Relevé des maladies transmissibles au Canada

ISSN 1188-4169 Date de publication : avril 1992 Vol. 18S1

Supplément

Lignes directrices canadiennes pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des maladies transmises sexuellement chez les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes

1992

NOV 23 1992

Santé et Bien-être social Canada

Health and Welfare Canada

Canada

LIBRARY / BIBLIOTHÈQUE
LABORATORY CENTRE FOR DISEASE CONTROL /
CENTRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE
OTTAWA, ONTARIO
K1A 0L2

Lignes directrices canadiennes pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des maladies transmises sexuellement chez les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes

1992

Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa

Rédacteur-réviseur : Dr Paul R. Gully
Rédacteurs-réviseurs adjoints : Dr William R. Bowie, et Dr Noni E. MacDonald

Collaborateurs : Dr Michel Bergeron, Université Laval (Québec); Dr William R. Bowie, University of British Columbia (Vancouver); Dr Robert Brunham, University of Manitoba (Winnipeg); Max Chernesky, PhD, McMaster University (Hamilton); Dr Gilles Delage, Société canadienne de la Croix-Rouge (Montréal); Jo-Anne Dillon, PhD, Laboratoire de lutte contre la maladie (Ottawa); Dr Joanne Embree, University of Manitoba (Winnipeg); William Fisher, PhD, University of Western Ontario (London); Dr Gary Garber, Université d'Ottawa; Dr Ian Gemmill, Service de santé d'Ottawa-Carleton (Ottawa); Dr David Haase, Dalhousie University (Halifax); Dr Michael O'Shaughnessy, PhD, Laboratoire de lutte contre la maladie (Ottawa); Dr Noni E MacDonald, Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario (Ottawa); Dr Lindsey Nicolle, University of Manitoba (Winnipeg); Dr Michael Rekart, Centre for Disease Control (Colombie-Britannique); Dr Barbara Romanowski, Alberta Health; Dr Allan Ronald, University of Manitoba (Winnipeg); Dr Stephen Sacks, University of British Columbia (Vancouver); Elizabeth Sherman, IA, ministère de la Santé et du Développement social (Manitoba).

La correspondance liée au présent document et les demandes d'exemplaires supplémentaires doivent être adressées à : la Division de la lutte contre les MTS, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario), K1A 0L2.

PRÉFACE

La version de 1992 des lignes directrices remplace plusieurs documents antérieurs, soit les Lignes directrices canadiennes pour le traitement des maladies transmises sexuellement chez les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes (1988), les Lignes directrices canadiennes pour le diagnostic et la prise en charge des maladies transmises sexuellement, par syndrome, chez les enfants, les adolescents et les adultes (1989), ainsi que les Lignes directrices canadiennes pour le dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* (1989) et les Lignes directrices canadiennes à l'intention des dispensateurs de soins de santé pour l'examen des enfants soupçonnés d'avoir été victimes d'abus sexuels (1989). Ces publications antérieures peuvent toutefois servir d'exposés sommaires sur un sujet précis.

Les présentes lignes directrices ont été établies au terme de longues discussions par un groupe d'autorités reconnues composé de personnes et de représentants d'associations canadiennes de spécialistes, de services provinciaux et territoriaux de lutte contre les MTS et du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) de Santé et Bien-être social Canada. Il ne s'agit pas de règles mais plutôt de recommandations fondées sur les renseignements disponibles qui tiennent compte de la situation qui règne au Canada.

Les lignes directrices relatives aux maladies transmises sexuellement publiées en 1988 et 1989 s'inspiraient des recommandations du Comité consultatif interdisciplinaire d'experts en matières de maladies transmises sexuellement chez les enfants et les jeunes. C'est à la suite de la recommandation contenue dans le rapport du Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes (Infractions d'ordre sexuel contre les enfants au Canada [n° de cat. J 2-50/1984E], ministère des Approvisionnements et services, Ottawa, 1984) qu'a été créé le Comité consultatif interdisciplinaire et qu'on lui a confié le mandat d'établir des lignes directrices. Le Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes a été constitué par le ministre de la Justice et procureur général du Canada ainsi que par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en décembre 1980 et a été chargé d'examiner «l'incidence et la prévalence au Canada des infractions sexuelles contre les enfants et les jeunes et de faire des recommandations en vue d'améliorer les lois protégeant les jeunes contre l'abus et l'exploitation sexuels». À l'instar des lignes directrices précédentes, cette nouvelle version des lignes directrices vise donc les enfants du Canada qui sont victimes d'abus ou d'agressions sexuels et dont il importe de protéger la dignité et le potentiel.

Remerciements :
Ces lignes directrices n'auraient pu être produites sans l'aide de la Société canadienne des maladies infectieuses, de la Société canadienne de pédiatrie, du Collège des médecins de famille du Canada (Dr Carol Herbert) et des directeurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre les MTS. Ont également collaboré à ces lignes directrices l'Association médicale canadienne, l'Association canadienne de santé publique, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, les US Centers

for Disease Control (Dr George Schmidt), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, l'Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Nous tenons également à remercier le Dr Frank Duff et le Dr Robert Pless qui nous ont aidés à rédiger la première ébauche de deux des sections du manuscrit.

Enfin, nous aimerions témoigner notre reconnaissance à Louise Filteau et à François Prévost qui ont assuré la traduction française du document ainsi qu'à Norma Lapointe et à Marise Thibault qui ont effectué la transcription du texte.

Les lignes directrices de 1992 ont pu être publiées en partie grâce aux fonds octroyés dans le cadre de l'Initiative de lutte contre la violence familiale de Santé et Bien-être social Canada.

Table des matières

Page

Préface i
Index des mots clés iv
Tableaux
Symptômes évoquant certains syndromes de MTS vi
Traitement de certains syndromes et maladies vii
Étude de certains syndromes et sources d'information supplémentaire viii
Introduction xi

Prévention primaire des maladies transmises sexuellement 1
Diagnostic, prise en charge et traitement de certains syndromes ... 11
Diagnostic, prise en charge et traitement de certaines maladies ... 81
Abus sexuels et agression sexuelle 135
Problèmes propres à certaines populations, dépistage des maladies transmises sexuellement déclaration, suivi et recherche des contacts (Suivi des partenaires) 151

Annexes :
I Anamnèse complète et examen des cas suspects de maladies transmises sexuellement chez les adolescents et les adultes 187
II Diagnostic en laboratoire des maladies transmises sexuellement – Prélèvement et transport des échantillons 193
III Échelle de maturité sexuelle de Tanner 221
IV Examens et services médico-légaux 223
V Centres de référence pour les enfants atteints de MTS 227
VI Directeurs provinciaux et territoriaux des services de lutte contre les MTS 231
VII Laboratoires provinciaux de santé publique 233

Index des mots clés

Page

Abus sexuels à l'égard des enfants
Adolescents et adultes 147
Enfants 137
Adolescents 155
Anamnèse et examen
Adolescents et Adultes 187
Enfants 137
Atteintes inflammatoires pelviennes 25
Candidose chez les femmes 39
Centres de référence pour les enfants atteints de MTS 227
Cervicite 19
Chancre mou 71
Chlamydiose 93
Coloration de Gram 200
Condoms 7
Condylomes génitaux 115
Conjonctivite du nouveau-né 45
Counselling prétest et post-test pour l'infection à VIH 191
Déclaration 177
Dépistage 167
Diagnostic en laboratoire
Chlamydiose 207
Infections gonococciques 203
Syphilis 209
Infections à virus herpès simplex 213
Infection à VIH 217
Directeurs provinciaux et territoriaux de lutte contre les MTS 231
Donneurs – Dépistage des maladies transmises sexuellement (MTS) 174
Échelle de maturité sexuelle de Tanner 221
Enfants 155
Entérite 57
Épididymite 49
Examens et services médico-légaux 223
Femmes 153
Frottis cervicaux (test de Pap) 200
Gale 78
Grossesse 153
Hépatite virale 65
Herpès génital 109
Hommes qui ont des relations avec d'autres hommes 161
Infections gonococciques 83
Infection à *Trichomonas vaginalis* chez les femmes 39
Infections à virus herpès simplex (VHS) 109
Infections génitales dues au virus du papillome humain (VPH) 115
Infections gonococciques 83

Infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
Adolescents et adultes 121
Enfants 129
Insémination artificielle 154
Jeunes de la rue 156
Laboratoires provinciaux de santé publique 233
Molluscum contagiosum 116
Morpions 77
Nouveau-nés 154
Personnes ayant des MTS à répétition 157
Prélèvement des échantillons 193
Prévention primaire 3
Prostatite 53
Recherche des contacts 179
Rectite, rectocolite et entérite 57
Sensibilité et spécificité des épreuves de laboratoire 219
Sida (syndrome d'immunodéficience acquise)
Adolescents et adultes 121
Enfants 129
Suivi 177
Syphilis 101
Test de Pap 200
Transport des échantillons 193
Ulcérations génitales 71
Urétrite 13
Vaginite chez les adolescentes et les femmes adultes 39
Vaginites et vulvites prépubertaires 35
Vaginose bactérienne 39
Voyageurs 165

Symptômes évoquant certains syndromes de MTS

Symptômes	Voir section sur	Page
Garçons impubères :		
Écoulement urétral, brûlures mictionnelles, prurit urétral ou méatal, énurésie	• l'urétrite	13
Lésions ou ulcères génitaux douloureux, adénopathie inguinale douloureuse	• les ulcérations génitales	71
Lésions génitales indolores avec ou sans adénopathie inguinale	• les ulcérations génitales les condylomes génitaux et anaux	71 115
Adolescents et hommes adultes :		
Écoulement urétral, brûlures mictionnelles, prurit urétral ou méatal	• l'urétrite	13
Crise aiguë de douleur ou d'œdème scrotal unilatéral	• l'épididymite	49
Lésions ou ulcères génitaux douloureux, adénopathie inguinale douloureuse	• les ulcérations génitales	71
Lésions génitales indolores avec ou sans adénopathie inguinale	• les ulcérations génitales et les condylomes génitaux et anaux	71 115
Fillettes impubères :		
Leucorrhée, prurit, irritation périnéale	• la vaginite prépubertaire	35
Lésions ou ulcères génitaux douloureux, adénopathie inguinale douloureuse	• les ulcérations génitales	71
Lésions génitales indolores avec ou sans adénopathie inguinale	• les ulcérations génitales et les condylomes génitaux et anaux	71 115
Adolescentes and femmes adultes :		
Leucorrhée malodorante, prurit génital, dyspareunie basse, dysurie externe (voir page 188)	• la vulvo-vaginite chez les adolescentes et les femmes adultes	39
Apparition récente de douleurs abdominales, saignements vaginaux inhabituels, dyspareunie profonde, avec ou sans écoulement vaginal	• la cervicite les atteintes inflammatoires pelviennes	19 25
Lésions ou ulcères génitaux douloureux, adénopathie inguinale douloureuse	• les ulcérations génitales	71
Lésions génitales indolores avec ou sans adénopathie inguinale	• les ulcérations génitales les condylomes génitaux et anaux	71 115
Dysurie interne (voir page 188), pollakiurie, hématurie, nycturie, miction impérieuse	• la cervicite	19

NOTE : Si l'on soupçonne l'existence d'une MTS ou d'un syndrome de MTS chez un enfant impubère ou un adolescent qui n'est pas sexuellement actif, il faut procéder à une évaluation pour dépister les cas d'agression ou d'abus sexuels.

Traitement de certains syndromes et maladies

Maladie ou syndrome	Traitement (page)
Atteintes inflammatoires pelviennes	31
Cervicite	23
Chancre mou	76
Chlamydiose	99
Condylomes génitaux et infections dues au virus du papillome humain	118
Conjonctivite du nouveau-né	47
Épididymite	52
Gale et morpions	77
Infection à VIH chez les enfants	132
Infection par le virus de l'immunodéficience humaine chez les adolescents et les adultes	125
Infections génitales à virus herpès simplex	113
Infections gonococciques	90
Prostatite	56
Rectite, rectocolite, entérite	62
Syphilis	107
Urétrite	17
Vaginite prépubertaire	37
Vulvo-vaginite chez les adolescentes et les femmes adultes	42

Étude de certains syndromes et sources d'information supplémentaire

NOTE : Les patients peuvent souffrir de plus d'une MTS; le tableau qui suit ne donne qu'un aperçu général des examens possibles. Dans bien des cas, le dépistage d'autres MTS devrait être effectué (voir section sur le Dépistage, p. 167).

Syndrome (page)	**Type d'échantillon site de prélèvement (page)**	**Test de laboratoire (page)**	**Cause la plus fréquente (page)**
Urétrite (13)	Frottis/écouvillonnage urétral ou méatal (194-5)	Coloration de Gram (200) Culture spécifique ou test sans culture	*Neisseria gonorrhoeae* (83) *Chlamydia trachomatis* (93)
Cervicite (19)	Frottis/écouvillonnage endocervical (196)	Coloration de Gram (200) Culture spécifique ou test sans culture	*N. gonorrhoeae* (83) *C. trachomatis* (93)
Atteintes inflammatoires pelviennes (25)	Frottis/écouvillonnage endocervical (196)	Coloration de Gram (200) Culture spécifique ou test sans culture	*N. gonorrhoeae* (83) *C. trachomatis* (93)
Épididymite (49)	Frottis/écouvillonnage urétral ou méatal (194-5)	Coloration de Gram (200) Culture spécifique ou test sans culture	*N. gonorrhoeae* (83) *C. trachomatis* (93)
Vaginite prépubertaire (35)	Sécrétions vaginales (197)	Coloration de Gram (200) Culture spécifique, Préparation humide (sérum physiologique) pour test à l'hydroxide de potassium, étude du pH, microscopie (197)	*N. gonorrhoeae* (83) *C. trachomatis* (93) *Trichomonas vaginalis* Levures Vaginose bactérienne (39)

Étude de certains syndromes et sources d'information supplémentaire (suite).....

NOTE : Les patients peuvent souffrir de plus d'une MTS; le tableau qui suit ne donne qu'un aperçu général des examens possibles. Dans bien des cas, le dépistage d'autres MTS devrait être effectué (voir section sur le Dépistage, p. 167).

Syndrome (page)	**Type d'échantillon site de prélèvement (page)**	**Test de laboratoire** (page)	**Cause la plus fréquente** (page)
Vulvo-vaginite chez les adultes et les adolescentes (39)	Sécrétions vaginales (197)	Préparation humide (sérum physiologique) pour le test à l'hydroxyde de potassium, pH, microscopie (197)	*T. vaginalis* Levures Vaginose bactérienne (39)
Ulcération génitale (71)	Prélèvement à l'aide d'un écouvillon au niveau de l'ulcère ou de la vésicule (198) Prélèvement sanguin	Microscopie (sur fond noir pour la syphilis, 199/209) (microscopie électronique pour infection à virus herpès simplex, 198) culture spécifique, sérologie (pour la syphilis, 209)	*Treponema pallidum* (syphilis) (101) Virus herpès simplex (109) *Haemophilus ducreyi* (chancre mou) (71)
Condylomes génitaux et anaux (115)	(Colposcope et biopsie effectuées par des spécialistes) Frottis cervicaux (test de Pap) (200)	Microscopie (frottis cervicaux, 200) (prélèvements biopsiques)	Virus du papillome humain

Étude de certains syndromes et sources d'information supplémentaire (suite).....

NOTE : Les patients peuvent souffrir de plus d'une MTS; le tableau qui suit ne donne qu'un aperçu général des examens possibles. Dans bien des cas, le dépistage d'autres MTS devrait être effectué (voir section sur le Dépistage, p. 167).

Syndrome (page)	**Type d'échantillon site de prélèvement (page)**	**Test de laboratoire (page)**	**Cause la plus fréquente (page)**
Rectite Restocolite Entérite (57)	Prélèvement rectal à l'aide d'un écouvillon Échantillon de selles (197)	Culture spécifique Sérologie (syphilis, 209) Microcospie (œufs et parasites, 197)	*N. gonorrhoeae* (83) *C. trachomatis* (93) *T. pallidum* (syphilis) (101) virus herpès simplex (109) œufs, parasites et pathogènes entériques (57)
Sida (121, 129)	Sang	Sérologie (217)	Infection à VIH (121, 129)

INTRODUCTION

Les présentes lignes directrices s'adressent aux dispensateurs de soins primaires, tant aux médecins qu'aux infirmières. Elles visent à faciliter la prévention et la prise en charge adéquate des maladies transmises sexuellement (MTS) au Canada.

Nous espérons que la disposition de ce document permettra aux professionnels qui sont très occupés d'avoir rapidement accès à l'information dont ils ont besoin. Il serait bon au début que le lecteur se familiarise avec cette présentation. Les tableaux des pages précédentes devraient orienter le lecteur vers l'information recherchée. Il convient de noter que certains conseils se répètent. C'est tout à fait voulu. Lorsqu'il faut consulter un autre partie du document, le numéro de la page pertinente devrait être indiqué.

Quand des mises à jour sur le traitement et la prise en charge des MTS seront nécessaires, nous prévoyons qu'elles seront présentées de façon à pouvoir s'intégrer dans le présent document. Nous invitons toutes les personnes intéressées à formuler des commentaires relatifs à l'exactitude et à l'utilité de ces lignes directrices.

Services de laboratoire

Le présent document contient des recommandations canadiennes pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des MTS lorsqu'un malade consulte pour la première fois le réseau de soins de santé. Tous les dispensateurs de soins de santé devraient pouvoir faire faire des analyses pour le diagnostic des infections à *Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum* et à VIH (virus de l'immunodéficience humaine). Il faut à tout le moins disposer d'installations de laboratoire pour obtenir une coloration de Gram.

Syndromes de MTS

Le traitement des MTS a depuis toujours été fondé sur la mise en évidence de microorganismes spécifiques, tels que *N. gonorrhoeae* ou *T. pallidum*. Or, les gens se présentent habituellement chez le médecin avec un certain nombre de symptômes et de signes physiques, c'est-à-dire un syndrome, comme une urétrite ou une atteinte inflammatoire pelvienne. Le diagnostic d'un syndrome suivant des critères normalisés permet de prédire si un ou des agents pathogènes spécifiques risquent d'être présents, ce qui facilite la mise en place ou le début d'un traitement empirique approprié dès la première consultation plutôt qu'après la confirmation des résultats par le laboratoire de microbiologie. Le tableau à la page énumère les symptômes évocateurs d'un syndrome particulier.

