

Ce guide d'usage optimal est présenté à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien.

Les recommandations contenues dans ce guide s'appliquent aux adolescents de 14 ans ou plus et aux adultes.

Ce guide a été adapté principalement des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* et prend en compte les délibérations d'un comité d'experts.

## GÉNÉRALITÉS

- ▶ Les recommandations du présent guide d'usage optimal concernent exclusivement la prise en charge des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS **avant l'obtention des résultats des analyses de laboratoire** (approche syndromique). Le guide se situe dans un contexte de traitement empirique.
- ▶ Les analyses de laboratoire appropriées doivent être réalisées pour tous les sites exposés. **La culture pour la recherche de *N. gonorrhoeae* demeure un test de choix en présence de signes ou symptômes cliniques, en plus de faire un prélèvement pour la recherche de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).**

## PRISE EN CHARGE DANS UN CONTEXTE D'ITSS PROBABLE

### Accès gratuit à la médication prescrite

- Pour les personnes inscrites au régime d'assurance maladie et détentrices d'une carte d'assurance maladie, d'un carnet de réclamation ou d'une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valides; ET
- Si le code K (pour la personne atteinte) ou le code L (pour les partenaires) est inscrit sur l'ordonnance.

### Intervention auprès de la personne atteinte

- ▶ La prise en charge doit intégrer à la fois le **traitement adéquat** et le **suivi** de la personne atteinte ainsi qu'une **démarche visant la notification et le traitement de ses partenaires**.
- ▶ Recommander de **s'abstenir d'avoir des relations sexuelles** jusqu'à 7 jours après la fin d'un traitement à dose unique ou jusqu'à la fin d'un traitement à doses multiples ET jusqu'à la résolution des symptômes.
  - En cas de doute quant à l'abstinence, recommander d'utiliser le condom pour tous types de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales.

### Intervention auprès des partenaires

- ▶ Recommander une intervention clinique auprès des partenaires suivants:
  - ceux qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée dans les 60 jours avant la date du prélèvement ou le début des symptômes;
  - le plus récent partenaire de la personne infectée s'il n'y avait aucun partenaire sexuel dans les 60 jours avant la date du prélèvement ou le début des symptômes;
  - ceux qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée avant que celle-ci ait terminé son traitement ou moins de 7 jours après un traitement à dose unique ou avant la résolution de ses symptômes.
- ▶ L'intervention auprès de chaque partenaire devrait inclure:
  - une évaluation clinique et des facteurs de risque;
  - un dépistage par des analyses de laboratoire;
  - **un traitement, même si les résultats des analyses sont manquants ou négatifs;**
  - une démarche visant la notification des partenaires de cette personne, si les résultats du dépistage sont positifs.
- ▶ La direction de santé publique régionale peut offrir son soutien quant au processus de notification des partenaires et diriger ceux-ci vers les ressources compétentes pour l'évaluation clinique, les analyses de laboratoire, le traitement et l'adoption de pratiques sexuelles sécuritaires.

### Déclaration obligatoire

- ▶ Les infections confirmées à *C. trachomatis* et à *N. gonorrhoeae* sont des **maladies à déclaration obligatoire (MADO)**. Elles doivent être déclarées à la direction de santé publique régionale. La cervicite, l'urétrite, l'épididymite/orchi-épididymite, l'atteinte inflammatoire pelvienne et la rectite ne sont pas à déclaration obligatoire lorsque les résultats des analyses de laboratoire ne démontrent pas la présence de ces pathogènes.

