémique (RPR/VDRL) que l'analyse tréponémique (MHA-TP /TP-PA/FTA-ABS), ou l'EIA lorsque disponible (dans les cas où l'on soupçonne la présence d'une syphilis primaire, répéter le test après 2-4 semaines si les résultats initiaux sont négatifs)
- Envisager le dépistage pour la **gonorrhée et la chlamydia**, lorsque ceux-ci n'ont pas déjà été faits
- Recommander un dépistage du VIH, lorsque celui-ci n'a pas déjà été fait
- Vérifier le **statut vaccinal contre l'hépatite B** et offrir le vaccin en l'absence d'antécédents de vaccination ou de preuves d'immunité



1. Non recommandé pour les lésions orales ou rectales.
2. Consulter le laboratoire afin de connaître la disponibilité du test et les directives quant au prélèvement, à l'entreposage et au transport des échantillons.
3. HARSAH (surtout ceux qui sont liés à des partenaires multiples ou anonymes et qui consomment des drogues récréatives), séropositif pour le VIH (patient ou partenaire), le patient (ou son partenaire) a eu des relations sexuelles dans un pays/une région où l'infection est endémique.
4. Lorsque les résultats sont négatifs et que les lésions persistent, le recours à la biopsie peut s'avérer nécessaire afin d'écartier les causes d'ulcération génitale n'étant pas liées aux ITS — orienter le patient vers un spécialiste approprié.
5. Pour tous les résultats positifs, s'assurer de l'administration d'un traitement adéquat (lorsqu'un traitement empirique n'a pas été administré au cours de la consultation initiale) et de l'évaluation et du traitement des partenaires.
6. Les patients atteints de syphilis courent un risque accru d'une infection concomitante au VIH. Lorsque les résultats de base du dépistage du VIH sont négatifs, recommander la tenue d'un nouveau dépistage à 12 semaines.
7. Lorsque l'on sait que le patient est séropositif pour le VIH, consulter un collègue ayant une expertise dans ce domaine afin d'obtenir des recommandations quant au traitement et au suivi.

ALGORITHMES

Recommandations supplémentaires quant aux tests de détection des causes rares des ulcérations génitales (UG)



1. L'orientation précoce vers un collègue expérimenté est recommandée pour le diagnostic, le traitement et le suivi des patients séropositifs pour le VIH.
2. Consulter le laboratoire afin de connaître la disponibilité du test et les directives quant au prélèvement, à l'entreposage et au transport des échantillons.
3. Lorsque les résultats sont négatifs et que les lésions persistent, le recours à la biopsie peut s'avérer nécessaire afin d'écartier les causes d'ulcération génitale n'étant pas liées aux ITS — orienter le patient vers un spécialiste approprié.
4. Pour tous les résultats positifs, lorsqu'un traitement empirique n'a pas été administré au cours de la consultation initiale, administrer un traitement conformément aux recommandations pour la maladie en cause et s'assurer de procéder à la notification, à l'évaluation et au traitement des partenaires.
5. Les patients atteints d'une syphilis, d'une LGV et d'un chancre mou courent un risque accru d'une infection concomitante au VIH. Lorsque les résultats de base du dépistage du VIH sont négatifs, recommander la tenue d'un nouveau dépistage à 12 semaines.
6. Remarque : Le traitement contre la LGV et le granulome inguinal est le même : doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j. x 21 jours.

ALGORITHMES

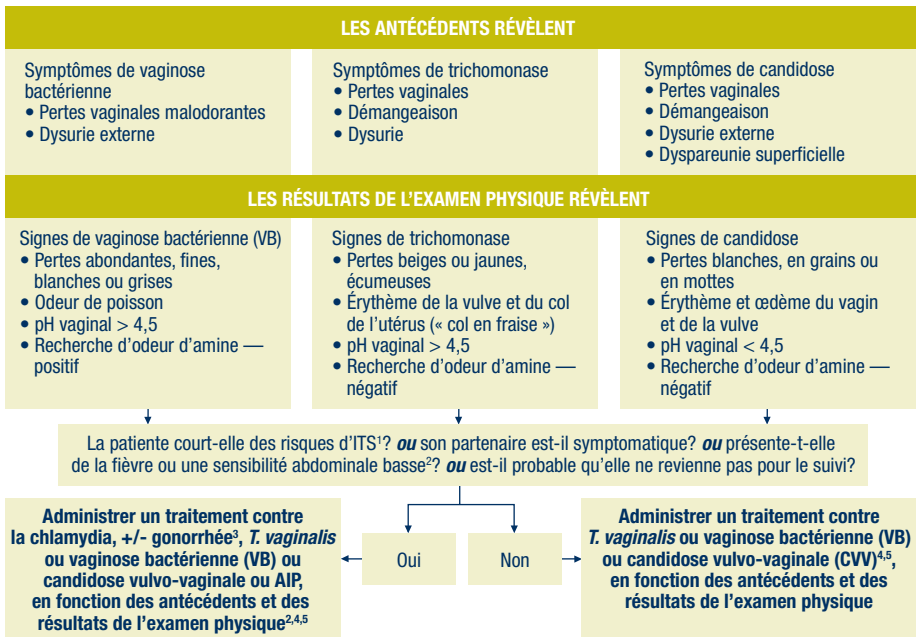
Prise en charge syndromique des pertes vaginales

