

Mises à jour et nouveau contenu prévus pour 2014

octobre 2014

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles

Le présent document décrit les principales modifications qui seront apportées au contenu des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*.

Le Groupe de travail d'experts et l'Agence de la santé publique du Canada procèdent actuellement à une révision de plusieurs chapitres et à la rédaction de nouveaux chapitres pour faire écho à l'évolution des tendances épidémiologiques et des preuves scientifiques et aux percées dans les techniques de diagnostic en laboratoire et en recherche. Les chapitres révisés devraient être publiés en 2014; d'ici là, des déclarations provisoires seront publiées au besoin.

Nous élaborons également des sommaires de deux pages contenant les renseignements les plus récents pour la prise en charge d'un bon nombre d'infections et de syndromes dont il est question dans les chapitres existants des Lignes directrices.

1. Évolution des tendances épidémiologiques

1.1 Question : *N. gonorrhoeae* et la résistance aux antimicrobiens

Une hausse des concentrations minimales inhibitrices (CMI) des céphalosporines de troisième génération sous forme orale ou injectable a été observée au Canada et ailleurs dans le monde, en particulier parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Le nombre de cas de gonorrhée multirésistante aux antibiotiques signalés tant à l'échelle mondiale qu'à l'échelle nationale est en hausse, et la possibilité que la gonorrhée devienne non traitable est réelle.

1.1.1 Groupe de travail d'experts : Résumé des principales modifications apportées au contenu du chapitre *Infections gonococciques*

La version révisée en 2013 du chapitre *Infections gonococciques* est maintenant accessible sur le site Web de l'Agence.

Les principales modifications sont les suivantes : des recommandations plus rigoureuses concernant l'usage de la culture pour le diagnostic et comme test de contrôle; le recours à une dose deux fois plus forte de céphalosporines; et l'utilisation des céphalosporines en association avec l'azithromycine. On estime que le recours à cette association médicamenteuse rend le traitement plus efficace et pourrait retarder l'apparition d'une résistance.

La ceftriaxone est le traitement de choix pour les HARSAH et les cas d'infection pharyngée à cause du risque accru d'échec thérapeutique chez de tels cas. Le chapitre comporte des recommandations pour la prise en charge des échecs thérapeutiques.



Les cliniciens devraient consulter la version 2013 du chapitre *Infections gonococciques* pour connaître les recommandations concernant le dépistage et les analyses, la prise en charge, le traitement et le suivi chez les cas suspects ou confirmés d'infection gonococcique.

1.1.2 Chapitres des Lignes directrices de 2010 qui devront être mis à jour :

- Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères
- Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes
- Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)
- Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement
- Épididymite
- Femmes enceintes
- Infections à *Chlamydia*
- Infections intestinales et entériques transmissibles sexuellement
- Pertes vaginales
- Urétrite

2. Éléments généraux à prendre en considération pour le traitement et contre-indications du traitement

2.1 Question : Nécessité de contrer le risque de réactions découlant d'une sensibilité croisée par suite de l'utilisation de céphalosporines de deuxième ou de troisième génération chez les patients allergiques à la pénicilline.

2.1.1 Groupe de travail d'experts : Nouvelle ligne directrice concernant l'usage de céphalosporines de deuxième ou de troisième génération chez les patients ayant déjà eu une réaction allergique à la pénicilline.

Bien que la sensibilité croisée entre la pénicilline et les céphalosporines de deuxième ou de troisième génération soit faible, les patients ayant déjà eu une réaction d'hypersensibilité immédiate à la pénicilline peuvent présenter un risque accru de réaction similaire à toutes les céphalosporines. Si une céphalosporine est administrée à un patient hypersensible à la pénicilline, un protocole (p. ex. épinéphrine, ouverture des voies respiratoires) devrait être en place pour répondre aux réactions graves.

Les cliniciens sont avisés que cette recommandation s'applique à tous les chapitres des Lignes directrices dans lesquels une céphalosporine de deuxième ou de troisième génération est recommandée comme option thérapeutique.

3. Prise en charge de maladies spécifiques et questions liées au suivi

3.1 Question : Diffusion d'un document publié en 2009 concernant les intervalles de dépistage chez les nouveau-nés dont la mère était infectée par le VIH au moment de l'accouchement.

3.1.1 Groupe de travail d'experts : Ressource pour des renseignements au sujet des intervalles de dépistage chez les nouveau-nés dont la mère était infectée par le VIH au moment de l'accouchement.

En ce qui concerne les intervalles recommandés pour le dépistage du VIH chez les nouveau-nés dont la mère était infectée par le virus au moment de l'accouchement, veuillez suivre les recommandations formulées dans le Supplément 2, volume 35, du *Relevé des maladies transmissibles au Canada* (RMTC) 2009.

Les cliniciens sont avisés que les recommandations formulées dans le document susmentionné s'appliquent aux chapitres Infections au VIH et Femmes enceintes des Lignes directrices; ces chapitres seront mis à jour.

3.2 Question : Indications de la reprise d'un test de détection du VIH à l'aide d'un deuxième échantillon.

3.2.1 Groupe de travail d'experts : Nouvelle directive concernant la reprise d'un test lorsque l'interprétation des résultats est douteuse.

Le test sérologique de détection du VIH devrait être repris à l'aide d'un deuxième échantillon de sang lorsque le volume du premier échantillon était insuffisant; pour confirmer les résultats lorsque l'interprétation est incertaine; ou si les résultats ne cadrent pas avec les antécédents du patient.