		CERVICITE ET URÉTRITE	ÉPIDIDYME/ORCHI-ÉPIDIDYME <sup>2, 3</sup>
MANIFESTATIONS CLINIQUES <sup>1</sup>		<p><b>Cervicite :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exsudat endocervical mucopurulent ou purulent</li> <li>• Saignements vaginaux intermenstruels ou post-coïtaux</li> <li>• Pertes vaginales anormales</li> </ul> <p><b>Urétrite :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Écoulement urétral intermittent ou persistant</li> <li>• Brûlement mictionnel intermittent ou persistant</li> <li>• Inconfort urétral</li> <li>• Normalement, absence de : pollakiurie, hématurie, miction impérieuse, ténésme vésical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur testiculaire habituellement unilatérale (apparaissant généralement de façon progressive)</li> <li>• Sensibilité du testicule à la palpation</li> <li>• Tuméfaction palpable de l'épididyme</li> <li>• Écoulement urétral</li> <li>• Hydrocèle</li> <li>• Érythème ou œdème du scrotum sur le côté affecté</li> <li>• Fièvre</li> </ul>
PRINCIPES DE TRAITEMENT		<p>Pathogènes les plus fréquemment impliqués : <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i></p>	<p>Deux types d'infections, avec des étiologies différentes, sont possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ITSS (très probablement causée par <i>C. trachomatis</i> ou <i>N. gonorrhoeae</i>), souvent rencontrée en présence de facteurs de risque d'ITSS OU</li> <li>• Infection acquise notamment lors de manipulations urologiques (très probablement causée par des bâtonnets Gram négatif parfois impliqués dans une infection urinaire)</li> </ul> <p>Évaluer la probabilité des deux types d'infections avant de commencer le traitement. <b>En cas de doute, toujours traiter comme une ITSS.</b></p>
		<b>TRAITEMENT RECOMMANDÉ<sup>4</sup></b>	<b>TRAITEMENT RECOMMANDÉ<sup>4</sup></b>
		ADULTES ET ADOLESCENTS DE 14 ANS OU PLUS, INCLUANT LES FEMMES ENCEINTES OU QUI ALLAIENT	ADULTES ET ADOLESCENTS DE 14 ANS OU PLUS
CAS INDEX	1 <sup>er</sup> CHOIX	<p>[Céfixime 800 mg, PO, en dose unique OU Ceftriaxone<sup>5</sup> 250 mg, IM, en dose unique] ET Azithromycine<sup>7, 8</sup> 1 g, PO, en dose unique</p>	<p><b>En présence de facteurs de risque d'ITSS :</b> Ceftriaxone<sup>5, 6</sup> 250 mg, IM, en dose unique ET Doxycycline<sup>6</sup> 100 mg, PO, BID pour 10 à 14 jours</p> <p><b>En l'absence de facteurs de risque d'ITSS ou dans un contexte de manipulations urologiques<sup>9</sup> :</b> Lévofloxacine<sup>10, 11</sup> 500 mg, PO, DIE pour 10 jours</p>
	2 <sup>e</sup> CHOIX	<p>[Céfixime 800 mg, PO, en dose unique OU Ceftriaxone<sup>5</sup> 250 mg, IM, en dose unique] ET Doxycycline<sup>12</sup> 100 mg, PO, BID pour 7 jours (contre-indiqué chez les femmes enceintes et celles qui allaitent)</p> <p><b>Si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline<sup>13</sup> :</b> Azithromycine<sup>7, 8</sup> 2 g, PO, en dose unique</p>	<p><b>En présence de facteurs de risque d'ITSS :</b> <b>Si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline</b>, consulter un collègue expérimenté. Un traitement incluant entre autres une quinolone peut être envisagé à condition de procéder à un prélèvement pour <b>culture</b> de <i>N. gonorrhoeae</i> afin de s'assurer de la sensibilité du pathogène isolé (le cas échéant) à la quinolone utilisée.</p> <p><b>En l'absence de facteurs de risque d'ITSS ou dans un contexte de manipulations urologiques<sup>9</sup>,</b> consulter un collègue expérimenté.</p>
SUIVI		<p><b>Cervicite :</b> Investigation supplémentaire et consultation d'un collègue expérimenté au besoin si les symptômes persistent ou réapparaissent après la fin du traitement ou en présence de lésions visibles du col.</p> <p><b>Urétrite :</b> La disparition des symptômes peut prendre jusqu'à 7 jours après la fin du traitement. Une réévaluation est nécessaire si les symptômes persistent ou réapparaissent après la fin du traitement. En l'absence de résultat de laboratoire ou de signe clinique, la seule présence de symptômes ne justifie pas d'emblée l'amorce d'un nouveau traitement. Réévaluer le diagnostic et référer au besoin à un collègue expérimenté.</p>	<p>Des signes et symptômes qui ne s'améliorent pas 2 ou 3 jours après le début du traitement requièrent une réévaluation du diagnostic et du traitement. La personne devrait être réexaminée environ 1 mois après la fin du traitement afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'anomalies testiculaires nouvelles ou persistantes.</p>

1. Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées dans le tableau.