INTRODUCTION

Les présentes lignes directrices s'adressent aux dispensateurs de soins primaires, tant aux médecins qu'aux infirmières. Elles visent à faciliter la prévention et la prise en charge adéquate des maladies transmises sexuellement (MTS) au Canada.

Nous espérons que la disposition de ce document permettra aux professionnels qui sont très occupés d'avoir rapidement accès à l'information dont ils ont besoin. Il serait bon au début que le lecteur se familiarise avec cette présentation. Les tableaux des pages précédentes devraient orienter le lecteur vers l'information recherchée. Il convient de noter que certains conseils se répètent. C'est tout à fait voulu. Lorsqu'il faut consulter un autre partie du document, le numéro de la page pertinente devrait être indiqué.

Quand des mises à jour sur le traitement et la prise en charge des MTS seront nécessaires, nous prévoyons qu'elles seront présentées de façon à pouvoir s'intégrer dans le présent document. Nous invitons toutes les personnes intéressées à formuler des commentaires relatifs à l'exactitude et à l'utilité de ces lignes directrices.

Services de laboratoire

Le présent document contient des recommandations canadiennes pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des MTS lorsqu'un malade consulte pour la première fois le réseau de soins de santé. Tous les dispensateurs de soins de santé devraient pouvoir faire faire des analyses pour le diagnostic des infections à *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* et à VIH (virus de l'immunodéficience humaine). Il faut à tout le moins disposer d'installations de laboratoire pour obtenir une coloration de Gram.

Syndromes de MTS

Le traitement des MTS a depuis toujours été fondé sur la mise en évidence de microorganismes spécifiques, tels que *N. gonorrhoeae* ou *T. pallidum*. Or, les gens se présentent habituellement chez le médecin avec un certain nombre de symptômes et de signes physiques, c'est-à-dire un syndrome, comme une urétrite ou une atteinte inflammatoire pelvienne. Le diagnostic d'un syndrome suivant des critères normalisés permet de prédire si un ou des agents pathogènes spécifiques risquent d'être présents, ce qui facilite la mise en place ou le début d'un traitement empirique approprié dès la première consultation plutôt qu'après la confirmation des résultats par le laboratoire de microbiologie. Le tableau à la page énumère les symptômes évocateurs d'un syndrome particulier.

La prise en charge fondée uniquement sur le syndrome n'est cependant pas satisfaisante parce que les infections causées par des microorganismes pathogènes importants comme *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* peuvent exister sans être manifestes sur le plan symptomatique ou lors de l'examen clinique. Bien qu'on puisse soupçonner l'existence d'une infection à cause de la maladie d'un partenaire ou de la présence d'une autre MTS, il faut des épreuves de laboratoire spécifiques pour en établir le diagnostic. Le diagnostic d'après le syndrome et le diagnostic d'après les analyses de laboratoire sont donc deux volets importants et complémentaires.

Diagnostic et prise en charge des syndromes de MTS
Les mesures suivantes doivent être prises pour établir le diagnostic et la prise en charge des syndromes de MTS :

- une anamnèse complète
- un examen des organes génitaux
- un examen des localisations spécifiques extragénitales
- le prélèvement et le transport adéquats des échantillons
- l'interprétation des premiers résultats de laboratoire
- la mise en œuvre d'un traitement, au besoin
- la recherche des contacts
- la déclaration
- le suivi

Le présent document fournit des détails au sujet de ces mesures pour différents groupes d'âge. On trouvera à l'annexe 1 des lignes directrice pour l'évaluation optimale des cas suspects de MTS. Lorsque le dispensateur de soins examine les malades et discute avec eux, il est extrêmement important qu'il se montre compréhensif et évite de porter un jugement moral, qu'il leur parle de façon claire en utilisant des mots que ceux-ci peuvent comprendre et qu'il garde les renseignements confidentiels.

Il faut toujours utiliser les précautions universelles qui s'imposent lorsqu'on effectue un examen.

Agression et abus sexuels
Lorsqu'on détecte une MTS ou un syndrome de MTS chez un enfant impubère ou un adolescent qui n'est pas sexuellement actif, il faut chercher à savoir si le sujet a été victime d'abus sexuel (voir section sur l'Abus sexuel à l'endroit des enfants, page 137). On se rapportera à la page 147 s'il y a des signes d'agression sexuelle. L'annexe IV, page 223, fournit certaines indications ainsi qu'une liste des contacts pour obtenir l'information la plus récente sur le prélèvement des échantillons les plus adéquats pour fins d'expertises médico-légales dans les cas d'abus ou d'agressions sexuels.

Importance du diagnostic en laboratoire
Il faut pouvoir faire des examens de laboratoire de base, particulièrement des frottis colorés, au moment de l'examen du malade, afin d'éviter dans certains cas la mise en œuvre d'un traitement excessif ou de laisser échapper une infection. La coloration d'un frottis de sécrétions (telle la coloration de Gram) est simple, rapide et peu coûteuse à obtenir et elle permet de détecter la réponse des leucocytes polynucléaires et parfois d'identifier les bactéries présentes dans les sécrétions (p. ex., *N. gonorrhoeae*). Des lignes directrices pour le prélèvement et le transport des échantillons sont données à l'annexe II.

Suivant le tableau clinique, il peut être plus ou moins important, d'obtenir des analyses microbiologiques spécifiques. Il est toutefois fortement recommandé de faire faire si possible des analyses microbiologiques spécifiques, de préférence une culture pour la recherche des microorganismes pathogènes éventuels plutôt qu'une épreuve sans culture, dans les cas suivants :

- évaluation d'un cas soupçonné d'abus sexuel à l'endroit d'un enfant
- évaluation d'une agression sexuelle.

Il est éminemment souhaitable d'obtenir une analyse microbiologique spécifique par culture ou par une méthode sans culture dans les cas suivants :

- pour le dépistage des infections asymptomatiques
- pour l'évaluation des cervicites, des atteintes inflammatoires pelviennes ou des vulvo-vaginites
- lorsque le diagnostic est incertain
- lorsqu'il peut s'agir d'un microorganisme résistant
- lorsque le traitement d'une infection bactérienne confirmée n'a pas été efficace
- pour le traitement des partenaires sexuels asymptomatiques d'une personne présentant un syndrome de MTS.

D'autres circonstances pourraient justifier le recours à des analyses microbiologiques poussées, mais cette solution n'est pas toujours la plus rentable (p. ex., les épreuves de diagnostic de *C. trachomatis* chez un sujet de sexe masculin souffrant d'une urétrite classique).

Que des analyses de laboratoire soient effectuées ou non pour un malade qui présente un syndrome de MTS, le dispensateur de soins doit veiller à ce que la recherche de contacts soit faite.

Introduction (suite).....

Recommandations relatives à la prise en charge initiale
Comme les dispensateurs de soins n'ont pas toujours accès à des laboratoires, nous suggérons d'utiliser l'approche par syndromes dans les trois situations suivantes : 1) la situation idéale, où les résultats d'une coloration de Gram peuvent être obtenus dès la première évaluation, 2) les cas où les résultats d'une coloration de Gram ne peuvent être obtenus lors de la première évaluation et 3) les cas où le diagnostic ou le soupçon de la présence d'un syndrome est une indication suffisante pour qu'on entreprenne un traitement empirique même si on ne peut obtenir une coloration de Gram.

Prévention primaire des maladies transmises sexuellement

Il est beaucoup plus efficace de prévenir que de traiter les MTS et leurs séquelles.

- Les médecins ont un rôle crucial à jouer dans la prévention des MTS et ils devraient :
  - discuter systématiquement de la question avec leurs patients en utilisant un vocabulaire adapté à l'âge de l'interlocuteur et facile à comprendre
  - fournir aux patients des renseignements exacts sur les risques et la prévention;
  - inciter les patients à prendre des précautions;
  - garantir aux patients que tout restera confidentiel.

Indications pratiques à l'intention des dispensateurs de soins primaires

- Les mesures visant à promouvoir la prévention requièrent un investissement de temps très modeste comparativement au temps consacré au diagnostic et à la prise en charge des MTS et de leurs séquelles. Ces mesures pourront être prises aux moments les plus appropriés au moment de la dispensation des soins courants dispensés aux malades.

Façon de montrer que l'on est prêt à discuter avec les patients des MTS et d'autres questions concernant la santé sexuelle.

Messages non verbaux

- Il serait bon de placer des affiches, des brochures et des bandes dessinées sur les MTS et le SIDA dans son cabinet.

Messages verbaux

- Il convient d'engager la discussion sur les MTS et les questions connexes avec chacun de ses patients.
- Dans le cas des **patients adolescents et adultes**, le dispensateur de soins peut indiquer qu'une partie de son travail consiste à traiter des problèmes et préoccupations d'ordre sexuel des patients. Il devrait ensuite poser des questions du type «Êtes-vous actif sexuellement?», «Combien avez-vous eu de partenaires durant les deux dernières années?», «Avez-vous eu comme partenaires des hommes, des femmes ou les deux?», «Quelles mesures avez-vous prises pour prévenir les grossesses?» et «Quelles précautions avez-vous prises pour prévenir les MTS?», ainsi que des questions sur le type de pratiques sexuelles.

Prévention primaire (suite).....

- Dans le cas des **patients impubères, y compris les enfants relativement jeunes, et de leurs parents**, il convient d'indiquer qu'une partie de son travail consiste à répondre aux questions des enfants concernant la sexualité. «Avez-vous des questions? Si jamais vous en avez, vous pouvez venir me voir.»

Moyens de faciliter la résolution des problèmes concernant les MTS et la santé sexuelle qui requièrent l'aide d'un spécialiste

- On peut dresser une liste des spécialistes des maladies infectieuses, des gynécologues, des pédiatres, des psychiatres, des psychologues et d'autres professionnels compétents qui sont à l'écoute des patients.

Évaluation de son travail

- Il convient d'évaluer dans quelle mesure on réussit à aborder les problèmes de santé sexuelle avec ses patients.
- Un accent particulier doit être mis sur les pratiques qui *favorisent* involontairement les MTS. Par exemple, la prescription de contraceptifs oraux peut amener les patients à cesser d'utiliser les condoms et accroître leur risque de contracter une MTS.

Conseils à donner aux patients

Acceptation de sa sexualité

- Les personnes doivent assumer leur activité sexuelle avant de pouvoir penser à la prévention des MTS. Par leurs actions, les dispensateurs de soins primaires peuvent montrer aux patients qu'ils comprennent leur activité sexuelle et attirer leur attention sur la nécessité de prévenir les MTS.

Conseils faciles à mettre en pratique

- **Des conseils relativement simples incitant les patients à toujours utiliser des condoms ou à s'abstenir de toute relation sexuelle alliés à une discussion sur les stratégies permettant d'atteindre ces objectifs sont peut être les renseignements les plus sûrs à transmettre aux patients.**
- Le dispensateur de soins primaires doit inciter les patients à prévoir de quelle façon ils aborderont, négocieront et mettront constamment en pratique les mesures visant à prévenir les MTS, y compris l'établissement de limites dans les relations sexuelles, l'utilisation de condoms et la façon de réagir à la résistance éventuelle de leur partenaire.
- Il doit également s'assurer que les patients savent où se procurer librement des condoms dans leur collectivité, qu'ils connaissent la bonne façon de les utiliser ainsi que les signes de MTS et qu'ils savent où s'adresser pour les tests et les traitements, s'ils en ont besoin.

Prévention primaire (suite).....

- Les messages de santé publique qui incitent les personnes à mieux connaître leur partenaire inspirent une fausse sécurité qui peut décourager l'utilisation de stratégies plus efficaces de prévention telles que l'abstinence ou l'utilisation du condom. Il convient de souligner qu'il est difficile pour une personne d'évaluer si son partenaire risque d'être porteur d'une MTS.
- L'exhortation à la monogamie peut donner également une fausse impression de sécurité, décourageant l'utilisation de stratégies plus efficaces de prévention. Les adolescents et les jeunes adultes peuvent penser que la monogamie consiste à avoir un seul partenaire pendant une période donnée. Ils ont ainsi une série de relations monogames et plusieurs partenaires sur une période plus ou moins longue. Dans bien des cas, il importe donc qu'ils utilisent toujours un condom.

Décider d'avance de prendre des précautions

- Les dispensateurs de soins primaires peuvent souligner la nécessité de décider d'avance de prendre des précautions en citant certains faits concernant la prévalence des MTS («15 % de mes patients célibataires finissent par attraper la chlamydiose») et leur incurabilité («Malheureusement, un grand nombre de MTS sont incurables») et en ajoutant certains faits rassurants touchant la prévention («Si vous décidez d'utiliser des condoms ou de fixer des limites avant d'entreprendre une relation, vous pouvez réduire grandement vos risques»).

Gestes publics associés à la prévention des MTS

- Les personnes qui essaient de mettre en pratique les messages portant sur la prévention des MTS peuvent avoir à poser des gestes embarrassants plus ou moins publics, notamment acheter des condoms, se faire tester pour les MTS ou le VIH, communiquer avec des dispensateurs de soins à ce sujet, etc.
- Les dispensateurs de soins peuvent en discuter avec leurs patients et essayer de déterminer les ressources les plus sensibles aux besoins des patients afin de réduire au minimum la charge affective associée à ces gestes publics.

Importance de la constance

- Il est bon que les dispensateurs de soins primaires mettent l'accent sur la constance («Établissez *toujours* des limites ou utilisez *toujours* des condoms...»), et fassent savoir à leurs patients qu'ils devraient se sentir satisfaits des précautions qu'ils prennent («On peut se sentir plus détendu lorsqu'on fixe toujours des limites ou qu'on utilise constamment des condoms...») et devraient récompenser leur partenaire d'appuyer leurs efforts de prévention («Faites-leur savoir que vous appréciez leur coopération...»).

- **Seules l'abstinence ou une relation vraiment monogame entre deux partenaires non infectés peuvent mettre à l'abri des MTS.**

Efficacité

- **Les condoms peuvent contribuer à prévenir la majorité des MTS.**
- La prévention d'un cas de MTS permet en général d'en prévenir plusieurs autres.
- Les condoms en latex sont imperméables au virus de l'immunodéficience humaine et de l'hépatite B, au virus herpès simplex (VHS), à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*.
- Les condoms faits de membrane naturelle peuvent ne pas être imperméables au virus de l'hépatite B ni au VIH.

Raisons des échecs

- Les échecs sont dus à de nombreux facteurs et peuvent être surmontés (voir Mode d'emploi recommandé, ci-dessous).
- Les condoms ne permettent pas d'éviter toutes les MTS. Les lésions non recouvertes par le condom présentent des risques, p. ex., les lésions causées par le VHS ou les condylomes génitaux (causés par le virus du papillome humain (VPH)) à la base du pénis ou dans les poils pubiens. Il peut être difficile d'éviter tout contact avec le liquide provenant de lésions suintantes (VHS) ou de cellules épithéliales excrétant un virus (VPH).
- Ils ne préviennent pas la transmission des morpions, de la gale ou du molluscum contagiosum.

Relations anales

- Les relations anales continuent d'être une activité à haut risque parce que le condom risque plus de se déchirer; la plupart des fabricants de condoms indiquent en outre dans l'emballage que leur produit est réservé aux relations vaginales. Il existe des condoms conçus expressément pour les relations anales; il est également possible d'utiliser deux condoms, mais cette méthode n'est pas toujours

efficace. Il n'est pas recommandé d'utiliser un condom avec un spermicide pour les relations anales à cause du risque d'irritation.

NOTE

- Les médecins de famille peuvent encourager l'utilisation de condoms et de spermicides, qui constituent une méthode de prévention sûre, efficace et acceptable. L'emploi d'un spermicide contribue cependant à accroître le risque d'infections des voies urinaires chez les jeunes femmes et peut modifier la flore bactérienne et entraîner, p. ex., une vaginose bactérienne.
- Pour mieux prévenir les grossesses, on devrait utiliser en plus du condom d'autres méthodes de contraception, telles que les contraceptifs oraux ou le stérilet.
- On a signalé des cas d'allergie au latex, probablement à la suite de l'augmentation du nombre d'utilisateurs de condoms. Les dispensateurs de soins primaires devraient être à l'affût de ce problème et interroger les patients sur leurs réactions au latex (p. ex., gants de chirurgien ou gants en caoutchouc pour le ménage). Les cas de réaction anaphylactique grave sont très rares. Dans le doute, on devrait consulter un spécialiste. Les condoms faits de membrane naturelle constituent une solution de rechange, mais ils peuvent ne pas être imperméables au virus de l'hépatite B ni au VIH. On peut utiliser un condom en latex sous un condom de membrane naturelle ou vice versa selon que c'est la femme ou l'homme qui est allergique.
- On a recommandé l'utilisation d'autres méthodes physico-chimiques, p. ex. des digues, dans les rapports sexuels sans pénétration.

L'avenir

- Les recherches pour mettre au point d'autres types de méthodes physico-chimiques, telles que le condom pour la femme ou «l'enveloppe intra-vaginale», peuvent élargir l'éventail de moyens offert aux consommateurs pour la prévention des maladies transmises sexuellement.

Condoms (suite).....

Obstacles à l'usage du condom et solutions

Obstacle perçu	Stratégie d'intervention
Il diminue le plaisir sexuel (sensibilité).	1. S'il ne s'agit que d'une perception, encourager les patients à l'utiliser. 2. Recommander l'essai d'un condom en latex plus mince.
Il enlève de la spontanéité aux relations sexuelles.	1. Inciter les patients à mettre en place le condom durant les préliminaires. La sécurité peut en fait accroître le plaisir. 2. C'est une preuve de responsabilité et de respect.
C'est une méthode embarrassante, faite pour les jeunes et non pour les «hommes».	1. Ce sentiment n'est pas partagé par bon nombre de personnes, en particulier aujourd'hui.
Il est mal ajusté, trop petit ou trop grand, glisse, est inconfortable (c'est dû en fait à la constriction de l'urètre, qui rend l'éjaculation douloureuse).	1. Il existe des condoms plus petits et plus grands. 2. Les condoms faits de membrane naturelle sont une option à considérer pour les patients qui ont un pénis volumineux, mais sont moins efficaces contre les MTS.
Il doit être enlevé tout de suite après l'éjaculation.	1. Il renforce le caractère protecteur.
La crainte d'un bris peut contribuer à réduire l'intensité des ébats.	1. Dans le cas d'une relation prolongée, le lubrifiant se raréfie et on commence à sentir une friction. Il convient d'avoir un lubrifiant soluble à l'eau à portée de la main, au besoin.