Pour les patientes symptomatiques qui ne présentent aucun signe clinique de cervicite

- Écouvillonnage vaginal pour une mise en culture/une analyse du pH/la recherche d'odeur d'amine

En présence de risques d'ITS¹

- Écouvillonnage cervical pour :
 - coloration de Gram pour la détection des diplocoques intracellulaires Gram négatif
 - mise en culture/TAAN pour la gonorrhée/chlamydie
- Autres ITS (telles qu'indiquées par les antécédents), y compris la syphilis et le VIH
- Examen bimanuel²



1. Consulter la liste des facteurs de risque d'ITS, page 6.
2. Lorsque la présence d'AIP est soupçonnée, voir le chapitre sur les AIP des Lignes directrices canadiennes sur les ITS afin d'obtenir des recommandations quant au diagnostic, au traitement et au suivi.
3. Lorsque la prévalence locale est élevée ou lorsque les relations sexuelles ont eu lieu dans un pays ou une région où la prévalence est élevée.
4. Puisque la VB et la CVV ne sont habituellement pas transmissibles sexuellement, la notification des partenaires n'est pas requise. Puisque la trichomonase est transmissible sexuellement, tous les partenaires devraient être localisés, notifiés et traités en conséquence.
5. Lorsque les symptômes persistent ou réapparaissent, voir les Lignes directrices canadiennes sur les ITS pour plus de recommandations quant au dépistage diagnostique et au traitement des infections vaginales récurrentes.

ALGORITHMES

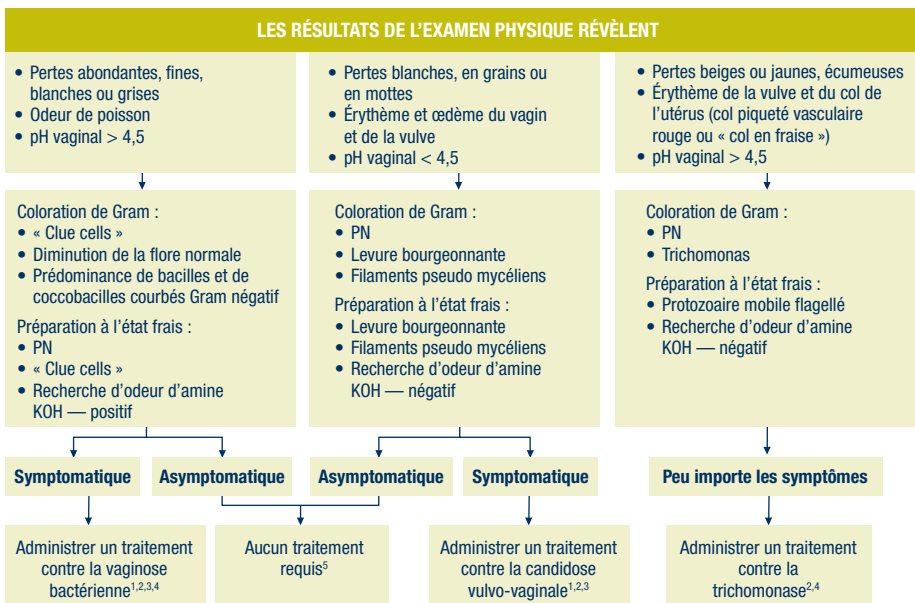
Pertes vaginales — résultats d'analyses microscopiques disponibles

Pour les patientes symptomatiques ou asymptomatiques qui courent des risques d'ITS ET qui ne présentent aucun signe clinique de cervicite

- Écouvillonnage vaginal pour une coloration de Gram et une préparation à l'état frais (lorsque disponible) et d'une mise en culture/analyse du pH