2. L'orché-épididymite désigne principalement l'inflammation de l'épididyme et du testicule.

3. Dans tous les cas de douleur aiguë du testicule, la possibilité d'une torsion du testicule (plus fréquente chez les hommes de moins de 20 ans) devrait être envisagée. Elle constitue une urgence chirurgicale.

4. L'ordre de présentation des antibiotiques prend en compte les données d'efficacité et d'innocuité, la résistance aux antibiotiques et la facilité du schéma d'administration.

5. Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine. Le coût de la lidocaïne utilisée comme diluant est couvert par la RAMQ avec l'emploi des codes K et L.

6. Ce produit est recommandé dans les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, bien qu'il n'ait pas reçu l'homologation par Santé Canada pour cette indication.

7. Si la personne souffre de vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.

8. Chez les personnes de moins de 45 kg, une dose unique de 12 à 15 mg/kg et de 24 à 30 mg/kg est recommandée en remplacement d'une dose de 1 g et de 2 g respectivement.

9. Un prélèvement pour la détection de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* et une culture d'urine devront être effectués avant le début du traitement.

10. Il existe une mise en garde quant à l'utilisation des quinolones chez les moins de 18 ans. Consulter un collègue expérimenté.

11. Ce produit est recommandé dans les *Lignes directrices américaines*. Il n'a pas reçu l'homologation par Santé Canada pour cette indication.

12. L'usage de la doxycycline est contre-indiqué chez les femmes enceintes et celles qui allaitent.

13. Un traitement incluant entre autres une quinolone peut être envisagé à condition de procéder à un prélèvement pour culture de *N. gonorrhoeae* afin de s'assurer de la sensibilité du pathogène isolé (le cas échéant) à la quinolone utilisée.

## ATTEINTE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (AIP)

### MANIFESTATIONS CLINIQUES<sup>1</sup>

Les manifestations suivantes, en plus de celles associées à la cervicite, suggèrent un diagnostic d'AIP :

- Sensibilité abdominale basse, aux annexes ou à la mobilisation du col de l'utérus
- Température orale supérieure à 38,3 °C
- Dyspareunie profonde

Une infection récente par *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* chez la femme ou ses partenaires augmente l'indice de suspicion d'une AIP. L'absence de détection de ces pathogènes, à partir des prélèvements effectués lors de l'évaluation clinique, n'exclut pas le diagnostic d'une AIP.

### PRINCIPES DE TRAITEMENT

**Diagnostic et traitement précoces essentiels** pour prévenir les complications (grossesse ectopique, douleurs pelviennes chroniques, infertilité).

**Il faut écarter la possibilité d'une grossesse.**

Les schémas thérapeutiques doivent couvrir un large spectre de pathogènes éventuels incluant les ITSS, en plus de tenir compte de la nature polymicrobienne des AIP.

**Pour le traitement des infections acquises dans le cadre de manipulations gynécologiques, traiter comme une ITSS et diriger la personne vers un collègue expérimenté.**

L'antibiothérapie peut être administrée par voie orale ou parentérale. Ce guide présente exclusivement les traitements administrés par voies orale et intramusculaire. Pour les traitements intraveineux, se référer aux *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*.

**Critères d'hospitalisation ou d'orientation vers un collègue expérimenté :**

- Impossibilité d'exclure les urgences chirurgicales (appendicite ou grossesse extra-utérine par exemple)
- Grossesse
- Absence de réponse clinique (après 3 jours)
- Intolérance à l'antibiothérapie ambulatoire
- Problème anticipé d'adhésion à l'antibiothérapie ambulatoire
- Atteinte grave de l'état général, nausées, vomissements ou forte fièvre
- Suspicion d'abcès dans la région pelvienne
- Immunosuppression modérée ou grave

Si l'antibiothérapie est amorcée à l'hôpital, la poursuite éventuelle en ambulatoire doit permettre de compléter une durée totale de traitement d'au moins 14 jours.

Stérilet : Le retrait immédiat du dispositif intra-utérin (DIU) n'est pas requis. Une évaluation est recommandée après 48-72 heures. L'antibiothérapie doit toutefois être débutée avant le retrait éventuel du DIU.