NOTE

- Seuls deux reproches, «la perte de spontanéité» et, pour les hommes seulement, «la réduction de la sensibilité», ont été formulés par une majorité de personnes interrogées. Moins de 40 % des répondants, et souvent moins de 20 %, ont mentionné d'autres obstacles.

Condoms (suite).....

Mode d'emploi recommandé des condoms pour réduire la transmission des MTS(a)

1. Il est préférable d'utiliser des condoms en latex parce qu'ils offrent une meilleure protection contre les MTS d'origine virale que les condoms faits de membrane naturelle.
2. Les condoms devraient être entreposés dans un endroit sec et frais, à l'abri des rayons directs du soleil.
3. Il est conseillé de ne pas utiliser les condoms provenant d'emballages endommagés ou ceux qui semblent avoir de l'âge, p. ex., qui sont friables, collants ou décolorés, car on ne peut compter sur eux pour prévenir l'infection.
4. Il faut manipuler les condoms avec soin afin de prévenir toute perforation.
5. Il faut mettre le condom en place avant tout contact génital afin de prévenir toute exposition à des liquides organiques qui pourraient contenir des agents infectieux : tenir l'extrémité du condom et le dérouler sur le pénis en érection en laissant de l'espace au bout pour recueillir le sperme tout en s'assurant qu'il ne reste pas d'air dans cet espace.
6. Une bonne lubrification est recommandée. Si l'on a besoin d'une lubrification exogène, il ne faut utiliser que les lubrifiants hydrosolubles. Les lubrifiants à base de pétrole ou d'huile (tels la vaseline, les huiles de cuisson, le shortening et les lotions) ne doivent pas être utilisés parce qu'ils affaiblissent le latex.
7. L'utilisation d'un condom contenant des spermicides peut conférer une plus grande protection contre les MTS; toutefois, l'utilisation de spermicides dans la cavité vaginale en plus du condom assurera probablement une meilleure protection.
8. Si le condom se déchire, il faut le remplacer immédiatement. S'il y a éjaculation après le bris du condom, il est recommandé d'utiliser immédiatement du spermicide. On ignore toutefois dans quelle mesure l'application de spermicide après l'éjaculation réduit le risque de transmission de MTS.
9. Il faut veiller après l'éjaculation à ce que le condom ne glisse pas avant que l'on retire le pénis; il faut tenir la base du condom au moment du retrait. Le pénis doit être retiré pendant qu'il est toujours en érection.
10. Les condoms ne doivent jamais être réutilisés.

a) Tiré de Division of Sexually Transmitted Diseases, Center for Prevention Services, CDC. Condoms for prevention of sexually transmitted diseases, MMWR 1989; 37:133-7.

Lignes directrices sur les relations sexuelles à risques réduits

- Il existe beaucoup de documents provenant de diverses sources et contenant des conseils sur l'utilisation des condoms et sur d'autres pratiques sexuelles plus sûres.
- Si l'on ne sait pas où se procurer du matériel de promotion de la santé, on peut communiquer avec les autorités sanitaires locales ou le directeur des services de lutte contre les MTS de sa province ou de son territoire (voir section sur les Directeurs des services de lutte contre les MTS, page 231).

Diagnostic, prise en charge et traitement de certains syndromes

Définition

- Inflammation de l'urètre accompagnée d'un écoulement urétral mucoïde, mucopurulent ou purulent **OU** d'une augmentation du nombre de polynucléaires (PN) dans les sécrétions urétrales (moyenne de 4 PN ou plus dans 5 champs microscopiques sur un frottis, grossissement de l'objectif à immersion dans l'huile : x 1000)

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- S'il y a des symptômes ou des signes d'urétrite ou une pyurie inexpliquée chez un jeune garçon impubère ou un adolescent qui n'est pas actif sexuellement, il faut envisager la possibilité d'un abus sexuel.
- L'examen doit comporter la recherche d'autres indices physiques d'abus.
- Si le dispensateur de soins ne se sent pas assez à l'aise pour évaluer un enfant victime d'abus sexuel, ce dernier devra être évalué ou son cas étudié par un centre de référence (voir page 227).
- Il faut essayer d'obtenir tous les tests pertinents lors de l'évaluation initiale afin de ne pas avoir à répéter l'examen (voir section sur le Diagnostic en laboratoire, page 203).

Étiologie

Principales causes

- *Chlamydia trachomatis*
- *Neisseria gonorrhoeae*

NOTE

- L'infection peut ne pas être accompagnée d'un signe, d'un symptôme ni d'une augmentation du nombre de PN, mais est justiciable d'un traitement.

Autres agents responsables

- *Ureaplasma urealyticum* – souvent présent mais sa présence n'est pas en soi une indication de traitement (voir MISES EN GARDE, page 16).
- *Trichomonas vaginalis* – peu fréquent
- Infection à virus herpès simplex presque toujours accompagnée de lésions génitales.

Urétrite (suite).....

Indices cliniques

En présence d'un des signes ou symptômes suivants, il convient d'évaluer la possibilité d'une urétrite :

	Enfants	Adolescents and adultes
Symptômes	• écoulement urénal • sensation de brûlure à la miction • irritation au niveau de l'extrémité distale de l'urètre ou du méat • refus d'uriner • énurésie • vagues douleurs abdominales basses	• écoulement urétral • sensation de brûlure à la miction • irritation au niveau de l'extrémité distale de l'urètre ou du méat
Signes	• écoulement urétral (fréquent) • inflammation du méat (rare) • pyurie inexpliquée chez un adolescent ou un adulte	

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire – adolescents et adultes (pour les enfants prépubères, voir section sur le Diagnostic en laboratoire, page 193).

- Il faut examiner les organes génitaux, en particulier pour détecter tout écoulement urétral. Il faudra peut-être vider l'urètre (masser le pénis 3 ou 4 fois de la base jusqu'au gland) ou réévaluer le patient au moins 4 heures après la dernière miction.
- S'il y a écoulement au niveau du méat urétral :
  - prélever un échantillon d'écoulement à l'aide d'un écouvillon pour un frottis coloré (habituellement par la méthode de Gram) et effectuer d'autres tests diagnostiques pour la recherche de *N. gonorrhoeae*
  - insérer un écouvillon endo-urétral de 3 à 4 centimètres dans l'urètre afin de mettre en évidence *C. trachomatis*.
- S'il n'y a pas d'écoulement au niveau du méat :
  - prélever un échantillon d'écoulement à l'aide d'un écouvillon endo-urétral en vue d'un frottis coloré (habituellement selon la méthode de Gram) et d'autres tests de détection de *N. gonorrhoeae*
  - prélever un échantillon endo-urétral à l'aide d'un écouvillon pour un test de détection de *C. trachomatis*.
- Il serait bon d'obtenir un échantillon de sang pour les tests sérologiques de détection de la **syphilis** (voir section sur le Dépistage, page 167).

Urétrite (suite).....

- Il convient d'envisager le **dépistage du VIH**
  - les tests de détection du VIH devraient toujours s'accompagner d'un counselling pré-test et post-test (voir page 191)
    (voir section sur le Dépistage, page 167)
- Il y aurait peut-être lieu de vacciner le patient contre l'hépatite B
  - avant l'immunisation, on devrait rechercher les marqueurs de l'hépatite B (antigène de surface [Ag HBs] et anticorps de surface [Ac HBs])
    (voir section sur l'hépatite B, page 65)

Prevention

- **La prévention primaire des infections constitue un élément primordial de la prise en charge.**
- **Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes associés aux MTS, il faut saisir cette occasion privilégiée pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.**

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- Les maladies à déclaration obligatoire, suivant les lois et règlements provinciaux et territoriaux, doivent être signalées aux autorités sanitaires locales.
- Lorsqu'un traitement est indiqué pour le cas primaire, tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec celui-ci au cours des 30 jours précédant la date d'apparition des symptômes, s'il s'agit d'une infection à *N. gonorrhoeae* (plus longtemps si le cas est asymptomatique ou si les antécédents le justifient), ou dans les 6 semaines au moins qui ont précédé, si l'on détecte la présence de *C. trachomatis*, devraient être retracés, soumis à une évaluation clinique et traités adéquatement. Les personnes qui sont traitées pour une infection gonococcique devraient également recevoir un traitement contre la chlamydiose.
- La recherche des causes d'une urétrite chez les partenaires au moyen de tests peut contribuer au diagnostic du cas primaire.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la recherche des contacts, à l'évaluation clinique, aux tests, au traitement et à l'éducation sanitaire.
- On ne répète pas habituellement les tests de détection de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* si le traitement recommandé a été administré et suivi, si les signes et symptômes disparaissent et si le sujet n'est pas réexposé à un partenaire non traité.
- Les enfants devraient être soumis à un test de contrôle.

Urétrite (suite).....

- Dans le cas des patients pour lesquels on dispose de données cliniques ou microbiologiques attestant un échec thérapeutique, il convient d'examiner les possibilités suivantes :
  - résultat faussement positif
  - non-observance du régime thérapeutique
  - réexposition à un partenaire non traité
  - infection acquise d'un nouveau partenaire
  - infection due à d'autres agents pathogènes
  - cause autre qu'une infection.

MISES EN GARDE

- La détection de *U. urealyticum* n'indique pas en soi une indication de traitement
  - le recours systématique aux cultures pour mettre en évidence *U. urealyticum* n'est pas indiqué vu que son isolement dans une culture ne prouve pas qu'il est à l'origine de l'urétrite.
- Les streptocoques du groupe B et *Gardnerella vaginalis* ne sont pratiquement jamais la cause d'une urétrite et une culture systématique des écoulements urétraux pour la mise en évidence de ces bactéries ne devrait pas être effectué.
- Les signes et symptômes suivants ne sont pas caractéristiques d'une urétrite et évoquent d'autres causes :
  - hématurie, frissons, fièvre, pollakiurie, nycturie, miction impérieuse, douleur périnéale, masses au niveau du scrotum, retard de la miction ou faible intensité du jet, adénopathie inguinale douloureuse (voir section sur l'Épididymite, page 49 et la Prostatite, page 53).
- En l'absence de lésions externes, l'urétrite ne peut être attribuée à une levure.

Prise en charge et traitement

Varient selon qu'on dispose des résultats des frottis colorés

Résultats disponibles :	
L'étude des frottis révèle une augmentation du nombre de PN(a) et la présence de diplocoques intracellulaires Gram négatifs :	• traiter pour une urétrite due à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* *Patients de 9 ans ou plus* : • **ceftriaxone, 250 mg IM** en dose unique **PLUS** • **doxycycline, 100 mg per os** 2 fois par jour pendant 7 jours **OU tétracycline 500 mg per os** 4 fois par jour pendant 7 jours(b) *Enfants de moins 9 ans* : • **céfixime, 16 mg/kg per os** en dose unique (max. 800 mg) **PLUS** • **érythromycine, 40 mg/kg/jour** en doses fractionnées (max. 500 mg per os 4 fois par jour) pendant 7 jours **OU** • **ceftriaxone, 125 mg IM** en dose unique **PLUS** • **érythromycine, 40 mg/kg/jour** en 4 doses fractionnées (max. 500 mg per os 4 fois par jour) pendant 7 jours • pour avoir des renseignements sur les autres schémas thérapeutiques appropriés pour les enfants, les adolescents et les adultes, consulter la section sur les infections gonococciques, page 83.
L'étude des frottis révèle une augmentation du nombre de PN(a) mais une absence de diplocoques intracellulaires :	• traiter pour une urétrite non gonococcique *Patients de 9 ans ou plus* : • **doxycycline, 100 mg per os** 2 fois par jour pendant 7 jours **OU tétracycline, 500 mg per os** 4 fois par jour pendant 7 jours *Enfants de moins de 9 ans* : • **érythromycine, 40 mg/kg/jour per os** en 4 doses fractionnées (max. 500 mg 4 fois par jour) pendant 7 jours • Pour obtenir des renseignements sur les autres schémas thérapeutiques appropriés pour les enfants, les adolescents et les adultes, consulter la section sur la chlamydiose, page 93.
L'étude des frottis révèle la présence de moins de 4 PN en moyenne dans cinq champs (x 1000) :	• attendre avant de traiter aux antimicrobiens d'obtenir les résultats des analyses microbiologiques – s'ils sont positifs : traiter en conséquence (voir section sur la MTS en cause) **OU** • si l'anamnèse indique un risque élevé d'infection : envisager de traiter pour une urétrite à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* si l'on ne peut garantir un suivi approprié

(a) Quatre PN ou plus en moyenne par champ (x 1000) dans cinq champs.
(b) La tétracycline coûte moins cher mais l'observance est meilleure avec la doxycycline.

Prise en charge et traitement (suite).....

Résultats non disponibles :	
Écoulement urétral détecté :	• traiter pour une urétrite à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis*
Aucun écoulement urétral détecté :	• différer le traitement antimocrobien jusqu'à l'obtention des résultats des analyses microbiologiques – s'ils sont positifs : traiter en conséquence (voir section sur la MTS en cause) • si l'anamnèse indique la présence d'un risque élevé d'infection, songer à traiter pour une urétrite à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* si l'on ne peut garantir un suivi approprié.

NOTE : Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules.

Cervicite chez les adolescentes et les femmes adultes

Definition

- Inflammation du col de l'utérus accompagnée :
  - d'un écoulement cervical mucopurulent ou purulent avec une augmentation du nombre de polynucléaires (PN) dans les sécrétions endocervicales (une moyenne d'au plus 10 polynucléaires par champ microscopique à immersion [x 1000] dans cinq champs de frottis).

NOTE

- Les critères utilisés pour définir la cervicite, en particulier lorsque les signes ne sont pas nombreux, ne sont pas encore très uniformes. Une augmentation du nombre de polynucléaires en l'absence d'autres marqueurs n'est pas un critère diagnostique spécifique pour la cervicite.
- La numération des PN sur frottis n'est pas une méthode valide durant les menstruations.

Considérations speciales dans le cas des enfants

- On n'observe jamais de cervicite chez les jeunes filles impubères, mais plutôt une vaginite prépubertaire (voir section sur la Vaginite prépubertaire, page 35).

Étiologie

- Les principales causes de la cervicite sont :
  Chlamydia trachomatis
  Neisseria gonorrhoeae
- Les infections à *C. trachomatis* et à *N. gonorrhoeae* sont souvent présentes sans signes, ni symptômes, ni augmentation du nombre de polynucléaires; elles doivent néanmoins être traitées.
- La cervicite peut également être due au virus herpès simplex (VHS) (qui provoque des lésions érosives caractéristiques et une atteinte de l'exocol en plus de lésions génitales externes).

Cervicite chez les adolescentes et les femmes adultes (suite).....

Indices cliniques

La présence d'un des signes et symptômes suivants devrait justifier une évaluation pour confirmer une cervicite chez les adolescentes et les femmes adultes :

Symptômes	• leucorrhée • douleurs abdominales basses d'apparition récente • saignements vaginaux anormaux entre les menstruations, après le coït ou pendant une longue période • dyspareunie profonde
Signes	• écoulement cervical purulent ou mucopurulent • saignement des muqueuses provoqué par le premier prélèvement endocervical • s'il y a ectopie, œdème et érythème dans la zone d'ectopie **NOTE** : il est plus facile de déceler ces signes entre les menstruations.

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- Étant donné que la cervicite et la vaginite coexistent fréquemment, il faut envisager ces deux possibilités chez chacune des patientes.

Examen gynécologique

- Procéder à un examen gynécologique et bien visualiser le col (y compris son orifice). Il faut parfois, à l'aide d'un écouvillon, enlever les sécrétions qui masquent le col.

Prélèvements endocervicaux

- Il faut faire des prélèvements endocervicaux à l'aide d'un écouvillon pour préparer un frottis à colorer (habituellement coloration de Gram) et pour les tests de détection de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis.*
- Il ne sert à rien de déterminer la présence de polynucléaires sur les frottis durant les menstruations.
- On doit passer un écouvillon sur les lésions cervicales pour un test de détection du VHS si l'on soupçonne une infection herpétique.

Test de Papanicolaou

- On effectue une coloration de Papanicolaou si aucun test du genre n'a été fait au cours des 12 mois précédents.

Prélèvements vaginaux

- À l'aide d'un écouvillon, on procède à des prélèvements vaginaux pour :
  - un frottis coloré (habituellement coloration de Gram)
  - une préparation humide (sérum physiologique) servant à la détection de *Trichomonas vaginalis* ainsi qu'au diagnostic d'une vaginose bactérienne et à l'identification de bâtonnets courts adhérant aux cellules épithéliales et leur donnant une apparence granuleuse (appelées «clue cells»)
  - une préparation faite à l'aide d'une solution d'hydroxyde de potassium (KOH à 10 %), incluant la mise en évidence d'odeurs d'amine.
  - une évaluation du pH (pH normal < 4,5)

Cervicite chez les adolescentes et les femmes adultes (suite).....

Examen bimanuel

- On effectue un examen bimanuel afin de déceler des signes d'infection génitale haute.