En présence de risques d'ITS

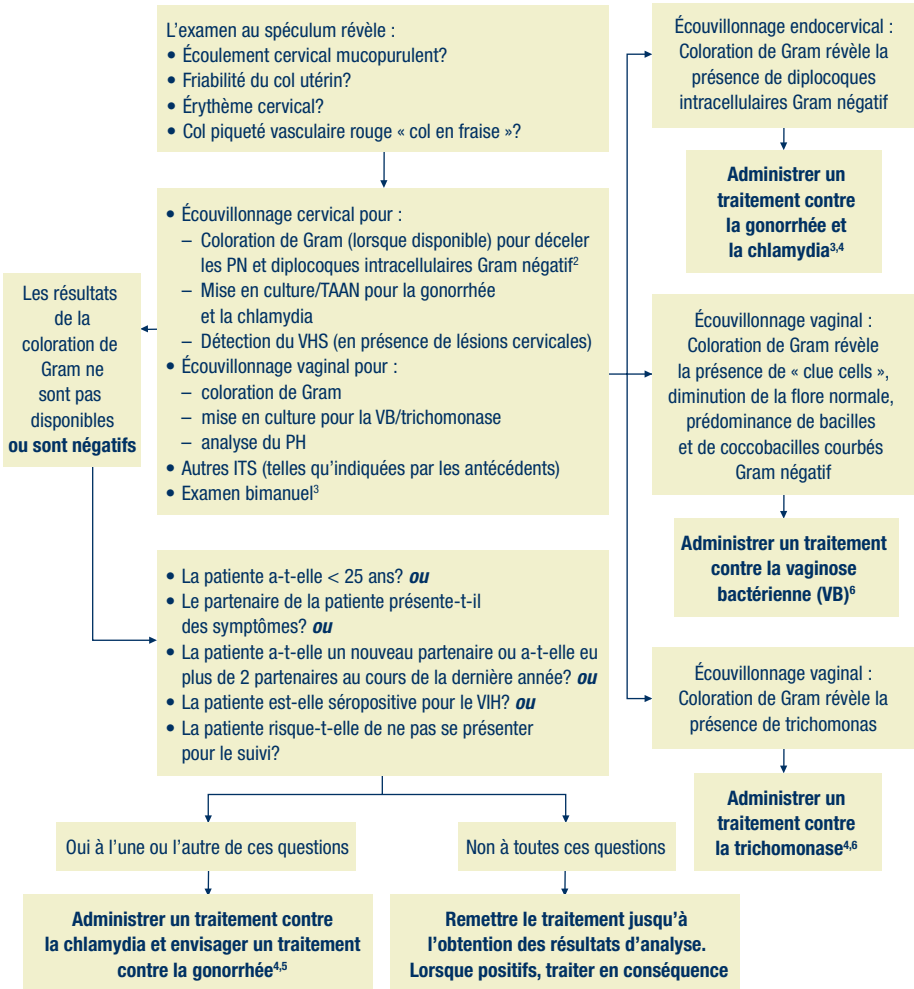
- Écouvillonnage cervical pour :
 - coloration de Gram pour la détection des diplocoques intracellulaires Gram négatif
 - mise en culture/TAAN pour la gonorrhée et la chlamydia
- Autres ITS (telles qu'indiquées par les antécédents), y compris la syphilis et le VIH
- Examen bimanuel¹



1. Lorsque la présence d'AIP est soupçonnée, voir le chapitre sur les AIP des Lignes directrices canadiennes sur les ITS afin d'obtenir des recommandations quant au diagnostic, au traitement et au suivi.
2. Le ou les partenaires des patientes présentant une VB ou une CVV ne nécessitent pas un traitement. Dans le cas de la trichomonose, tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes devrait être notifié et faire l'objet d'un traitement empirique.
3. Lorsque les symptômes persistent, se reporter aux VB asymptomatiques sur les ITS pour en savoir plus au sujet du traitement et de la prise en charge des infections récurrentes.
4. Les patientes ne doivent pas boire d'alcool pendant le traitement ainsi que dans les 24 heures qui suivent le traitement au métronidazole à cause du risque de réaction au disulfirame (Antabuse)
5. **Exceptions en ce qui concerne le traitement de la VB asymptomatique** — patiente enceinte présentant des antécédents d'accouchement avant terme, avant la pose d'un Stérilet ou avant une chirurgie gynécologique, un avortement thérapeutique ou une manœuvre instrumentale des voies génitales supérieures.

ALGORITHMES

Prise en charge de la cervicite¹



1. Prendre note qu'un diagnostic de cervicite mucopurulente ne peut être posé dans le cas d'une femme enceinte, et ce, en raison de l'accroissement normal des pertes vaginales et des modifications du col utérin au cours de la grossesse.
2. Prendre note que la coloration de Gram visant les PN est ni sensible ni spécifique en ce qui a trait au diagnostic de cervicite.
3. Lorsque la présence d'AIP est soupçonnée, voir le chapitre sur les AIP des Lignes directrices canadiennes sur les ITS afin d'obtenir des recommandations quant au diagnostic, au traitement et au suivi.
4. Tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition des symptômes ou de la date du diagnostic (si asymptomatique) devrait être notifié, faire l'objet d'un dépistage et recevoir un traitement empirique contre l'ITS identifiée/soupçonnée.
5. Lorsque la prévalence locale est élevée ou lorsque les relations sexuelles ont eu lieu dans un pays ou une région où la prévalence est élevée.
6. Les patientes ne doivent pas boire d'alcool pendant le traitement ainsi que dans les 24 heures qui suivent le traitement au métronidazole à cause du risque de réaction au disulfirame (Antabuse).

Vous souhaitez obtenir plus de renseignements sur la prise en charge et le traitement des ITS?

Consultez le document intégral des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2006 et ses mises à jour régulières au lien Internet ci-dessous.

Vous désirez accroître vos connaissances au sujet de l'évaluation clinique et de la prise en charge des ITS?

Consultez nos modules de formation en ligne et notre galerie de diapositives sur les ITS.

Vous souhaitez obtenir plus de renseignements pour vos patients?

Consultez nos brochures et fiches d'information sur les ITS.

Obtenez tous ces renseignements et plus encore au lien Internet suivant : www.santepublique.gc.ca/its