## TRAITEMENT RECOMMANDÉ<sup>2</sup>

ADULTES ET ADOLESCENTS DE 14 ANS OU PLUS, EXCLUANT LES FEMMES ENCEINTES OU QUI ALLAIENT

CAS INDEX	1 <sup>er</sup> CHOIX
	<p>Ceftriaxone<sup>3,4</sup> 250 mg, IM, en dose unique</p> <p>ET</p> <p>Doxycycline<sup>4,5</sup> 100 mg, PO, BID pour 14 jours</p> <p>AVEC OU SANS</p> <p>Métronidazole<sup>6</sup> 500 mg, PO, BID pour 14 jours</p>
2 <sup>e</sup> CHOIX	<p><b>Si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline</b>, consulter un collègue expérimenté. Un traitement incluant entre autres une quinolone peut être envisagé à condition de procéder à un prélèvement pour <b>culture</b> de <i>N. gonorrhoeae</i> afin de s'assurer de la sensibilité du pathogène isolé (le cas échéant) à la quinolone utilisée.</p>
SUIVI	<p><b>Toutes les personnes recevant un traitement ambulatoire devraient être suivies étroitement et subir un nouvel examen 2 ou 3 jours après le début du traitement.</b></p> <p>Les douleurs dues à l'AIP devraient commencer à s'atténuer dans les 2 à 3 jours suivant le début de l'antibiothérapie.</p> <p>En l'absence d'amélioration clinique après 3 jours, consulter un collègue expérimenté et évaluer la pertinence d'une hospitalisation.</p>

1. Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées dans le tableau.

2. L'ordre de présentation des antibiotiques prend en compte les données d'efficacité et d'innocuité, la résistance aux antibiotiques et la facilité du schéma d'administration.

3. Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine. Le coût de la lidocaïne utilisée comme diluant est couvert par la RAMQ avec l'emploi des codes K et L.

4. Ce produit est recommandé dans les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, bien qu'il n'ait pas reçu l'homologation par Santé Canada pour cette indication.

5. L'usage de la doxycycline est contre-indiqué chez les femmes enceintes et celles qui allaitent.

6. L'utilisation du métronidazole lors du traitement de l'AIP permet de couvrir les bactéries anaérobies. Les personnes ne doivent pas boire d'alcool pendant le traitement avec le métronidazole et jusqu'à 72 heures après.

## RECTITE

<b>MANIFESTATIONS CLINIQUES<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Écoulement rectal mucopurulent</li> <li>Douleur ano-rectale</li> <li>Ténesme</li> <li>Selles sanglantes</li> </ul> <p>La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale, causée par les génotypes L<sub>1-3</sub> de <i>C. trachomatis</i>, est associée aux manifestations cliniques précédentes auxquelles peuvent s'ajouter les signes et symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lymphadénopathie inguinale ou fémorale douloureuse</li> <li>Bubons</li> <li>Fièvre</li> <li>Myalgie</li> <li>Arthralgie</li> <li>Ulcération</li> </ul>
<b>ÉTILOGIES</b>	<p>Causes potentielles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Étiologie infectieuse : <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>C. trachomatis</i> (incluant les génotypes associés à la LGV), <i>Treponema pallidum</i> (syphilis), virus herpès simplex (VHS)</li> <li>Maladie inflammatoire de l'intestin</li> <li>Domage tissulaire résultant de l'insertion de corps étrangers</li> </ul>
<b>AUTRES ITSS</b>	<p>En plus de la recherche de <i>N. gonorrhoeae</i> par culture et TAAN et de <i>C. trachomatis</i> par TAAN au niveau rectal (incluant une demande de typage pour la LGV), il est fortement recommandé de procéder à des analyses sérologiques de la syphilis et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez toute personne présentant une rectite.</p>
<b>TRAITEMENT RECOMMANDÉ<sup>2</sup></b>	
ADULTES ET ADOLESCENTS DE 14 ANS OU PLUS, EXCLUANT LES FEMMES ENCEINTES OU QUI ALLAIENT	
<b>EN PRÉSENCE DE FACTEURS DE RISQUE D'ITSS</b>	
<b>CAS INDEX</b>	<b>1<sup>er</sup> CHOIX<sup>3</sup></b>
	<b>2<sup>e</sup> CHOIX</b>
<p>[Céfixime 800 mg, PO, en dose unique OU Ceftriaxone<sup>4</sup> 250 mg, IM, en dose unique] ET [Azithromycine<sup>5,6,7</sup> 1 g, PO, en dose unique OU Doxycycline<sup>8</sup> 100 mg, PO, BID pour 7 jours]</p> <p><b>Si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline<sup>9</sup>:</b> Azithromycine<sup>6,7</sup> 2 g, PO, en dose unique</p>	
<b>EN PRÉSENCE D'UN RÉSULTAT POSITIF À <i>C. TRACHOMATIS</i> DONT LE GÉNOTYPAGE CONFIRME UNE LGV<sup>10</sup></b>	
<b>1<sup>er</sup> CHOIX<sup>11</sup></b>	<p><b>Débuter ou poursuivre le traitement avec :</b> Doxycycline<sup>8</sup> 100 mg, PO, BID pour un total de 21 jours consécutifs</p>
<b>SUIVI</b>	<p>Un suivi clinique est requis jusqu'à la résolution des symptômes associés à la rectite et l'obtention d'un résultat négatif au test de contrôle pour <i>C. trachomatis</i> si celui-ci est indiqué.</p>

- Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées dans le tableau.
- L'ordre de présentation des antibiotiques prend en compte les données d'efficacité et d'innocuité, la résistance aux antibiotiques et la facilité du schéma d'administration.
- Chez les femmes enceintes ou qui allaitent, le traitement recommandé est céfixime 800 mg, PO, en dose unique OU ceftriaxone 250 mg, IM, en dose unique ET azithromycine 1 g, PO, en dose unique.
- Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1% sans épinéphrine. Le coût de la lidocaïne utilisée comme diluant est couvert par la RAMQ avec l'emploi des codes K et L.
- L'utilisation de l'azithromycine peut être privilégiée en cas de doute d'observance au traitement.
- Si la personne souffre de vomissements dans l'heure suivant la prise de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.
- Chez les personnes de moins de 45 kg, une dose unique de 12 à 15 mg/kg est recommandée en remplacement d'une dose de 1 g.
- L'usage de la doxycycline est contre-indiqué chez les femmes enceintes et celles qui allaitent.
- Un traitement induisant entre autres une quinolone peut être envisagé à condition de procéder à un prélèvement pour culture de *N. gonorrhoeae* afin de s'assurer de la sensibilité du pathogène isolé (le cas échéant) à la quinolone utilisée.
- Dans le cas où une LGV est suspectée sur la base de certains critères, notamment la présence de facteurs de risque, une présentation clinique compatible avec une LGV et un contexte épidémiologique local, un traitement de doxycycline 100 mg, PO, BID pour 21 jours peut être envisagé.
- L'azithromycine 1 g, PO, 1 x par semaine pour un total de 3 doses consécutives peut être un traitement alternatif efficace selon l'avis de certains experts, mais les données actuellement disponibles sont insuffisantes pour le confirmer.

## PARTENAIRES ASYMPTOMATIQUES

### TRAITEMENT RECOMMANDÉ<sup>1</sup>

TRAITEMENT DES PARTENAIRES ASYMPTOMATIQUES (CONSULTER L'ALGORITHME DÉCISIONNEL)

Conditions d'application : adultes et adolescents de 14 ans ou plus, incluant les femmes enceintes ou qui allaitent ET partenaires asymptomatiques d'un cas index présentant un syndrome clinique compatible avec une ITSS (*C. trachomatis*<sup>2</sup> ou *N. gonorrhoeae*).