Épreuves de détection d'autres MTS

- Il faut songer à faire un prélèvement de sang pour des épreuves sérologiques de détection de la **syphilis**
  (voir section sur le Dépistage, page 167)
- Il convient d'envisager le **dépistage du VIH**
  - les tests de détection du VIH devraient toujours s'accompagner d'un counselling pré-test et post-test (voir page 191)
    (voir section sur le Dépistage, page 167)
- Il y aurait peut-être lieu de vacciner le patient contre l'hépatite B
  - avant l'immunisation, on devrait considérer rechercher les marqueurs de l'hépatite B (antigène de surface [Ag HBs] et anticorps de surface [Ac HBs])
    (voir section sur l'Hépatite B, page 65)

NOTE :

- Il peut être plus facile de détecter *C. trachomatis* si l'on utilise une brosse cytologique pour les prélèvements endocervicaux (non approuvé durant la grossesse).
- On peut augmenter les chances de détecter *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* en faisant un prélèvement urétral sur écouvillon pour un test de détection de *C. trachomatis* et un prélèvement rectal sur écouvillon pour un test de détection de *N. gonorrhoeae*.
- On ne devrait pas procéder à des cultures pour la mise en évidence de *Ureaplasma urealyticum* et *Mycoplasma hominis* parce qu'il n'a pas été démontré que ces organismes pouvaient causer une cervicite.

Prévention

- **La prévention primaire des infections constitue un élément primordial de la prise en charge.**
- **Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes liés au MTS, il faut saisir cette occasion importante pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.**

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- Les cas de maladies dont la déclaration est obligatoire en vertu des lois et des règlements provinciaux et territoriaux devraient être signalés aux autorités sanitaires locales.
- Lorsqu'un traitement est indiqué pour le cas primaire, tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec le cas primaire dans les 30 jours précédant

l'apparition des symptômes si l'on a décélé la présence de *N. gonorrhoeae* (plus longtemps si le cas est asymptomatique ou si l'anamnèse le justifie) ou au moins 6 semaines avant s'il s'agit de *C. trachomatis* devraient être retracés, soumis à une évaluation clinique et traités comme il convient. Les personnes traitées pour des infections gonococciques devraient également suivre un traitement contre la chlamydiose.

- La recherche chez les partenaires des causes de la cervicite peut contribuer au diagnostic du cas primaire.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la recherche des contacts, à l'évaluation clinique, aux tests, au traitement et à l'éducation sanitaire.

Suivi approprié.....

- Il faut prévoir un suivi approprié; mais si le traitement recommandé est administré et observé, si les symptômes et signes disparaissent et si le patient n'est pas réexposé à un partenaire non traité, il n'est habituellement pas recommandé de répéter les tests de détection de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Toutefois, les femmes atteintes d'une atteinte inflammatoire pelvienne, celles qui sont traitées durant leur grossesse ainsi que leur nouveau-né devraient subir un test de contrôle.
- Lorsque les données cliniques ou les résultats des analyses microbiologiques confirment l'échec du traitement, il faut envisager les possibilités suivantes :
  - résultat faux-positif
  - non-observance du régime thérapeutique
  - réexposition à un partenaire non traité
  - infection contractée d'un nouveau partenaire
  - infection due à d'autres agents pathogènes
  - cause autre qu'une infection.

MISES EN GARDE

- S'il y a des signes de sensibilité utéro-annexielle lors de l'examen, si l'on décèle une fièvre ou une masse annexielle chez les femmes soupçonnées de souffrir d'une cervicite, il convient de procéder à une évaluation pour une atteinte inflammatoire pelvienne.
- La numération des PN dans les frottis cervicaux prélevés lors des menstruations n'est pas utile.
- Les patientes qui ont subi une hystérectomie totale peuvent quand même être infectées par *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*, ou les deux, au niveau de l'urètre ou du rectum.
- La détection de *Ureaplasma urealyticum* ou de *Mycoplasma hominis* n'est pas en soi une indication de traitement. La recherche systématique des mycoplasmes génitaux dans des cultures n'est pas indiquée.
- L'infection du col par le virus du papillome humain (VPH) ne donne pas de signes cliniques évidents d'une inflammation.

Cervicite chez les adolescentes et les femmes adultes (suite).....

Prise en charge et traitement

La prise en charge initiale varie suivant les observations cliniques et selon qu'on a pu ou non obtenir les résultats d'un frottis coloré de sécrétions endocervicales lors de la première consultation.

Résultats disponibles	
Écoulement endocervical mucopurulent ou purulent et augmentation du nombre de PN (moyenne de 10 PN ou plus par champ [x 1000] dans 5 champs) sur un frottis de sécrétions endocervicales	• traiter pour *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* • **ceftriaxone, 250 mg IM** en dose unique **PLUS doxycycline, 100 mg per os** 2 fois par jour pendant 7 jours **OU tétracycline, 500 mg per os** 4 fois par jour pendant 7 jours(a) • pour avoir une idée des autres schémas thérapeutiques, consulter la section sur les infections gonococciques, page 83.
Écoulement endocervical mucopurulent ou purulent et présence de moins de 10 PN en moyenne par champ (x 1000)	• différer le traitement antimicrobien jusqu'à l'obtention des résultats des analyses microbiologiques (à moins qu'on ait détecté la présence de diplocoques intracellulaires Gram négatifs sur un frottis) • si les résultats sont positifs, traiter en conséquence (voir section sur la MTS en cause) **OU** • si l'anamnèse indique la présence d'un risque élevé d'infection, songer à traiter pour une cervicite mucopurulente à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* lorsqu'il est impossible de garantir un suivi adéquat (voir ci-dessus)
Absence d'écoulement endocervical mucopurulent ou purulent mais présence de diplocoques intracellulaires Gram négatifs dans les sécrétions endocervicales	• traiter pour une cervicite mucopurulente à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* (voir ci-dessus)
Absence d'écoulement endocervical mucopurulent ou purulent et absence de diplocoques intracellulaires Gram négatifs	• différer le traitement antimicrobien jusqu'à l'obtention des résultats des analyses microbiologiques. • si les résultats sont positifs, traiter en conséquence (voir la section sur la MTS en cause). **OU** • si l'anamnèse indique qu'il y a un risque élevé d'infection, songer à traiter pour une cervicite mucopurulente à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* lorsqu'il est impossible de garantir un suivi adéquat (voir ci-dessus)
Tableau clinique compatible avec une infection cervicale à virus herpès simplex	• envisager un traitement pour une infection à VHS (voir la section sur les infections génitales à VHS, page 213).

Cervicite chez les adolescentes et les femmes adultes (suite).....

Traitement (suite).....

Résultats non disponibles	
Écoulement endocervical **ET** présence d'au moins un des éléments suivants : • œdème ou érythème dans une zone d'ectopie • saignement des muqueuses provoqué (s'il y a des signes de sensibilité utéro-annexielle, il faut traiter pour une atteinte inflammatoire pelvienne. Voir section sur les atteintes inflammatoires pelviennes, page 25) **OU** • le patient fait partie d'un groupe à haut risque (voir section sur le Dépistage, page 167)	• traiter pour une cervicite mucopurulente à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* (voir ci-dessus)
Absence d'écoulement endocervical	• procéder de la même façon que lorsqu'il y a moins de 10 PN en moyenne par champ (x 1000). **OU** • si l'anamnèse indique qu'il y a un risque élevé d'infection, songer à traiter pour une cervicite mucopurulente à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* lorsqu'il est impossible de garantir un suivi adéquat (voir ci-dessus).
Tableau clinique compatible avec une infection cervicale à virus herpès simplex	• envisager un traitement pour une infection à VHS (voir section sur les Infections génitales à VHS, page 213)

(a) La tétracycline est moins coûteuse mais l'observance du traitement est moins bonne que dans le cas de la doxycycline.

Définition

- L'expression «atteintes inflammatoires pelviennes» est utilisée pour désigner un ensemble d'états inflammatoires intéressant l'endomètre, les trompes de Fallope, le péritoine pelvien ou les structures de voisinage.

NOTE

- **La laparoscopie peut révéler la présence d'une salpingite ou d'une pelvipéritonite ou les examens de laboratoire peuvent mettre en évidence une endométrite même si la patiente n'a que peu ou pas de symptômes d'atteintes inflammatoires pelviennes.**

Épidémiologie

- Il est difficile d'obtenir une estimation de l'ampleur du problème des atteintes inflammatoires pelviennes. En 1987-1988, seulement, on a toutefois recensé au Canada près de 16 000 admissions à l'hôpital pour une atteinte inflammatoire pelvienne. Le taux d'hospitalisation est le plus élevé chez les femmes de 15 à 29 ans. Les principales séquelles de ce type d'infection sont les grossesses ectopiques et l'infertilité. En 1987-1988, une grossesse sur 63 était ectopique.

Étiologie

- Agents pathogènes responsables de MTS – jusqu'à 80 % :
  - *Neisseria gonorrhoeae*, de 25 à 50 %
  - *Chlamydia trachomatis*, de 30 à 60 %
  - *Mycoplasma hominis*

- Autres organismes – de 20 à 40 % :
  - germes anaérobies notamment du genre *Bacteroides* et *Peptostreptococcus*
  - coliformes, tels que *Escherichia coli*
  - ces organismes sont également mis en cause dans 5 à 30 % des salpingites gonococciques ou chlamydiennes

Atteintes inflammatoires pelviennes (suite).....

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- Il ne semble pas y avoir de cas d'atteintes inflammatoires pelviennes transmises sexuellement chez les jeunes filles impubères.

Indices cliniques

- Présence d'un stérilet
- Épisode antérieur d'atteinte inflammatoire pelvienne
- En présence de l'un des symptômes ou signes suivants, on devrait sans tarder rechercher une atteinte inflammatoire pelvienne chez les adolescentes et les femmes adultes actives sexuellement :

Symptômes	• **douleurs** abdominales basses d'apparition récente • **métrorragie, saignements** vaginaux anormaux entre les menstruations **ou** après le coït • **dyspareunie** profonde • **leucorrhée** sans explication évidente
Signes	• sensibilité aux mouvements du col • sensibilité des annexes à l'examen bimanuel avec ou sans masse (lorsque les signes observés sont unilatéraux ou prédominants d'un côté, il faut écarter toute possibilité de grossesse ectopique) • **cervicite** (exsudat cervical purulent présent dans 30 % des cas) • **fièvre** (dans moins de 40 % des cas)

Résultats de laboratoire

- Présence de diplocoques intracellulaires Gram négatifs dans un frottis coloré de sécrétions endocervicales **OU**
  résultats positifs à un test de détection de *C. trachomatis* ou de *N. gonorrhoeae* **OU** les deux.

Principales séquelles

- infertilité
- grossesse ectopique
- douleurs pelviennes chroniques

NOTE

- **Les femmes qui ont déjà connu un épisode d'infection génitale haute courent un risque 10 fois plus grand de récidiver; leur risque de grossesse ectopique est également multiplié par 8 et leur risque d'infertilité multiplié par 10.**

Atteintes inflammatoires pelviennes (suite).....

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

Examen gynécologique

- On doit procéder à un examen gynécologique et bien visualiser le col (y compris son orifice). Il faut parfois, à l'aide d'un écouvillon, enlever les sécrétions qui masquent ou obstruent le col.

Prélèvements endocervicaux

- Il faut faire des prélèvements endocervicaux à l'aide d'un écouvillon pour préparer un frottis à colorer (habituellement coloration de Gram) et pour les tests de détection de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*.
- Il ne sert à rien de déterminer la présence de polynucléaires sur les frottis durant les menstruations.
- On doit passer un écouvillon sur les lésions cervicales pour un test de détection du VHS si l'on soupçonne une infection herpétique.

Test de Papanicolaou

- On effectue une coloration de Papanicolaou si aucun test du genre n'a été fait au cours des 12 mois précédents.

Prélèvements vaginaux

- À l'aide d'un écouvillon, on procède à des prélèvements vaginaux pour :
  - un frottis coloré (habituellement coloration de Gram)
  - une préparation humide (sérum physiologique) servant à la détection de *Trichomonas vaginalis* ainsi qu'au diagnostic d'une vaginose bactérienne et à l'identification de bâtonnets courts adhérant aux cellules épithéliales en leur donnant une apparence granuleuse (appelées «clue cells»)
  - une préparation faite à l'aide d'une solution d'hydroxyde de potassium à 10 %, incluant la mise en évidence d'odeurs d'amine
  - une évaluation du pH (pH normal < 4,5)

Examen bimanuel

- On effectue un examen bimanuel afin de déceler des signes d'atteinte inflammatoire pelvienne.

Épreuves de détection d'autres MTS

- Il serait bon d'obtenir un échantillon de sang pour les tests sérologiques de détection de la **syphilis** (voir section sur le Dépistage, page 167).
- Il convient d'envisager le **dépistage du VIH**
  - les tests de détection du VIH devraient toujours s'accompagner d'un counselling pré-test et post-test (voir page 191)
    (voir section sur le Dépistage, page 167)

Atteintes inflammatoires pelviennes (suite).....

Épreuves de détection d'autres MTS (suite).....

- Il y aurait peut-être lieu de vacciner le patient contre l'hépatite B
  - avant l'immunisation, on devrait considérer rechercher les marqueurs de l'hépatite B (antigène de surface [Ag HBs] et anticorps de surface [anti-HBs])
    (voir section sur l'hépatite B, page 65)

NOTES

- On peut augmenter les chances de détecter *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* en effectuant un prélèvement endocervical à l'aide d'une brosse cytologique (non recommandé pendant la grossesse) pour un test de détection de *C. trachomatis* et un prélèvement rectal sur écouvillon pour un test de détection de *N. gonorrhoeae*.
- Pour aider dans le diagnostic d'atteinte inflammatoire pelvienne et pour faciliter l'évaluation de la réponse au traitement, il faudra peut-être songer à obtenir lors de l'examen initial une numération globulaire, une formule leucocytaire et la vitesse de sédimentation des érythrocytes ou du taux de la protéine C-réactive.
- Il faut mesurer le taux sérique de la gonadotrophine chorionique humaine ß pour exclure une grossesse ectopique à moins qu'il soit très peu probable que la malade soit enceinte. S'il est impossible d'obtenir ce test, on peut faire faire un test de grossesse à partir de l'urine, mais le résultat est négatif chez plus de 50 % des femmes qui font une grossesse ectopique à cause des variations dans le taux urinaire de cette hormone.
- Même si l'échographie est normale, il ne faut pas écarter une infection génitale haute.

Prise en charge

- **Il est essentiel de distinguer les atteintes inflammatoires pelviennes d'autres affections, mais même si le diagnostic est équivoque, il ne faudrait pas différer le traitement.**
- **Le traitement précoce est essentiel et l'on ne devrait pas attendre que la malade soit hospitalisée ni les rapports de consultation.**

Atteintes inflammatoires pelviennes (suite).....

Prise en charge (suite).....

Hospitalisation et évaluation par un spécialiste recommandées dans les cas suivants :

- les résultats sont atypiques **OU**
- la malade présente une masse annexielle ou un abcès tubo-ovarien **OU**
- l'atteinte est modérée ou grave **OU**
- la patiente est incapable de tolérer une médication orale **OU**
- la patiente présente un déficit immunitaire (y compris une infection à VIH) **OU**
- la patiente est enceinte **OU**
- il est impossible d'exclure une urgence chirurgicale, comme une grossesse ectopique ou une appendicite aiguë.

Le traitement en consultation externe est acceptable dans les cas suivants :

- les résultats sont *typiques* **ET**
- l'atteinte est légère à modérée **ET**
- la patiente tolère bien la médication orale **ET**
- la patiente observera probablement bien le traitement présent **MAIS**
- TOUTES LES PATIENTES TRAITÉES EN CONSULTATION EXTERNE DEVRAIENT ÊTRE RÉÉVALUÉES DE 48 À 72 HEURES APRÈS L'ÉVALUATION INITIALE ET
- CELLES DONT L'ÉTAT NE S'EST PAS AMÉLIORÉ DEVRAIENT ÊTRE HOSPITALISÉES ET ÉVALUÉES PAR UN SPÉCIALISTE.

Considérations spéciales

Adolescentes atteintes d'une atteinte inflammatoire pelvienne :

- Il est fortement recommandé d'hospitaliser toutes les adolescentes atteintes d'une atteinte inflammatoire pelvienne car elles risquent davantage d'avoir des séquelles, de moins bien observer leur régime thérapeutique et de ne pas se présenter à leurs rendez-vous et parce qu'on ne peut garantir un traitement optimal en consultation externe.
- Si une adolescente est traitée en consultation externe, il faudrait simplifier le plus possible le régime thérapeutique afin que celui-ci soit plus facile à observer.
- Il faut maintenir la confidentialité des services médicaux dispensés dans les hôpitaux dans le cas de toutes les adolescentes, car autrement elles pourraient ne pas se faire traiter pour leurs MTS.

Atteintes inflammatoires pelviennes (suite).....

Prise en charge (suite).....

Patientes porteuses d'un stérilet :

- Il faut attendre avant de retirer le stérilet que le traitement ait débuté et que la patiente ait commencé à répondre au traitement.
- Dans les cas bénins ou modérés, le stérilet devrait être retiré lors de la première visite de contrôle.
- Il peut être souhaitable de laisser le stérilet en place seulement s'il y a un risque élevé de grossesse.
- Un counselling sur les méthodes de contraception sera nécessaire après le retrait du stérilet.

Femmes enceintes :

- Elles doivent être hospitalisées, car il faut envisager très soigneusement d'autres diagnostics vu qu'une atteinte inflammatoire pelvienne est rare après le premier trimestre.

Femmes présentant un déficit immunitaire :

- Les femmes qui souffrent d'une infection à VIH risquent peut-être davantage de contracter une atteinte inflammatoire pelvienne après une infection due à *N. gonorrhoeae*, et leur réponse au traitement peut être retardée.
- Les femmes présentant une infection à VIH et une atteinte inflammatoire pelvienne devraient être hospitalisées et traitées rapidement.

Prévention

- **La prévention primaire des infections constitue un élément primordial de la prise en charge.**
- **Lorsqu'une patiente consulte pour des problèmes associés aux MTS, il faut saisir cette importante occasion pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.**
- **Toutes les patientes souffrant d'une atteinte inflammatoire pelvienne devraient recevoir des conseils concernant les risques de récidive et d'infertilité.**

Atteintes inflammatoires pelviennes (suite).....