Les cliniciens devraient offrir un counseling adéquat en ce qui concerne la signification des résultats du test et la nécessité d'autres tests, en plus de fournir des renseignements sur les comportements à risque, la réduction du risque et la transmission du VIH.

Cette directive s'applique à toutes les situations où un patient a subi un test de détection de VIH et où l'interprétation des résultats est douteuse.

3.3 Question : Reprise du test de détection du VIH chez les personnes atteintes de syphilis infectieuse et/ou d'ulcérations génitales d'une autre étiologie.

Le Groupe de travail d'experts s'affaire à élaborer des recommandations concernant les intervalles de reprise du test de détection du VIH chez les personnes atteintes de syphilis infectieuse et d'autres types d'ulcérations génitales.

3.3.1 Groupe de travail d'experts : Nouvelle déclaration concernant les intervalles de dépistage du VIH chez les personnes ayant des ulcérations génitales qui pourraient être dans la fenêtre sérologique de l'infection à VIH.

Tous les patients présentant des ulcérations génitales devraient subir un dépistage du VIH au moment de la consultation initiale; si les résultats sont négatifs et que le clinicien estime que le patient pourrait être dans la fenêtre sérologique, il devrait répéter le test 3 semaines plus tard. Si les résultats sont

toujours négatifs et que le clinicien estime que le patient pourrait toujours être dans la fenêtre sérologique, il devrait demander un nouveau test 3 mois après le premier.

Les cliniciens sont avisés que cette recommandation s'applique à tous les chapitres des Lignes directrices dans les cas où un test de détection du VIH est recommandé et où le patient pourrait être infecté par le VIH et avoir été dans la fenêtre sérologique au moment du premier test.

3.3.2 Chapitres des Lignes directrices de 2010 qui devront être mis à jour :

- Chancre mou
- Infections au VIH
- Infections génitales au virus Herpes Simplex
- Lymphogranulomatose vénérienne
- Syphilis
- Ulcérations génitales

3.4 Question : Nécessité de préciser la durée de l'infectiosité de la syphilis après le traitement

3.4.1 Groupe de travail d'experts : Nouvelle déclaration sur la durée de l'infectiosité de la syphilis après le traitement

L'agent causal est très sensible à la pénicilline et n'est plus infectieux 24 heures, en moyenne, après l'administration d'une dose de pénicilline G benzathine-LA. Comme marge de sécurité, certains experts recommandent d'aviser les patients traités avec une dose unique de pénicilline G benzathine-LA de s'abstenir de tout contact sexuel dans les 7 jours suivant le traitement. Chez les patients traités par la doxycycline ou la ceftriaxone, le temps nécessaire pour que l'agent causal ne soit plus infectieux peut être plus long, et ces patients devraient être avisés de s'abstenir de tout contact sexuel jusqu'à la fin du traitement. De plus, tous les patients ayant de lésions possiblement infectieuses (p. ex. chancre, condylomes plats, éruption cutanée secondaire) devraient être avisés de s'abstenir de tout contact sexuel jusqu'à ce que les symptômes aient disparu.

Les cliniciens devraient savoir que ce conseil s'applique à toutes les situations où un traitement présomptif est administré contre la syphilis infectieuse.

3.4.2 Chapitres des Lignes directrices de 2010 qui devront être mis à jour :

- Femmes enceintes
- Syphilis
- Ulcérations génitales

3.5 Question : Nécessité de clarifier les indications pour le traitement des nourrissons (à la naissance) nés de mères traitées pour la syphilis pendant la grossesse.

3.5.1 Groupe de travail d'experts : Énoncé de clarification sur le contenu de la page 25 du chapitre *Syphilis* de 2010.

Les nourrissons devraient être traités à la naissance :

- s'ils sont symptomatiques;
- si leur titre d'analyse non tréponémique est de quatre fois (deux dilutions) supérieur à celui de la mère;
- si la mère a été traitée pour une syphilis infectieuse pendant la grossesse ET que le traitement n'était pas adéquat; ne contenait pas de pénicilline; est inconnu; ou a eu lieu pendant le dernier mois de la grossesse, OU si la réponse sérologique maternelle est inadéquate;
- si un suivi adéquat du nourrisson ne peut pas être garanti et que la mère a souffert d'une syphilis infectieuse pendant la grossesse.

Les nourrissons nés de femmes traitées pour une syphilis latente tardive avant ou pendant la grossesse n'ont pas besoin du traitement. Ils ont besoin d'un suivi étroit jusqu'à ce qu'ils démontrent une séroréversion.

Activités courantes du Groupe de travail d'experts

Révision de certains chapitres des Lignes directrices de 2010

- Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement
- Le chapitre Infections génitales au virus du papillome humain (VPH)

Ces chapitres devraient être publiés vers le milieu de l'année 2014.

Nouveaux chapitres en cours d'élaboration

Les auteurs principaux et le Groupe de travail d'experts collaborent actuellement à l'élaboration du contenu des deux chapitres suivants :

- Cervicite
- Infections génitales à *Mycoplasma*

Nouveau sous-groupe de travail sur la lymphogranulomatose vénérienne 2013-2014

Le Groupe de travail d'experts juge nécessaire de traiter des percées dans le diagnostic en laboratoire de la lymphogranulomatose vénérienne ainsi que d'aborder la question des infections asymptomatiques. Le sous-groupe est constitué de spécialistes de laboratoire, de cliniciens en soins primaires, d'épidémiologistes et de spécialistes du sujet.

- Une déclaration supplémentaire pour le chapitre *Lymphogranulomatose vénérienne* est maintenant disponible.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2014

Cat. : HP40-1/2014-2F-PDF
ISBN : 978-0-660-228-69-3