PARTENAIRES	1 <sup>er</sup> CHOIX	<p><b>Aucune exposition orale :</b> Céfixime 800 mg, PO, en dose unique ET Azithromycine<sup>3,4</sup> 1g, PO, en dose unique</p> <p><b>Exposition orale :</b> <i>Option A</i><sup>5</sup> Ceftriaxone<sup>6</sup> 250 mg, IM, en dose unique ET Azithromycine<sup>3,4</sup> 1g, PO, en dose unique</p> <p><i>Option B</i><sup>5</sup> Céfixime 800 mg, PO, en dose unique ET Azithromycine<sup>3,4</sup> 1g, PO, en dose unique</p>
	2 <sup>e</sup> CHOIX	<p><b>Si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline :</b> Azithromycine<sup>3,4</sup> 2 g, PO, en dose unique</p>

- L'ordre de présentation des antibiotiques prend en compte les données d'efficacité et d'innocuité, la résistance aux antibiotiques et la facilité du schéma d'administration.
- À la réception d'un résultat positif à *C. trachomatis* dont le génotypage confirme une lymphogranulomatose vénérienne (LGV) chez le cas index ou le partenaire, le traitement privilégié chez le partenaire asymptomatique est doxycycline 100 mg, PO, BID x 21 jours (contre-indiqué chez les femmes enceintes ou qui allaitent). Si le traitement a été débuté avec doxycycline ET que les résultats des tests de dépistage chez le partenaire s'avèrent négatifs pour *C. trachomatis*, cesser le traitement après 7 jours.
- Si la personne souffre de vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.
- Chez les personnes de moins de 45 kg, une dose unique de 12 à 15 mg/kg et de 24 à 30 mg/kg est recommandée en remplacement d'une dose de 1 g et de 2 g respectivement.
- Indicateurs pour le choix de l'option A : la disponibilité de la ceftriaxone et l'acceptabilité du mode d'administration (IM) par la personne.  
Indicateur pour le choix de l'option B : l'observance anticipée à une visite de contrôle advenant un résultat positif au test de dépistage. L'option B est acceptable seulement si des prélèvements pharyngés pour TAAN et culture ont été effectués chez le partenaire.
- Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine. Le coût de la lidocaïne utilisée comme diluant est couvert par la RAMQ avec l'emploi des codes K et L.

Lorsqu'une personne consulte, notamment pour une ITSS, pour la contraception ou lors d'un examen clinique préventif, les praticiens devraient :

- **RECHERCHER LES FACTEURS DE RISQUE** pour les ITSS et **DÉPISTER** selon les indications, puisque plusieurs personnes sont asymptomatiques et ignorent qu'elles sont infectées;
- **INFORMER** la personne sur les pratiques sexuelles à risques réduits et lui conseiller de les utiliser de façon constante;
- **VACCINER** contre les hépatites et le virus du papillome humain selon les indications du *Protocole d'immunisation du Québec* (chapitre 10.4).

Le médecin de famille en cabinet peut utiliser le code d'acte numéro 15230 pour ses interventions préventives relatives aux ITSS.

Différents outils relatifs aux ITSS sont accessibles aux professionnels de la santé :

- [Guide québécois de dépistage des ITSS](#)
- [Intervention préventive relative aux ITSS : outil d'aide à la pratique, visite initiale et visite subséquente](#)
- [ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés](#)
- [Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques](#)
- [Estimation du risque associé aux activités sexuelles](#)
- [Guide d'intervention sur les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire](#)
- [Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!](#)
- [Vaccination et ITSS](#)
- [Ressources - Intervention préventive relative aux ITSS](#)
- [Liste des dépliants et brochures à l'intention des patients](#)

Ces outils peuvent être consultés à l'adresse suivante : [www.msss.gouv.qc.ca/itss](http://www.msss.gouv.qc.ca/itss), section Documentation, rubrique Professionnels/Outils/IPRITSS.

## TESTS DE CONTRÔLE RECOMMANDÉS

Lorsque les résultats des analyses de laboratoire (culture ou test d'amplification des acides nucléiques [TAAN]) révèlent la présence de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*, vérifier si un test de contrôle est indiqué.