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- Les maladies à déclaration obligatoire, suivant les lois et règlements provinciaux et territoriaux, doivent être signalées aux autorités sanitaires locales.
- Lorsqu'un traitement est indiqué pour le cas primaire, tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec celui-ci (au cours des 30 jours précédant l'apparition des symptômes, s'il s'agit d'une infection à *N. gonorrhoeae,* plus longtemps si le cas est aymptomatique ou si les antécédents le justifient, ou dans les 6 semaines au moins qui ont précédé si l'on détecte la présence de *C. trachomatis*) devraient être retracés, soumis à une évaluation clinique et traités adéquatement. Les personnes qui sont traitées pour une infection gonococcique devraient également recevoir un traitement contre la chlamydiose.
- Une proportion élevée des partenaires masculins infectés peuvent être asymptomatiques.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la recherche des contacts, l'évaluation clinique, la réalisation des tests, le traitement et l'éducation sanitaire.
- Il faut effectuer une coloration de Papanicolaou, s'il y a lieu, lorsque l'atteinte inflammatoire pelvienne est guérie (voir page 25).

Traitement

- Le traitement doit viser l'éradication des principaux agents pathogènes à l'aide d'une combinaison d'antimicrobiens. Les schémas thérapeutiques à base d'un seul antimicrobien ne sont PAS indiqués, en particulier s'il s'agit de pénicillines ou de céphalosporines associées à aucun autre agent.
- Tous les schémas thérapeutiques utilisés devraient être très efficaces contre *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*.
- Le traitement est complexe, et dans certais cas, controversé.
- Comme les séquelles des atteintes inflammatoires pelviennes sont graves, il faut envisager d'utiliser un schéma polyvalent lors du congé de l'hôpital ou pour le traitement en consultation externe.
- Il peut être nécessaire d'avoir recours à une antibiothérapie efficace contre plusieurs microorganismes lorsqu'une infection concomitante par des organismes anaérobies ou des coliformes est possible, c.-à-d. en présence :
  - d'une masse annexielle
  - d'une atteinte inflammatoire pelvienne grave
  - d'une atteinte inflammatoire pelvienne chronique
  - d'une atteinte inflammatoire pelvienne chez une femme de plus de 25 ans
  - d'un stérilet
  - d'antécédents d'atteintes inflammatoires pelviennes

Atteintes inflammatoires pelviennes (suite).....

Traitement (suite).....

Patientes hospitalisées (pour les femmes enceintes, voir ci-dessous)

Traitement en consultation externe

Traitement de choix :

- **céfoxitine(a), 2 g par voie intraveineuse** toutes les 8 heures
  PLUS
  doxycycline, 100 mg par voie intraveineuse ou per os 2 fois par jour

Autres traitements :

Chez les femmes qui présentent une masse annexielle, songer à utiliser

- **clindamycine, 900 mg IV** toutes les 8 heures
  PLUS
  gentamicine, 1,5 mg/kg IV toutes les 8 heures pendant au moins 4 jours et au minimum 48 heures après les signes d'amélioration (les concentrations sériques de gentamicine devraient être contrôlées)

Traitement après le congé

- **doxycycline, 100 mg per os** 2 fois par jour pour compléter le traitement administré pendant au moins 14 jours
  PLUS
  un des schémas suivants s'il y a lieu :

Si l'on diagnostique une infection gonococcique au moyen d'une coloration de Gram ou d'une culture **OU**
s'il y a un risque accru d'infection gonococcique(b)
FAIRE SUIVRE PAR

- **céfixime, 400 mg per os** 2 fois par jour pour compléter le traitement administré pendant au moins 14 jours
  OU
  ciprofloxacine, 500 mg per os 2 fois par jour pour compléter le traitement administré pendant au moins 14 jours
  OU
  ofloxacine, 400 mg per os 2 fois par jour pour compléter le traitement administré pendant au moins 14 jours.

Pour les femmes qui présentent une masse annexielle, un abcès tubo-ovarien ou une péritonite
FAIRE SUIVRE PAR

- **céfixime, 400 mg per os** 2 fois par jour pour compléter le traitement administré pendant au moins 14 jours
  OU
  amoxicilline/clavulanate, 500 mg per os 3 fois par jour pour compléter le traitement administré pendant au moins 14 jours
  OU
  métronidazole, 500 mg per os 3 fois par jour pour compléter le traitement administré pendant au moins 14 jours(c)
  OU
  clindamycine, 300 mg per os 3 fois par jour pour compléter le traitement administré pendant au moins 14 jours.

Pour les femmes qui présentent des risques élevés d'infection par des germes anaérobies, c.-à-d. qui ont moins de 25 ans, qui portent un stérilet, ou qui ont des antécédents d'atteintes inflammatoires pelviennes
ENVISAGER FORTEMENT D'ASSOCIER AU TRAITEMENT

- **métronidazole, 500 mg per os** 2 fois par jour pour le compléter le traitement administré pendant au moins 14 jours(c)

a) D'autres céphalosporines (telles que la ceftizoxime et le céfotétan) qui fournissent une protection adéquate contre les gonocoques et d'autres aérobies facultatifs Gram négatifs et bactéries anaérobies, peuvent être utilisés à des doses appropriées.

b) Jeunes de la rue, personnes ayant des antécédents de MTS, contacts sexuels d'une personne présentant une infection confirmée ou un syndrome compatible.

c) Conseiller aux patients traités au métronidazole de ne **PAS** prendre de l'alcool durant le traitement et pendant les 48 heures qui suivent à cause d'une réaction possible de type disulfiram. Le métronidazole n'est pas recommandé durant le premier trimestre de la grossesse.

Atteintes inflammatoires pelviennes (suite).....

Traitement (suite).....

Patientes hospitalisées (pour les femmes enceintes, voir ci-dessous) (suite)....

Femmes enceintes(a)
• Suivre le schéma thérapeutique ci-dessus, mais remplacer la doxycycline par **l'érythromycine, 2 g/jour per os** en doses fractionnées pendant au moins 10 à 14 jours – en cas d'intolérance, remplacer par **l'érythromycine, 1 g/jour per os** en doses fractionnées pendant 14 jours (l'estolate d'érythromycine est contre-indiquée durant la grossesse)(b)

a) Les atteintes inflammatoires pelviennes sont rares après le premier trimestre.

b) Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules (sauf l'estolate).

Atteintes inflammatoires pelviennes (suite).....

Traitement (suite).....

Patientes non hospitalisées

Traitement de choix :

- **ceftriaxone, 250 mg IM** en dose unique
  PLUS
  doxycycline, 100 mg per os 2 fois par jour pendant 14 jours

Autres traitements (en ordre alphabétique) :

- **céfixime, 800 mg per os** en dose unique
  PLUS
  doxycycline, 100 mg per os 2 fois par jour pendant 14 jours
  OU
- **ciprofloxacine, 500 mg per os** en dose unique
  PLUS
  doxycycline, 100 mg per os 2 fois par jour pendant 14 jours
  OU
  ofloxacine, 400 mg per os en dose unique
  PLUS
  doxycycline, 100 mg per os 2 fois par jour pendant 14 jours

Si l'on diagnostique une infection gonococcique à l'aide d'une coloration de Gram ou d'une culture **OU**
si il y a un risque accru d'infection gonococcique(b)
ADMINISTRER

- **céfixime, 400 mg per os** 2 fois par jour pendant 14 jours
  PLUS
  doxycycline, 100 mg per os 2 fois par jour pendant 14 jours
  OU
  ciprofloxacine, 500 mg per os 2 fois par jour pendant 14 jours
  PLUS
  doxycycline, 100 mg per os 2 fois par jour pendant 14 jours
  OU
  ofloxacine, 400 mg per os 2 fois par jour pendant 14 jours
  PLUS
  doxycycline, 100 mg per os 2 fois par jour pendant 14 jours

b) Jeunes de la rue, personnes ayant des antécédents de MTS, contacts sexuels d'une personne présentant une infection confirmée ou un syndrome compatible.

Vaginite et vulvite prépubertaires

Définition

- Inflammation du vagin accompagnée d'un écoulement vaginal mucopurulent ou purulent chez une jeune fille impubère.
- Il ne faudrait pas confondre la vaginite prépubertaire avec la vulvite prépubertaire, qui peut s'accompagner d'une irritation sans écoulement.

Étiologie

- Les principales causes de la vaginite prépubertaire sont :
  - les streptocoques du groupe A (pas une MTS)
  - *Neisseria gonorrhoeae*
  - *Chlamydia trachomatis*
- Autres causes :
  - virus herpès simplex (VHS)
  - *Trichomonas vaginalis*
  - bactérie du genre *Shigella* (pas une MTS)
  - corps étranger, avec ou sans croissance exagérée de la flore normale (la cause la plus fréquente)
  - traumatisme
- Si *N. gonorrhoeae, C. trachomatis, T. vaginalis* ou le virus de l'herpès simplex sont présents, on devrait effectuer rapidement une évaluation pour déterminer s'il s'agit d'un cas d'abus sexuel. On ignore à quel point les autres causes de vaginite prépubertaire, notamment de la vaginose bactérienne, sont des marqueurs de l'abus sexuel; si l'on diagnostique une vaginite prépubertaire, on devrait rechercher soigneusement d'autres signes ou symptômes et décider d'après les résultats obtenus, s'il faut orienter la personne pour qu'elle subisse une évaluation.
- On peut retrouver dans la flore vaginale normale des jeunes filles impubères *Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae,* des organismes du genre *Proteus* ou *Klebsiella, Neisseria meningitidis, Pseudomonas aeruginosa* et des streptocoques n'appartenant pas au groupe A.

Indices cliniques

- L'épithélium pavimenteux normal du vagin qui n'est pas stimulé par des oestrogènes est sensible aux infections chlamydiennes et gonococciques; *on devrait donc effectuer des prélèvements vaginaux et **NON** endocervicaux.*
- L'examen au spéculum n'est **PAS** indiqué chez les jeunes filles impubères à moins de saignements inexpliqués.
- Symptômes et signes :
  la présence d'un quelconque des symptômes ou des signes suivants devrait inciter à rechercher une vaginite prépubertaire :

Vaginite et vulvite prébubertaires (suite).....

Indices cliniques (suite).....

- **écoulement** vaginal
- **irritation** périnéale

- Cas où il faut adresser les jeunes filles impubères présentant une vulvo-vaginite à un spécialiste :
  - écoulement vaginal sanguinolent
  - écoulement vaginal malodorant
  - manque d'expérience du médecin dans l'examen vaginal de personnes de ce groupe d'âge
  - écoulement persistant après un traitement adéquat
  - vulvite persistante après un mois de bonnes mesures d'hygiène

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- **On ne doit prélever des échantillons génitaux chez des jeunes filles impubères que lorsque c'est nécessaire. Il est essentiel de s'assurer que l'enfant n'est pas traumatisée par le prélèvement.**
- Si l'on a écarté la possibilité d'un corps étranger, on pourrait effectuer un prélèvement vaginal (non cervical) à l'aide d'un écouvillon :
  - un écouvillon peut être utilisé pour un frottis coloré (habituellement à l'aide de la méthode de Gram) et pour une culture de *N. gonorrhoeae*, des streptocoques du groupe A, des organismes du genre *Shigella* et de *T. vaginalis* (si possible)
  - un deuxième écouvillon peut être utilisé pour des cultures de *C. trachomatis*
  - un autre écouvillon est nécessaire pour le VHS, si l'on soupçonne un herpès génital
  - dans la mesure du possible et si nécessaire, on peut effectuer un autre prélèvement pour un test de détection de *Trichomonas vaginalis* et pour le diagnostic d'une vaginose bactérienne et l'identification de bâtonnets courts adhérant aux cellules épithéliales en leur donnant une apparence granuleuse (appelés «clue cells»).
- De plus, il faut faire des prélèvements au niveau du pharynx et du rectum pour des cultures de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis*.

NOTES :

- S'il est impossible d'obtenir des cultures de *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* ou du VHS, on peut les remplacer par un test spécifique à chacun des microorganismes, mais cette solution est moins recommandable, en particulier pour *C. trachomatis*. La proportion de résultats faussement positifs aux tests sans culture peut atteindre 50 % dans ce groupe d'âge où la prévalence d'infection est faible. Cela complique l'évaluation des cas possibles d'abus sexuel chez les enfants. Les résultats des tests sans culture ne sont habituellement pas acceptés comme preuves médico-légales.
- Il convient d'avertir le laboratoire de prendre bien soin des échantillons, de consigner les résultats le plus soigneusement possible, notamment l'intensité de la réaction positive si l'on utilise un test sans culture et de conserver les isolats pathogènes qui seront transmis à un laboratoire de référence.
- Si l'on soupçonne un abus sexuel, il faut également examiner l'(les) auteur(s) de l'abus et lui (leur) faire subir les tests les plus spécifiques. Il faut avertir le laboratoire de l'importance de ces échantillons et lui demander de conserver tout microorganisme pathogène isolé.
- Voir section sur les Preuves médico-légales, page 223.

Vaginite et vulvite prébubertaires (suite).....

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- Déclaration des cas d'abus sexuel :
  - les cas d'abus sexuel à l'égard d'un enfant doivent être signalés à l'organisme local de protection de l'enfance.
- Les affections à déclaration obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux doivent être signalées aux autorités sanitaires locales.
- La durée d'une MTS transmise pendant la période périnatale varie selon le pathogène en cause. Quel que soit l'agent pathogène, on ignore la durée exacte de la maladie.
- La probabilité qu'une MTS spécifique diagnostiquée chez un enfant a été transmise sexuellement lors de rapports oro-génitaux, génitaux ou ano-génitaux varie selon l'agent pathogène.
- Il faut envisager sérieusement la possibilité qu'une infection présente chez un enfant résulte d'un abus sexuel plutôt que d'une transmission mère-enfant au cours de la période périnatale, si :
  - l'on décèle une infection due à *Neisseiria gonorrhoeae* chez un enfant de plus d'un mois et plus particulièrement chez un enfant de plus de 6 mois
  - l'on décèle une infection génitale ou rectale à *Chlamydia* chez un enfant de plus de six mois, bien qu'une infection chlamydienne contractée durant la période périnatale puisse persister chez un nourrisson pendant une période pouvant atteindre trois ans
  - l'on décèle une infection génitale ou périanale à virus herpès simplex chez un enfant de plus de trois mois, bien qu'il faille examiner d'autres voies possibles de transmission
  - l'on décèle une infection génitale à *Trichomonas vaginalis* chez un enfant de plus de six mois; cette affection pouvant ne pas être transmise par voie sexuelle.
- Il faut consulter un spécialiste dans de tels cas.
- On devrait retrouver les contacts sexuels du cas primaire, les soumettre à une évaluation clinique et à un traitement approprié.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la recherche des contacts, à l'évaluation clinique, aux tests et au traitement.
- Il faut prévoir un suivi et répéter les tests de détection de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis*.
- Le suivi vise à garantir que la MTS a été traitée comme il convient de sorte que s'il y a une récurrence de l'infection, celle-ci est diagnostiquée comme une réinfection et non une «récidive». Lorsqu'on réexamine l'enfant, il faut tenir compte de son état psychologique.

Prise en charge et traitement

- Si le contact est reconnu positif pour *N. gonorrhoeae* ou *C. trachomatis* ou les deux :
  - traiter l'enfant d'après le(s) microorganisme(s) détecté(s) ou le syndrome diagnostiqué chez le contact
- Lorsqu'on ne sait pas si le contact est positif pour *N. gonorrhoeae* ou *C. trachomatis* et que l'on a obtenu les résultats de la coloration de Gram :

Vaginite et vulvite prébubertaires (suite).....

Prise en charge et traitement (suite).....

- s'il y a présence de diplocoques intracellulaires à Gram négatifs : traiter pour une vaginite prépubertaire à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis*
- si aucun diplocoque intracellulaire à Gram négatif n'est décelé : différer le traitement antimicrobien jusqu'à l'obtention des résultats des analyses microbiologiques. Si les résultats se révèlent positifs, traiter en conséquence.

et que les résultats de la coloration de Gram ne sont pas disponibles :

- différer le traitement antimicrobien jusqu'à l'obtention des résultats des analyses microbiologiques. Si les résultats sont positifs, traiter en conséquence.

N. gonorrhoeae	*Traitement de choix(a) :* • **céfixime, 16 mg/kg/jour per os** en dose unique (max. 800 mg) **PLUS érythromycine, 40 mg/kg/jour per os** (max. 2 g/jour) en doses fractionnées pendant 7 jours(b) **OU** si l'on sait que l'isolat est sensible **amoxicilline** ou **ampicilline, 50 mg/kg (max. 3 g) per os** **PLUS probénécide, 25 mg/kg per os** (max. 1 g) en dose unique **PLUS érythromycine, 40 mg/kg/jour per os** (max. 2 g/jour) en doses fractionnées pendant 7 jours (b) **OU** • **ceftriaxone, 125 mg IM** en dose unique **PLUS érythromycine, 40 mg/kg/jour per os** (max. 2 g/jour) en doses fractionnées pendant 7 jours(b) *Autre traitement :* • **spectinomycine, 40 mg/kg IM** (max. 2 g) en dose unique **PLUS** **érythromycine, 40 mg/kg/jour per os** (max. 2 g/jour) en doses fractionnées pendant 7 jours(b)
C. trachomatis	• **érythromycine(b), de 40 à 50 mg/kg/jour per os** (max. 2 g/jour) en doses fractionnées pendant 7 jours(b)
T. vaginalis	• **métronidazole, de 15 à 20 mg/kg/jour per os** en trois doses fractionnées (max. 250 mg 3 fois par jour) pendant 7 jours **OU** **métronidazole, 40 mg/kg per os** (max. 2 g) en dose unique
Vaginose bactérienne	• **métronidazole, de 15 à 20 mg/kg/jour per os** en trois doses fractionnées (max. 250 mg 3 fois par jour) pendant 7 jours
Virus herpès simplex	primo-infection : (voir section sur l'infection à VHS, page 109) récurrences : (voir section sur l'infection à VHS, page 109)

a) Il est préférable d'administrer des médicaments par voie orale chez les enfants. Pour recommander l'administration de céfixime on se fonde sur les données démontrant l'efficacité du traitement des infections causées par des organismes similaires à *N. gonorrhoeae*. Comme l'utilisation de céfixime a été très peu expérimentée auprès des enfants atteints d'infections gonococciques, il *faut* vérifier la sensibilité aux antimicrobiens et effectuer des cultures de contrôle pour s'assurer que l'infection est guérie.

b) On peut administrer de la **doxycycline, 100 mg per os** 2 fois par jour, ou de la **tétracycline, 500 mg per os** 4 fois par jour pendant 7 jours, si l'enfant a plus de 9 ans. Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules.

Vulvo-vaginite chez les adolescentes et les femmes adultes

Définition

- Une inflammation de la vulve ou du vagin ou des deux, qui se caractérise par un érythème, de l'oedème ou des ulcères de la vulve ou par un érythème des parois vaginales ou un écoulement vaginal excessif dégageant une mauvaise odeur, associé à un prurit vulvaire ou vaginal, à une dysurie externe ou à une dyspareunie basse.

Épidémiologie/étiologie

- Il s'agit de l'un des problèmes les plus courants en médecine clinique.
- Le nombre de cas identifiés de vaginite non associée à une trichomonase a augmenté au cours des 20 dernières années.

Causes

Vaginite :

- Espèce *Candida* ou autres levures
- *Trichomonas vaginalis*
- causes non infectieuses, p. ex., corps étranger, produit chimique ou traumatisme
- hypersensibilité.

Vaginose bactérienne :

- Bactéries aérobies et anaérobies mélangées

Vulvite :

- Espèce *Candida* ou autres levures
- Virus herpès simplex (VHS)

NOTE

- **Seul *T. vaginalis* a été clairement associé à une transmission sexuelle.**
- Jusqu'à 50 % des patientes peuvent présenter un écoulement vaginal dont la cause ne peut être déterminée.
- *Gardnerella vaginalis*, les streptocoques du groupe B et les mycoplasmes génitaux ne peuvent à eux seuls causer une vaginite.

Vulvo-vaginite chez les adolescentes et les femmes adultes (suite).....

Indices cliniques

Syndrome	Anamnèse	Symptômes	Signes
Candidose	• consommation récente ou actuelle d'antibiotiques • corticostéroïdes (à action générale ou à application topique dans la région génitale) • diabète sucré • infection à VIH • usage d'hormones, (p. ex., contraceptifs oraux).	• prurit • dysurie externe	• érythème et oedème légers à modérés du vagin et de l'orifice vaginal • leucorrhée caséeuse adhérente
Trichomonase	• Nouveaux contacts sexuels ou partenaires sexuels multiples	• symptômes : écoulement vaginal douloureux, nauséabond accompagné de démangeaisons	• érythème vaginal et leucorrhée à reflets verdâtres et bulleuse
Vaginose bactérienne		• leucorrhée symptomatique blanc-grisâtre et odeur d'amine (poisson)	• leucorrhée blanc-grisâtre et odeur d'amine

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

Examen gynécologique et examen au spéculum

Prélèvements vaginaux

- Au moyen d'un écouvillon, on prélève un échantillon de sécrétions vaginales pour
  - un frottis coloré (habituellement coloration de Gram)
  - une préparation humide (sérum physiologique) pour un test de détection de *T. vaginalis* et pour le diagnostic d'une vaginose bactérienne et l'identification de bâtonnets courts adhérant aux cellules épithéliales en leur donnant une apparence granuleuse (appelés «clue cells»)
  - une préparation à la potasse (KOH à 10 %), y compris la mise en évidence des odeurs d'amine
  - la détermination du pH des sécrétions vaginales (niveau normal < 4,5)
- Il importe d'écarter toute possibilité de cervicite mucopurulente (voir section sur la Cervicite, page 19).

Réexamens

- Il n'est pas nécessaire d'effectuer toute la batterie des épreuves de laboratoire dans le cas des patients qui souffrent d'une vaginite récurrente à *Candida*.

Vulvo-vaginite chez les adolescentes et les femmes adultes (suite).....

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire (suite).....

Épreuves de détection d'autres MTS

- Il faut songer à faire un prélèvement de sang pour des épreuves sérologiques de détection de la **syphilis**
  (Voir section sur le Dépistage, page 167)
- Il convient d'envisager un **dépistage du VIH**
  - les épreuves de détection du VIH devraient toujours être accompagnées d'un counselling pré-test et post-test (voir page 191)
    (voir section sur le Dépistage, page 167)
- Il y aurait peut-être lieu de vacciner la patiente contre l'hépatite B.
  - avant l'immunisation, on devrait considérer rechercher les marqueurs de l'hépatite B (antigène de surface [Ag HBs] et anticorps de surface [anti-HBs])

  (voir section sur l'Hépatite B, page 65)

Échecs associés au diagnostic et à la prise en charge de la vaginite

- Erreur de diagnostic :
  - diagnostic erroné de cervicite
  - anamnèse inadéquate
  - patient non examiné
  - examen au spéculum non effectué
  - échantillon d'écoulement vaginal non prélevé
- Traitement initial inefficace
- Réinfection (trichomonase) :
  - partenaire non traité
  - nouveau contact sexuel
- Mauvaise observance du traitement par la patiente
- Vaginite d'origine chimique associée à un traitement topique

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- Ni les médecins ni les laboratoires ne sont obligés de signaler les causes de vaginite aux autorités sanitaires locales.
- On n'effectue habituellement pas la recherche des contacts des cas de vaginite, mais les partenaires masculins des cas de trichomonase devraient être examinés par un médecin et traités au métronidazole (2 g per os en dose unique).
- À moins que ce soit cliniquement indiqué, il n'est pas nécessaire d'effectuer un suivi si le traitement recommandé a été administré et si les signes et symptômes ont disparu.

Vulvo-vaginite chez les adolescentes et les femmes adultes (suite).....

Prise en charge et traitement

Candidose vulvo-vaginale(a)	
Résultats de laboratoire	Traitement
• coloration de Gram révélant une augmentation du nombre de polynucléaires et un bourgeonnement de levure. • résultats similaires obtenus pour la préparation au KOH à 10 % et la préparation humide • résultats positifs à la culture de *Candida*.	**Si l'infection est asymptomatique, un traitement n'est pas nécessaire.** Si elle est symptomatique : • **miconazole** ou **clotrimazole, 100 mg** (crème ou ovule) par voie **intravaginale** chaque jour pendant 7 jours **OU** • **miconazole** ou **clotrimazole, 200 mg** par voie **intravaginale** chaque jour pendant 3 jours **OU** • **clotrimazole, comprimé de 500 mg** par voie **intravaginale** en dose unique. **OU** • **fluconazole, 200 mg per os** en dose unique (contre-indiqué durant la grossesse) Partenaire masculin devrait être traité en présence d'une balanite à *Candida* : application d'une crème à base de miconazole ou de clotrimazole 2 fois par jour pendant 7 jours.

a) Dans le cas d'une candidose vulvo-vaginale active, il faut rechercher les causes sous-jacentes et envisager différentes stratégies thérapeutiques. Il faudra peut-être consulter un spécialiste.

Vulvo-vaginite chez les adolescentes et les femmes adultes (suite).....

Prise en charge et traitement (suite).....

Vaginose bactérienne	
Résultats de laboratoire	Traitement
• pH vaginal supérieur à 4,5 • formation d'amines malodorantes après addition de 10 % d'hydroxyde de potassium • coloration de Gram révélant l'absence de cellules inflammatoires et la présence de (clue cells) bâtonnets courts adhérant aux cellules épithéliales en leur donnant une apparence granuleuse et diminution du nombre de lactobacilles Gram positifs.	**Un traitement n'est pas nécessaire si la patiente est asymptomatique.** *Traitement de choix* : • **métronidazole, 500 mg per os** 2 fois par jour pendant 7 jours (b) – femmes enceintes et qui allaitent, voir page 44. Autre traitement • **clindamycine, 300 mg per os** 2 fois par jour pendant 7 jours (peut être administrée durant la grossesse). Partenaire masculin : – traitement non recommandé.

b) Conseiller aux patientes de ne **PAS** consommer de boissons alcooliques durant le traitement et dans les 48 heures qui suivent afin de prévenir les réactions du type disulfiram.

Vulvo-vaginite chez les adolescentes et les femmes adultes (suite).....

Prise en charge et traitement (suite).....

Vaginite à *T. vaginalis*	
Résultats de laboratoire	Traitement
• préparation saline révélant la présence du flagellé mobile et de PN • pH inférieur à 4,5 • culture utile si faisable	Traiter tous les cas peu importe les symptômes *Traitement de choix* : • **métronidazole, 2 g per os** en dose unique(b) *Autres traitements* : • **métronidazole, 250 mg per os** 3 fois par jour pendant 7 jours(b) Femmes enceintes : Il est conseillé de ne pas administrer de métronidazole durant le premier trimestre. • **clotrimazole, 100 mg** (crème ou ovule) par voie **intravaginale** chaque jour pendant 6 jours peut éliminer les symptômes. Femmes qui allaitent : • **métronidazole, 2 g per os** en dose unique(b) – certains experts conseillent d'interrompre l'allaitement pendant 24 heures. Partenaires masculins • Ils devraient subir un examen de dépistage des MTS et être traités au **métronidazole, 2 g per os** en dose unique(b).

b) Conseiller aux patientes de ne **PAS** consommer de boissons alcooliques durant le traitement et dans les 48 heures qui suivent afin de prévenir les réactions du type disulfiram.

Épidémiologie/étiologie

- On observe une conjonctivite purulente chez moins de 1 % des nouveau-nés au Canada.
- Parmi les agents responsables de la transmission maternelle de cette MTS figurent *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et le virus herpès simplex (VHS).
- Les cas de transmission de MTS sont plus fréquents lorsque :
  - il y a rupture prolongée des membranes
  - l'enfant est prématuré
  - la mère a des antécédents de MTS
  - il y a absence de soins prénatals
  - la mère est adolescente.
- La prévalence de la conjonctivite gonococcique du nouveau-né diminue suite à l'application systématique d'une prophylaxie oculaire.
- Cette infection peut survenir malgré l'application d'une prophylaxie oculaire.
- Les causes les plus fréquentes d'infections non transmises sexuellement : *Staphylococcus aureus*, conjonctivite d'origine chimique.

	% de conjonctivites du nouveau-né	Période d'incubation	Gravité de la conjonctivite	Problèmes associés
Chlamydia trachomatis	de 10 à 20 %	de 5 à 14 jours	++	pneumonite entre 3 semaines et 3 mois
Neisseria gonorrhoeae	< 1%	de 2 à 5 jours	+++	Infection disséminée
Virus herpès simplex	< 1%	de 7 à 14 jours	+	Infection disséminée

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- *C. trachomatis* : raclage de la conjonctive palpébrale inférieure et prélèvement par aspiration de liquide du rhino-pharynx pour une culture ou un test diagnostique sans culture.
- *N. gonorrhoeae* : coloration de Gram et culture bactérienne de l'écoulement purulent
- VHS : cultures virales de la conjonctive, des sécrétions et liquides buccaux et des raclages des lésions cutanées; examen au microscope électronique pour un diagnostic rapide si l'on dispose de produits de raclage des vésicules cutanées.

Conjonctivite du nouveau-né (suite).....

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire (suite).....

- Sérologie chez la mère et le nourrisson pour écarter toute possibilité d'une infection syphilitique ou à VIH concomitante. Si un nouveau-né est porteur des anticorps anti-VIH, cela ne veut pas dire qu'il est infecté (voir section sur l'infection à VIH chez les enfants, page 129).

Prévention

- Il convient d'entreprendre une chimioprophylaxie ou un traitement prophylactique aux antimicrobiens le plus tôt possible après l'accouchement, de préférence dans l'heure qui suit. Les tubes et les ampoules NE devraient PAS servir à plus d'un patient.
- Options :
  pommade ophtalmique à l'érythromycine (0,5 %)
  OU
  pommade ophtalmique à la tétracycline (1 %)
  OU
  collyre de nitrate d'argent à 1 %
- **AUCUNE** de ces mesures ne permettra de prévenir tous les cas d'infection oculaire gonococcique ou chlamydienne.
- si l'on n'administre pas de traitement prophylactique, il faudrait effectuer un suivi adéquat du nouveau-né.

NOTE

- Si l'on n'administre pas de façon systématique une prophylaxie contre la conjonctivite du nouveau-né, il faut effectuer des tests de dépistage de *C. trachomatis* et de *N. gonnorhoeae* durant la grossesse et administrer un traitement approprié.

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- Les cas de maladies à déclaration obligatoire suivant les lois et règlements provinciaux et territoriaux devraient être signalés aux autorités sanitaires locales.
- La mère et ses partenaires sexuels devraient être retracés, soumis à une évaluation clinique et traités comme il convient.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la recherche des contacts, à l'évaluation clinique, aux tests, au traitement et à l'éducation sanitaire.

Conjonctivite du nouveau-né (suite).....

Prise en charge et traitement

Infection à *C. trachomatis*

Durant la première année de vie :
nourrissons de moins de 2 000 g
- **érythromycine, 20 mg/kg/jour per os** en doses fractionnées

nourrissons de plus de 2 000 g
- **érythromycine, 30 mg/kg/jour per os** en doses fractionnées

entre 1 semaine et 1 mois
- **érythromycine, 40 mg/kg/jour per os** en doses fractionnées

plus d'un mois
- **érythromycine, 40 mg/kg/jour per os** en doses fractionnées (max. 500 mg 4 fois par jour)

Les traitements ci-dessus devraient être administrés pendant au moins 14 jours

Note : Un traitement topique seulement de la conjonctivite N'est PAS adéquat.

Infection à *N. gonorrhoeae*

Hospitaliser et prendre les précautions appropriées pour lutter contre l'infection jusqu'à ce que 24 hrs de traitement efficace ait été administré
- Culture des sécrétions oculaires, hémoculture (LCR seulement si des données montrent que la maladie est systémique)
- Irrigation des yeux à l'aide de sérum physiologique stérile sur-le-champ et au moins toutes les heures aussi longtemps que nécessaire pour éliminer l'écoulement.
- Consultation d'un spécialiste le plus tôt possible.

Traitement initial de choix
- **ceftriaxone, de 25 à 50 mg/kg/jour IV ou IM** pendant 7 jours
  PLUS
- **érythromycine à des doses adaptées à l'âge (voir ci-dessus)** pendant 14 jours

Note : Un traitement topique seulement de la conjonctivite N'est PAS adéquat.
L'utilisation d'autres antibiotiques topiques n'est pas nécessaire pour le traitement de la conjonctivite gonococcique.

Infection à virus herpès simplex (voir également section sur l'infection à VHS, page 109)

- Hospitalisation et isolement.
- Consultation d'un pédiatre et d'un ophthalmologiste recommandée.
- **acyclovir, 30 mg/kg/jour IV** durant 1 à 2 heures 3 fois par jour pendant 14 jours
  PLUS
- **trifluridine ou acyclovir** ou autre solution ophtalmique antiherpétique 2 fois par jour pendant 14 jours

NOTE : Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules (sauf l'estolate).

Épididymitie chez les adolescents et les adultes

Définition

- L'épididymite est une inflammation de l'épididyme qui se manifeste par l'apparition soudaine et unilatérale de douleurs et d'une tuméfaction testiculaires, associée souvent à une sensibilité de l'épididyme et du canal déférent avec érythème et oedème de la peau sus-jacente.

NOTE

- Lorsque l'épididymite est accompagnée d'une urétrite, on présume qu'il s'agit d'une infection transmise sexuellement; toutefois, l'urétrite peut être asymptomatique et passer inaperçue.

MISE EN GARDE

- **Une tuméfaction du scrotum peut être due à des causes non infectieuses, telles qu'un traumatisme, une torsion du testicule ou une tumeur. La torsion du testicule constitue une urgence chirurgicale.**

Épidémiologie

- Au Canada, le nombre d'hommes qui se présentent à une clinique de MTS pour une épididymite est faible.
- Cette complication est associée à moins de 1 % des cas identifiés d'urétrite transmise sexuellement.
- Les données américaines laissent entendre qu'il s'agit d'un problème fréquent chez les jeunes hommes.

Étiologie

Hommes actifs sexuellement de moins de 35 ans	Hommes actifs sexuellement de plus de 35 ans
• *Chlamydia trachomatis* • *Neisseria gonorrhoeae* • En présence d'anomalies structurales des voies urinaires: – bactéries aérobies à Gram négatif – autres agents pathogènes classiques des voies urinaires	• bactéries aérobies à Gram négatif • autres agents pathogènes classiques des voies urinaires • autres causes plus rares – *C. trachomatis* – *N. gonorrhoeae*

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- On ne connaît pas de cas d'épididymite transmise sexuellement chez des garçons impubères. Lorsqu'on observe des symptômes et des signes évoquant l'épididymite chez un garçon impubère, il faut écarter la possibilité d'une torsion du testicule. Cette dernière constitue une urgence chirurgicale.

Épididymite (suite).....

Considérations spéciales dans le cas des enfants (suite)...

Indices cliniques

La présence d'un quelconque des symptômes ou des signes suivants devrait inciter à rechercher une épididymite :

- tuméfaction unilatérale et douloureuse du scrotum
- tuméfaction ou sensibilité unilatérale du scrotum ou les deux, parfois avec érythème et oedème de la peau sus-jacente
- il faut recueillir l'anamnèse (voir section sur l'anamnèse idéale et l'examen, page 137) et en particulier obtenir de l'information sur :
  - l'activité sexuelle,
  - tout traumatisme récent,
  - toute anomalie structurale ou fonctionnelle connue ou soupçonnée des voies urinaires.

MISE EN GARDE :

- **S'il est possible qu'il s'agisse d'une torsion du testicule, le patient doit être immédiatement adressé à un spécialiste en urologie.**

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

Examen des organes génitaux

- Il convient d'effectuer un examen des organes génitaux en prenant soin de rechercher tout écoulement urétral et de bien palper le contenu du scrotum.

Échantillons d'écoulement méatal et urétral

- Si le patient est actif sexuellement ou l'a été au cours des six mois précédents :

  EN PRÉSENCE d'un écoulement méatal :
  - il faut faire un prélèvement méatal pour un frottis coloré (habituellement coloration de Gram) et pour un test de détection de *N. gonorrhoeae*
  - il faut faire un prélèvement endo-utétral à l'aide d'un écouvillon pour un test de détection de *C. trachomatis*

  EN L'ABSENCE d'un écoulement méatal :
  - il faut faire un prélèvement endo-urétral pour un frottis coloré (habituellement coloration de Gram) et pour des tests de détection de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae.*

Culture d'urines

- Il faut prélever chez tous les patients (qu'ils soient ou aient été actifs sexuellement ou non) un échantillon d'urine du milieu du jet pour un coloration de Gram de l'urine non centrifugée et pour une culture systématique visant à mettre en évidence des organismes pathogènes aérobies des voies urinaires.