	Infection à <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>	Infection à <i>NEISSERIA GONORRHOEAE</i>
INDICATIONS	Persistence ou apparition de signes ou symptômes	<b>Un test de contrôle devrait être effectué dans tous les cas d'infections gonococciques. Le test de contrôle est particulièrement important dans les situations suivantes :</b>
	Grossesse	Persistence ou apparition de signes ou symptômes
	Problème anticipé d'observance au traitement	Grossesse
	Utilisation d'un schéma thérapeutique autre que ceux recommandés	Problème anticipé d'observance au traitement
	Infection rectale à <i>C. trachomatis</i> traitée avec azithromycine	Utilisation d'un schéma thérapeutique autre que ceux recommandés
	Infection à <i>C. trachomatis</i> de génotype L <sub>1-3</sub> (LGV)	Infection pharyngée (même si traitée avec ceftriaxone)
		Traitement en monothérapie (incluant azithromycine 2 g, même si la souche est sensible à l'azithromycine)
PRÉLÈVEMENTS ET ANALYSES	TAAN effectué le plus tôt possible à partir de <b>3 semaines</b> après la fin du traitement	Résistance démontrée à l'un des antibiotiques utilisés
		Partenaire d'une personne chez qui une résistance à l'un des antibiotiques utilisés a été démontrée
		<b>En cas d'infection pharyngée<sup>1</sup> :</b> <b>Culture<sup>2</sup></b> effectuée le plus tôt possible à partir de <b>3 jours et jusqu'à 2 semaines</b> après la fin du traitement OU <b>TAAN<sup>3</sup> et culture</b> effectués le plus tôt possible à partir de <b>2 semaines</b> après la fin du traitement
		<b>En cas d'infections autres que pharyngée<sup>1</sup> :</b> <b>TAAN</b> effectué le plus tôt possible à partir de <b>2 semaines</b> après la fin du traitement <sup>4</sup> Si la personne présente des symptômes au moment de la visite de contrôle <b>procéder également à un prélèvement pour culture.</b>

1. Si un rendez-vous de suivi est proposé 2 semaines après le traitement, la personne devrait être avisée de se présenter plus rapidement si persistance ou apparition de symptômes. Dans ce cas, des prélèvements pour culture devront être effectués.
2. Un prélèvement supplémentaire pour TAAN peut être effectué à partir de 2 semaines selon le jugement du praticien.
3. Un TAAN effectué à partir d'un prélèvement pharyngé peut être associé à des résultats faux positifs.
4. En présence d'un résultat positif au TAAN de contrôle, il est souhaitable de procéder à un prélèvement pour culture à la condition de ne pas retarder le traitement.

**Afin de détecter une possible réinfection, toutes les personnes infectées par *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* devraient être dépistées 3 à 6 mois après l'infection initiale.**

La résistance de *N. gonorrhoeae* aux antibiotiques est une préoccupation importante. Une augmentation du nombre de souches de *N. gonorrhoeae* résistantes à l'azithromycine a été observée en 2014. Des souches de *N. gonorrhoeae* avec sensibilité réduite aux céphalosporines circulent actuellement au Québec. Il s'agit de souches dont le rapport d'analyse de sensibilité indique « sensible », mais pour lesquelles les concentrations minimales inhibitrices (CMI), indiquées sur le rapport, se rapprochent des seuils de résistance. Ces cas peuvent être traités selon les schémas thérapeutiques recommandés, mais méritent un suivi plus attentif de la réponse au traitement. Au début de l'année 2015, une première souche de *N. gonorrhoeae* non sensible à la céfixime a été détectée au Québec. Les traitements recommandés pourraient éventuellement être modifiés selon l'évolution des sensibilités. La vigilance des praticiens s'impose.

## PRINCIPALES RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement [site Web]. Ottawa, ON : ASPC. Disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php>.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. Atlanta, GA : CDC, U.S. Department of Health and Human Services; 2015. Disponible à : <http://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>.

Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CALI). Tests de contrôle suite à la détection d'une infection à *C. trachomatis* ou d'une infection à *N. gonorrhoeae* : indications et analyses recommandées. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Disponible à : <http://www.inspq.qc.ca/publications/2031>.

Comité sur les analyses de laboratoires en lien avec les ITSS (CALI) et Comité sur les ITSS (CITSS). Lymphogranulomatose vénérienne : avis sur le dépistage, la prise en charge clinique et la surveillance au Québec. Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); à paraître en 2016.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang : mise à jour 2014. Québec, Qc : MSSS; 2014. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-308-01W.pdf>.

Ce guide a été élaboré en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux et différents experts du domaine. Il a reçu l'appui des ordres (CMQ, OPQ, OIQ), des fédérations (FMOQ, FMSQ) et de diverses associations de médecins et de pharmaciens du Québec.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

**Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux**

**Québec**