Épididymite (suite).....

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire (suite).....

Épreuves de détection d'autres MTS

- Il serait bon d'obtenir un échantillon de sang pour les tests sérologiques de détection de la **syphilis** (voir section sur le Dépistage, page 167).
- Il convient d'envisager le **dépistage du VIH**
  - les tests de détection du VIH devraient toujours s'accompagner d'un counselling pré-test et post-test (voir page 191).
    (Voir section sur le Dépistage, page 167).
- Il y aurait peut-être lieu d'immuniser le patient contre l'hépatite B
  - avant l'immunisation, on devrait considérer rechercher les marqueurs de l'hépatite B (antigène de surface [Ag HBs] et anticorps anti-antigène de surface [anti-HBs])
    (Voir section sur l'Hépatite B, page 65).

NOTE

- Lorsqu'on dispose de services techniques spécialisés, on peut, dans certains cas, prélever directement par aspiration du liquide de la région épididymaire enflammée pour un frottis et pour des tests de détection de *C. trachomatis, de N. gonorrhoeae* et d'organismes aérobies.

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- Les cas de maladies à déclaration obligatoire suivant les lois et règlements provinciaux et territoriaux devraient être signalés aux autorités sanitaires locales.
- Lorsqu'un traitement est indiqué pour le cas primaire, tous les partenaires sexuels des patients soupçonnés de souffrir d'une épididymite transmise sexuellement devraient être soumis à une évaluation clinique et au même régime thérapeutique, sauf que leur traitement durera au total 7 jours, soit la durée prévue pour une infection non compliquée.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la recherche des contacts, à l'évaluation clinique, aux tests, au traitement et à l'éducation sanitaire.
- Il faut prévoir un suivi, mais si le traitement recommandé est administré et observé, si les symptômes et signes disparaissent et si le patient n'est pas réexposé à un partenaire non traité, il n'est pas recommandé de répéter systématiquement les tests de détection de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis*.

Prévention

- **La prévention primaire constitue un élément primordial de la prise en charge.**
- **Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes associés aux MTS, il faut saisir cette importante occasion pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.**

Épididymite (suite).....

Prise en charge et traitement

Varient selon qu'on dispose des résultats des frottis colorés de sécrétions urétrales et d'urine

Résultats disponibles :	
L'étude des frottis de sécrétions urétrales révèle la présence de 4 et plus de polynucléaires (PN) en moyenne par champ (x1000) dans 5 champs et de diplocoques intracellulaires Gram négatifs :	• traiter pour une épididymite due à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* • **ceftriaxone, 250 mg IM** en dose unique (a) **PLUS** **doxycycline, 100 mg per os** 2 fois par jour pendant au moins 10 jours **OU tétracycline, 500 mg per os** 4 fois par jour pendant au moins 10 jours
L'étude des frottis révèle la présence de 4 et plus de polynucléaires (PN) en moyenne par champ (x1000) dans 5 champs mais une absence de diplocoques intracellulaires Gram négatifs	• traiter pour une épididymite à *C. trachomatis* seulement *Traitement de choix* : • **doxycycline, 100 mg per os** 2 fois par jour pendant au moins 10 jours **OU tétracycline, 500 mg per os** 4 fois par jour pendant au moins 10 jours • pour obtenir des renseignements sur d'autres schémas thérapeutiques, voir page 99. Traiter pendant au moins 10 jours
L'étude des frottis de sécrétions urétrales révèle la présence de moins de 5 PN en moyenne par champ (x1000), mais la coloration d'urine non centrifugée met en évidence des PN et une bactérie ou plus par champ (x 1000)	• traiter comme pour une infection des voies urinaires
Ni les frottis ni les urines ne révèlent la présence de PN	• **différer le traitement aux antimicrobiens et réévaluer immédiatement pour une torsion du testicule**

Résultats non disponibles :	
Écoulement urétral détecté :	• traiter pour une épididymite à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* et attendre les résultats : • **ceftriaxone, 250 mg IM** en dose unique (a) **PLUS** **doxycycline, 100 mg per os** 2 fois par jour pendant au moins 10 jours **OU tétracycline, 500 mg per os** 4 fois par jour pendant au moins 10 jours
Aucun écoulement urétral détecté :	• **diriger immédiatement le malade pour une évaluation microbiologique et d'autres tests au besoin, s'il y a possibilité d'une torsion du testicule.**

a) On peut remplacer les traitements de choix par voie orale pour le traitement des infections gonococciques par la ceftriaxone, voir page 83.

Prostatite chez les adolescents et les adultes

Définition

- La prostatite est une inflammation de la prostate mise en évidence par une augmentation du nombre de polynucléaires (PN) dans le liquide prostatique ET, s'il s'agit d'une prostatite d'origine bactérienne, par une augmentation du nombre de bactéries dans le liquide prostatique ou l'urine (prélevée après massage de la prostate) par comparaison à l'urine de la première miction et du milieu du jet.

Épidémiologie

- Avant l'apparition des agents antimicrobiens, l'infection gonococcique était une cause importante de prostatite.
- Maintenant, les cas de prostatite confirmés par des analyses microbiologiques qui sont causés par des agents pathogènes transmis par contact sexuel sont extrêmement rares.
- Nous mentionnons ici les prostatites pour aider les dispensateurs de soins primaires à traiter les sujets de sexe masculin qui présentent des symptômes d'ordre génital.

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- On n'observe pas de prostatites chez les garçons impubères.

Étiologie

Causes habituelles	Causes possibles ou rares
• Agents pathogènes facultatifs à Gram négatif des voies urinaires p. ex., *Escherichia coli* et *Proteus* spp	• Microorganismes urétraux à Gram positif p. ex., staphylocoques coagulase négatifs et diphthéroïdes • *Trichomonas vaginalis* • mycoplasmes génitaux

Indices cliniques

La présence d'un quelconque des symptômes ou des signes suivants devrait inciter à rechercher une prostatite :

Symptômes	Prostatite bactérienne aiguë	• Apparition soudaine de frissons, de fièvre et de malaises avec pollakiurie, difficulté à uriner et, parfois, rétention aiguë
	Autres formes de prostatite	• pollakiurie, miction impérieuse ou nycturie • dysurie • difficulté à déclencher le jet urinaire, faiblesse du jet ou fuite post-mictionnelle • sensation de plénitude dans le rectum • douleur périnéale, suprapubienne ou rectale • couleur ou consistance anormale du liquide éjaculé • douleur après l'éjaculation ou hémospermie • dans de rares cas, écoulement urétral, parfois observé uniquement lors des selles
Signes		• sensibilité périnale • sensibilité inhabituelle de la prostate • empâtement de la prostate **NOTE :** La sensibilité et l'empâtement de la prostate ne sont pas nécessairement présents dans les cas de prostatite bactérienne avérée et leur présence ne confirme pas le diagnostic de prostatite.

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- On procède à un examen des organes génitaux, particulièrement pour détecter tout écoulement urétral, pour évaluer le contenu scrotal et pour rechercher toute sensibilité périnéale.
- Si les antécédents le justifient **OU** en présence d'un écoulement urétral **OU** si l'on détecte une inflammation de l'épididyme :
  - il convient de rechercher une urétrite ou une épididymite (voir sections sur l'Urétrite, page 13, et sur l'Épididymite, page 49).
- Si la chose est pratique, on doit recueillir les échantillons suivants, dans l'ordre, dans des contenants stériles :
  - les 10 à 15 premiers millilitres d'urine pour les cultures, dont 7 à 8 mL d'urine pour la centrifugation afin de détecter une pyurie dans le sédiment.
  - un échantillon d'urine du milieu du jet pour des cultures et pour la centrifugation de 7 à 8 mL afin de détecter une pyurie dans le sédiment.
- **SAUF** lorsqu'on envisage sérieusement la possibilité d'une prostatite bactérienne aiguë :
  - il faut faire ensuite un examen rectal afin d'évaluer la prostate et masser cette dernière pour tenter d'exprimer des sécrétions prostatiques qui feront l'objet d'un examen direct au microscope en vue d'une évaluation du nombre de polynucléaires, de la mise en évidence de trichomonas mobiles et d'une culture.

Prostatite (suite).....

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire (suite).....

- il faut recueillir les 10 à 15 mL suivants d'urine pour des cultures, dont 7 à 8 mL pour la centrifugation afin de détecter une pyurie dans le sédiment.

NOTES

- Pour les cultures de liquides, il faut demander au laboratoire (par téléphone ou après entente) d'inoculer des milieux qui permettent la croissance des agents pathogènes classiques des voies urinaires avec un inoculum de 0,1 mL ainsi qu'avec inoculum standard de 0,001 mL.
- S'il est possible qu'il s'agisse d'une prostatite bactérienne aiguë, il faut obtenir des hémocultures et différer l'examen de la prostate.

Interprétation des résultats de laboratoire

- On considère qu'une culture est positive lorsqu'elle révèle une augmentation importante (habituellement multiplication par 10 ou plus) du nombre d'au moins un type de bactérie dans le liquide prostatique ou l'urine prélevée après massage de la prostate comparativement à l'urine de la première miction et du milieu du jet. Il est difficile d'interpréter les résultats de la culture du liquide prostatique sans complément d'information.

MISE EN GARDE

- **Cette interprétation est acceptée pour les organismes facultatifs à Gram négatif mais est plus controversée dans le cas des organismes à Gram positif.**

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- Les cas de maladies à déclaration obligatoire selon les lois et règlements provinciaux et territoriaux devraient être signalés aux autorités sanitaires locales.
- Il n'est pas habituellement nécessaire d'évaluer ou de traiter les partenaires sexuels des patients atteints de prostatite parce que cette infection n'est pas ordinairement causée par un agent pathogène transmis sexuellement.
- Il faut prévoir un suivi adéquat qui dépendra du diagnostic confirmé ou présumé.

NOTES

- Bien qu'on décrive la prostatite comme une inflammation de la prostate, en pratique, il est souvent difficile de définir la prostatite, et la classification de cette maladie entraîne beaucoup de confusion. Ce problème est accentué du fait que les inflammations histopathologiques augmentent avec l'âge chez les hommes asymptomatiques.
- Le diagnostic définitif est habituellement fondé sur le degré d'acuité du tableau clinique, l'examen du liquide prostatique et les résultats des cultures.
- La classification actuelle d'après les résultats est la suivante :
  - dans les *prostatites bactériennes chroniques et aiguës*, les résultats des cultures sont positifs et il y a une réponse importante des polynucléaires dans le liquide prostatique

Prostatite (suite).....

Déclaration, recherche des contacts et suivi (suite).....

NOTES (suite).....

- dans les *prostatites non bactériennes*, les résultats des cultures sont négatifs, mais il y a une réponse importante des polynucléaires dans le liquide prostatique
- dans la *prostatodynie*, les résultats des cultures sont négatifs et il n'y a que peu ou pas de réponse des polynucléaires dans le liquide prostatique.

MISE EN GARDE

- **Comme le liquide prostatique contient des substances antibactériennes qui vont inhiber la croissance de certaines microorganismes, les échantillons doivent être ensemencés le plus tôt possible.**

Prise en charge et traitement

La prise en charge initiale varie suivant qu'on est en présence d'une urétrite ou d'une épididymite et, si les deux affections sont absentes, suivant le degré d'acuité des autres symptômes.

Urétrite détectée	• traiter pour une urétrite (voir la section sur l'Urétrite, page 13)
Épididymite fortement soupçonnée	• traiter pour une épididymite (voir la section sur l'Épididymite, page 49)
Ni l'urétrite ni l'épididymite ne semblent expliquer les observations	Maladie aiguë : • sensibilité marquée de la prostate ou réponse inflammatoire importante des sécrétions prostatiques exprimées : – hospitaliser et commencer un traitement avec un ß-lactame comme agent antimicrobien, p. ex., ampicilline en association avec des aminosides (p. ex., gentamicine) ou un schéma thérapeutique semblable • peu ou pas de sensibilité de la prostate, pas de réponse importante des polynucléaires dans les sécrétions prostatiques exprimées ni d'augmentation du nombre de polynucléaires dans les sédiments de l'échantillon d'urine obtenu après massage prostatique comparativement aux échantillons d'urine de la première miction et du milieu du jet : – hospitaliser et envisager d'autres diagnostics possibles, notamment un pyélonéphrite
	Maladie non aiguë • réponse importante des polynucléaires dans les sécrétions prostatiques exprimées ou augmentation du nombre de polynucléaires dans le sédiment de l'urine prélevée après massage de la prostate par comparaison à l'urine de la première miction et du milieu du jet – envisager d'entreprendre un traitement avec un agent antimicrobien comme le triméthoprim-sulfaméthoxazone ou quinolone, mais réévaluer le diagnostic et le traitement lorsque les résultats des analyses microbiologiques seront disponibles • peu ou pas de réponse des polynucléaires dans les sécrétions prostatiques exprimées ni d'augmentation du nombre des polynucléaires dans le sédiment du spécimen d'urine obtenu après massage de la prostate par comparaison à l'urine du premier jet et du milieu du jet : – attendre les résultats des analyses microbiologiques

Définition

Rectite

- La rectite est une inflammation de la muqueuse rectale qui ne s'étend pas à plus de 15 cm dans le rectum et qui se caractérise par :
  - une douleur ano-rectale, un ténesme, de la constipation
    ET un écoulement rectal mucopurulent
    OU
    par de l'érythème, une friabilité ou une ulcération de la muqueuse rectale
    OU LES DEUX

Rectocolite

- La rectocolite est causée par les agents étiologiques habituels de la colite, mais l'inflammation s'étend à plus de 15 cm dans le rectum; le tableau clinique est parfois similaire à celui de la rectite en plus de la diarrhée ou de crampes abdominales.

Entérite

- Cette infection plus proximale s'accompagne de diarrhée sans toutefois les manifestations rectales de la rectite ou de la rectocolite.

NOTE

- Plusieurs agents pathogènes sont souvent présents simultanément, ce qui se traduit fréquemment par une combinaison de signes et de symptômes.

MISES EN GARDE

- **L'infection est souvent plus grave chez les personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine et la liste des causes possibles est plus longue.**
- **Il faut toujours envisager la possibilité d'une infection, mais un traumatisme ou des corps étrangers peuvent entraîner des manifestations évocatrices d'une rectite ou d'une rectocolite.**

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- Il est rare qu'un enfant soit atteint d'une rectite ou d'une rectocolite causée par un agent pathogène transmis sexuellement, mais si on diagnostique une telle infection, il faut envisager sérieusement la possibilité d'un abus sexuel, et l'examen physique doit inclure une recherche minutieuse d'autres signes de mauvais traitements.

Rectite (suite).....

Étiologie des infections transmises sexuellement

- Chez les hommes et, parfois, chez les femmes, les agents étiologiques de la rectite sont habituellement transmis directement lors des relations anales.
- Les agents étiologiques de la rectocolite sont habituellement transmis par voie oro-fécale.
- L'infection rectale par le virus du papillome humain (condylomes génitaux) accompagne souvent la rectite chez les sujets de sexe masculin SANS causer de symptômes de rectite.

Syndrome	Principales causes
rectite	• *Neisseria gonorrhoeae* • virus herpès simplex (VHS) • *Chlamydia trachomatis* • *Treponema pallidum* (syphilis)
rectocolite	• *Entamoeba histolytica* • espèce *Campylobacter* • espèce *Shigella* • *Clostridium difficile* toxinogène • *Escherichia coli* 0157:H7
entérite	• *Giardia duodenalis* • *E. coli* 0157:H7

Autres agents étiologiques à considérer dans les infections à VIH

- cytomégalovirus
- *Mycobacterium avium-intracellulare*
- *Crypstosporidium*
- espèce *Salmonella*
- *Isospora*

Indices cliniques

- En présence d'un des signes ou symptômes suivant, on devrait effectuer une évaluation

Rectite	Rectocolite et entérite	Signes de rectite OU de rectocolite au niveau rectal et périanal
• écoulement rectal • douleur ano-rectale • ténesme (besoin de défication douloureuse et improductive) • constipation accompagnée d'autres symptômes • selles sanguinolentes • lésions périanales	• diarrhée • météorisme • douleurs abdominales • nausées • fièvre • un ou plusieurs des symptômes mentionnés pour la rectite peuvent accompagner une rectocolite MAIS NON une entérite	• écoulement rectal mucopurulent, purulent ou sanguinolent • lésions périanales

Rectite (suite).....

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

Examen ano-génital

- On effectue un examen des organes génitaux, y compris un examen avec spéculum chez les adolescentes et les femmes adultes.
- Il convient également d'effectuer un examen de la région périanale, un examen rectal et une anuscopie ou rectoscopie chez les adolescents et les adultes afin d'évaluer l'apparence et la friabilité de la muqueuse et de détecter des lésions ou des ulcères.

Les échantillons prélevés varient selon le syndrome motivant la consultation

- On recherche une urétrite chez les adolescents et les adultes de sexe masculin (voir la section sur l'Urétrite, page 13).
- On recherche une cervicite chez les adolescentes et les femmes adultes (voir la section sur la Cervicite, page 19).
- On recherche une vaginite chez les jeunes filles impubères (voir section sur la Vaginite prépubertaire, page 35).
- On recherche une urétrite chez les garçons impubères (voir section sur le Prélèvement des échantillons, page 193).
- Si l'on détecte des lésions périanales ou d'autres lésions génitales, il convient d'effectuer un examen microscopique sur fond noir ou une réaction d'immunofluorescence directe pour *T. pallidum* (si disponible) et des tests sérologiques de détection de la syphilis (voir section sur la Syphilis, page 101) ainsi qu'un test de détection du VHS.
- Il faut obtenir des échantillons de biopsie des lésions si le diagnostic est incertain.

Prélèvements rectaux

- Il faut faire des prélèvements rectaux à l'aide d'un écouvillon, de préférence sous observation visuelle directe à l'aide d'un rectoscope ou d'un proctoscope, en vue de préparer un frottis coloré et d'effectuer des tests de détection de *N. gonorrhoeae, C. trochomatis* et du VHS.

Prélèvement d'échantillons de selles

- Il faut recueillir un échantillon de selles pour
  - la culture de microorganismes entéropathogènes
  - la recherche de la cytotoxine de *C. difficile* ainsi que des oeufs et des parasites.
- Si une infection à VIH est possible, il faut EN OUTRE recueillir des échantillons de selles pour la recherche de *Cryptosporidium* et de *M. aviumintracellulare*

Hémocultures

- Si le patient est fébrile et que sa maladie est systémique, il convient de procéder à des hémocultures.

Rectite (suite).....

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire (suite).....

Épreuves de détection d'autres MTS

- Il faut songer à faire un prélèvement de sang pour des épreuves sérologiques de détection de la **syphilis** (si ce n'est déjà fait)
  (voir section sur le Dépistage, page 167)
- Il convient d'envisager le **dépistage du VIH**
  - les tests de détection du VIH devraient toujours s'accompagner d'un counselling pré-test et post-test (voir page 191)
    (voir section sur le Dépistage, page 167)
- Il y aurait peut-être lieu d'immuniser le patient contre l'hépatite B
  - avant l'immunisation, on devrait considérer rechercher les marqueurs de l'hépatite B (antigène de surface [Ag HBs] et anticorps anti-antigène de surface [anti-HBs])
    (voir section sur l'Hépatite B, page 65)

Prévention

- **La prévention primaire des infections constitue un élément primordial de la prise en charge.**
- **Les relations anales ou oro-anales constituent les principaux modes de transmission sexuelle des infections causant une rectite, une rectocolite et une entérite.**
- **Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes liés aux MTS, il faut saisir cette occasion importante pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.**

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- Les cas de maladies dont la déclaration est obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux devraient être signalés aux autorités sanitaires locales.
- Lorsqu'un traitement est indiqué pour le cas primaire, tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec le cas primaire dans les 30 jours précédant l'apparition des symptômes si l'on a décelé la présence de *N. gonorrhoeae* (plus longtemps si le cas est asymptomatique ou si l'anamnèse le justifie) ou au moins 6 semaines avant s'il s'agit de *C. trachomatis* devraient être retracés, soumis à une évaluation clinique et traités comme il convient. Les personnes traitées pour des infections gonococciques devraient également suivre un traitement contre la chlamydiose.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la recherche des contacts, à l'évaluation clinique, aux tests, au traitement et à l'éducation sanitaire.

Rectite (suite).....

Déclaration, recherche des contacts et suivi (suite).....

- Il faut prévoir un suivi approprié, mais si le traitement recommandé est administré et observé, si les symptômes et signes disparaissent et si le patient n'est pas réexposé à un partenaire non traité, on n'efectue pas habituellement d'autres tests SAUF dans le cas d'une infection gonococcique ou SAUF dans le cas d'une syphilis où un contrôle sérologique est nécessaire (voir la section sur la Syphilis, page 101).

Prise en charge et traitement de la rectite

- La prise en charge initiale varie selon que l'on dispose ou non des résultats de l'examen du frottis coloré lors de la première consultation ou qu'il y a des signes de maladies à d'autres sites. Comme plusieurs microorganismes pathogènes sont souvent présents concurremment, la prise en charge initiale peut devoir être modifiée lorsqu'on reçoit les résultats de toutes les épreuves diagnostiques.

Résultats disponibles	
L'étude des frottis d'écoulement rectal révèle une augmentation du nombre de polynucléaires (PN) avec ou sans diplocoques intracellulaires Gram négatifs :	• traiter pour une urétrite due à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* *Patients de plus de 9 ans* : • **ceftriaxone, 250 mg IM** en dose unique **PLUS doxycycline, 100 mg per os** 2 fois par jour pendant 7 jours **OU tétracycline, 500 mg per os** 4 fois par jour pendant 7 jours(a) *Enfants de 9 ans ou moins* : • **céfixime, 16 mg/kg par os** en dose unique **PLUS érythromycine 40 mg/kg/jour per os** en doses fractionnées (max. 500 mg 4 fois par jour) pendant 7 jours(b) • pour avoir des renseignements sur les autres schémas thérapeutiques, consulter la section sur les Infections gonococciques, page 83
Présence de lésions externes typiques de l'infection à virus herpès simplex	• envisager de traiter pour une infection à VHS (voir section sur les Infections génitales à VHS, page 109).
Lésion positive lors de l'examen microscopique à fond noir	• traiter pour la syphilis (voir la section sur la Syphilis, page 101).
Signes d'infection dans d'autres localisations	• traiter pour le syndrome approprié (s'il s'agit d'une MTS, voir la section sur la MTS en cause)
Raison d'ordre épidémiologique pour soupçonner la présence d'une MTS particulière, p. ex., contact avec *N. gonorrhoeae* ou la syphilis	• traiter pour la MTS (voir section sur la maladie en cause)
Autres cas	• si l'étude des frottis d'écoulement rectal ne révèle pas d'augmentation du nombre de PN – différer le traitement jusqu'à l'obtention des résultats des tests diagnostiques – si les résultats sont positifs, traiter en conséquence (s'il s'agit d'une MTS, voir section sur la maladie en cause) – si les résultats sont négatifs, réexaminer le patient

a) La tétracycline coûte moins cher, mais l'observance est meilleure avec la doxycycline.
b) Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules.

Rectite (suite).....

Prise en charge et traitement de la rectite (suite).....

Résultats non disponibles	
Présence d'un écoulement rectal purulent ou mucopurulent	• traiter pour une rectite due à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis* (voir section sur les infections gonococciques, page 83).
Présence de lésions externes typiques d'une infection à virus herpès simplex	• envisager de traiter pour une infection à VHS (voir la section sur les Infections génitales à VHS, page 109).
Signes d'infection dans d'autres localisations	• traiter pour le syndrome approprié (s'il s'agit d'une MTS, voir la section sur la MTS en cause)
Raison d'ordre épidémiologique pour soupçonner la présence d'une MTS particulière, p. ex., contact avec *N. gonorrhoeae* ou la syphilis	• traiter pour la MTS (voir section sur la maladie en cause)
Autres cas	• différer le traitement jusqu'à l'obtention des résultats des tests diagnostiques – si les résultats sont positifs, traiter en conséquence (s'il s'agit d'une MTS, voir section sur la maladie en cause) – si les résultats sont négatifs, réexaminer le patient

Définition

- L'hépatite virale est une infection du foie qui peut être transmise sexuellement et qui peut être asymptomatique ou se présenter sous une forme aiguë ou chronique.

Epidémiologie/étiologie

- Les maladies transmises sexuellement les plus préoccupantes sont l'hépatite B, l'hépatite A, l'hépatite C, l'infection à cytomégalovirus (CMV) et l'infection à virus Epstein-Barr (VEB).
- Au moins 35 % des cas d'**hépatite B** sont transmis par contact sexuel.
- Au nombre des autres modes de transmission de l'**hépatite B** figurent l'exposition paratérale à du sang contaminé, la transmission interhumaine entre contacts familiaux et la transmission périnatale (de mère à enfant).
- L'**hépatite A** est transmise par voie oro-fécale; une proportion des cas seront dus à des contacts sexuels, en particulier chez les personnes qui ont des rapports oro-anaux.
- Le risque de transmission sexuelle de l'**hépatite C** semble faible; l'utilisation de drogues injectables, couramment associée à une augmentation du risque de MTS, constitue actuellement le mode de transmission le plus généralement reconnu. Avant l'instauration des tests de dépistage, le sang et les produits sanguins représentaient une importante source d'infection.

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- Un dépistage prénatal universel est recommandé pour la recherche de l'Ag HBs.
- On administrera à tous les enfants nés de mères Ag HBs positives.
  - des immunoglobulines anti-hépatitiques B (HBIG), 0,5 mL à la naissance et le vaccin contre l'hépatite B au début de la période néonatale.
- On recommande l'administration du vaccin anti-hépatitique B à tous les enfants qui sont en contact à la maison avec un parent ou un dispensateur de soins Ag HBs positif.
- Voir page 68.

Indices cliniques

Hépatite B: C'est l'hépatite transmise sexuellement la plus fréquente.

- Elle résulte d'un contact familial ou sexuel avec:
  - un cas d'hépatite B aigu
  - un porteur connu d'hépatite B
  - une personne qui présente un risque élevé d'infection:
    - hommes qui ont des relations homosexuelles
    - receveurs de nombreux produits sanguins (avant les programmes de dépistage)
    - utilisateurs de drogues injectables
    - personnes qui sont nées, qui ont vécu ou dont les parents ont vécu dans des régions où la maladie est fortement endémique.

Hépatite A

- Elle résulte d'un contact familial avec un cas d'hépatite A.
- Elle peut résulter d'un contact avec un travailleur de garderie atteint d'hépatite A.
- Elle peut être due à l'ingestion d'eau et d'aliment contaminés, en particulier chez les voyageurs.
- Elle peut être contractée lors de relations oro-anales.

Hépatite C

- Elle peut résulter d'une transmission sanguine (avant l'instauration de programmes de dépistage).
- Elle peut être associée à l'utilisation de drogues injectables.
- Elle peut être transmise lors de relations sexuelles avec une personne atteinte d'hépatite C.

Manifestations de la maladie

Maladie	Période d'incubation	% sujets symptomatiques	Issue
hépatite B	de 45 à 180 jours	• moins de 10 % des infections chez les enfants • 50 % des infections chez les adultes	• 1 % des sujets développent une hépatite fulminante • en général, de 1 à 10 % des sujets deviennent des porteurs chroniques mais ce pourcentage est beaucoup plus élevé si l'infection a été contractée durant la période périnatale ou par un jeune enfant
hépatite A	de 15 à 45 jours	• moins de 10 % des infections chez les enfants • 50 % des infections chez les adultes	• on note l'absence de portage chronique
hépatite C	de 6 à 65 jours	• présence fréquente de symptômes bénins durant la phase aiguë	• environ 50 % des sujects infectés deviennent des porteurs chroniques

Hépatite virale (suite).....

Diagnostic en laboratoire

- Cas clinique d'hépatite: prélever un échantillon de sang pour la recherche des IgM anti-VHA, de l'Ag HBs, des IgM anti-HBc, voir tableau sur la prise en charge, page 70.

	IgM anti-VHA(a)	Ag HBs(a)	Anti-HBc(a)	IgM anti-HBc(a)	Anti-HBs(a)	Anti-VHC(a)
hépatite A aiguë	+	–	–	–	–	–
hépatite A aiguë chez des porteurs chroniques du VHB(b)	+	+	+	–	–	–
hépatite B aiguë	–	+	+	+	–	–
hépatite B aiguë (fin de la période d'incubation)	–	+	–	–	–	–
hépatite B aiguë (période de latence)	–	–	+	+	–	–
hépatite B aiguë (convalescence) ou antécédents d'hépatite B	–	–	+	–	+	–
porteur chronique du VHB	–	+	+	–	–	–
immunité post-vaccinale (hépatite B seulement)	–	–	–	–	+	–
hépatite C aiguë ou chronique chez les porteurs chroniques du VHB	–	+	+	–	–	+

a) IgM anti-VHA: anticorps dirigé contre le virus de l'hépatite A de la classe IgM
Ag HBs: antigène de surface du VHB
Anti-HBc: anticorps anti-antigène de la nucléocapside du VHB, toute les classes
IgM anti-HBc: anticorps anti-antigène de la nucléocapside du VHB, de la classe des IgM
Anti-HBs: anticorps dirigé contre l'antigène de surface du VHB,
Anti-VHC: anticorps dirigé contre le virus de l'hépatite C

b) VHB: virus de l'hépatite B

Épreuves de détection d'autres MTS

- Il faut aussi songer à faire un prélèvement de sang pour des épreuves sérologiques de détection de la **syphilis** (voir section sur le Dépistage, page 167).
- Il convient d'envisager le **dépistage du VIH**
  - les tests de détection du VIH devraient toujours s'accompagner d'un counselling pré-test et post-test (voir page 191)
    (voir section sur le Dépistage 167).

Hépatite virale (suite).....

Prévention

- **La prévention primaire des infections constitue un élément primordial de la prise en charge.**
- **Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes liés aux MTS, il faut saisir cette occasion importante pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.**

Il a été démontré que l'*immunisation contre le virus de l'hépatite B* contribuait de façon très efficace à prévenir la transmission du virus et la maladie elle-même.

- Toutes les femmes devraient subir un test de dépistage de l'hépatite B (Ag HBs)
- on devrait administrer à tous les enfants nés d'une mère Ag HBs positive
  - des immunoglobulines anti-hépatite B (HBIG), 0,5 mL à la naissance en plus d'un vaccin contre l'hépatite B à partir la période néonatale
- Il convient d'immuniser contre l'hépatite B tous les enfants qui sont en contact dans leur famille avec un parent ou un dispensateur de soins Ag HBs positif.

Une immunisation universelle des enfants est possible dans l'avenir

- Principaux groupes cibles visés actuellement par les programmes d'immunisation contre l'hépatite B:
  - utilisateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels
  - hommes qui ont des relations homosexuelles et leurs partenaires sexuels
  - hommes bisexuels et leur partenaires sexuels
  - hétérosexuels ayant de nombreux partenaires
  - hétérosexuels qui ont contracté récemment une MTS
  - travailleurs du sexe (prostitués)
  - adolescents
  - certains travailleurs de la santé (exposé professionnellement).

Dépistage avant l'immunisation (voir page 171)

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- L'hépatite A et l'hépatite B sont des maladies à déclaration obligatoire dans toute les provinces et les territoires, alors que l'hépatite C n'est considérée comme une maladie à déclaration obligatoire que dans certains territoires ou provinces.
- Dans la mesure du possible, il faut déclarer si un cas est aigu ou s'il s'agit d'un porteur (hépatite B) ET le mode probable de transmission.

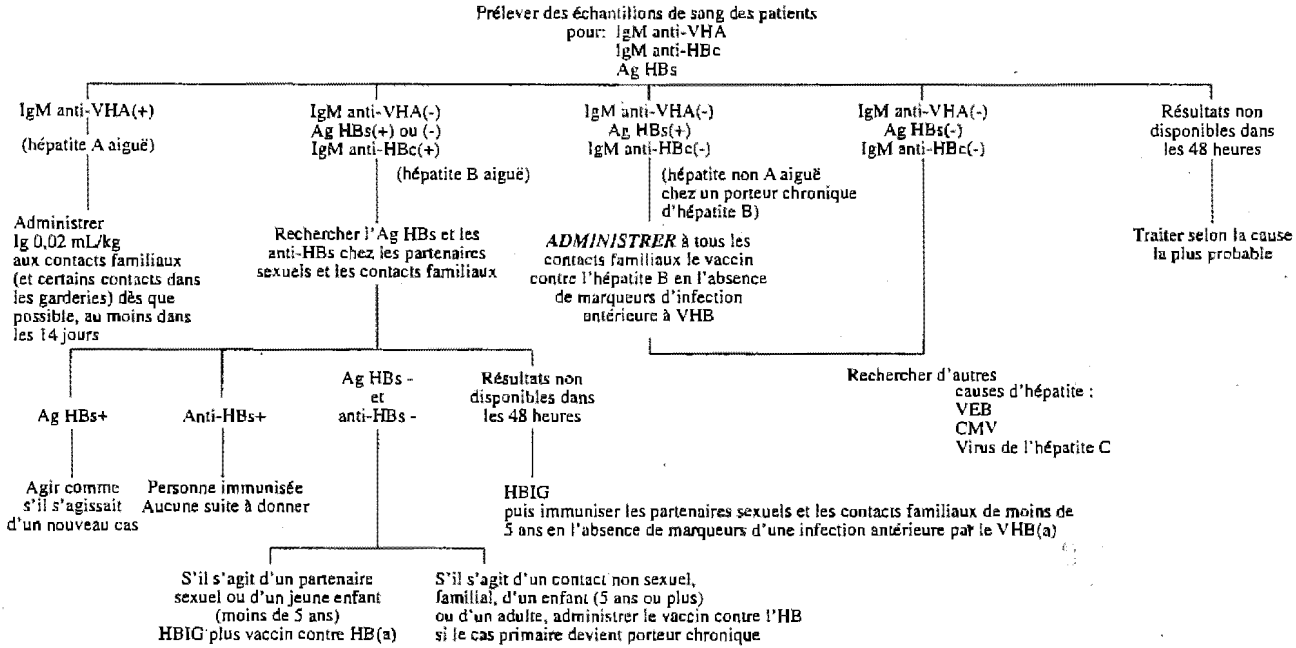
Hépatite virale (suite).....

Hépatite B

- Recherche des contacts dans le cas de l'hépatite B
  - pour l'administration post-exposition d'immunoglobulines anti-hépatite B et de la première dose d'un schéma vaccinal contre l'hépatite B dans les deux semaines qui suivent le diagnostic
  - les partenaires sexuels réguliers actuels doivent être soumis à un test et être immunisés s'ils sont suceptibles
  - si l'on dispose des ressources suffisantes, il faut identifier les partenaires sexuels ou les personnes qui ont partagé des seringues durant les six mois qui ont précédé l'apparition des symptômes ou plus longtemps si le cas est asymptomatique ou si les antécédents le justifient.
- Il faut dispenser des conseils au patient concernant la réduction des risques de transmission de l'infection aux autres jusqu'à ce qu'on ait administré le premier schéma vaccinal.
- Il faut inciter les patients à informer leurs partenaires non immunisés des risques d'infection et des méthodes pour réduire ces risques.

Hépatite C

- Il n'existe pas de vaccin pour le moment.
- Les rapports sexuels ne constituent pas une importante source d'infection mais il convient de dispenser des conseils concernant les méthodes de réduction des risques.



(a) Rechercher chez les nouveau-nés à l'âge de 9 mois l'Ag HBs et l'anti-HBs pour vérifier l'efficacité de la prophylaxie.

Abrévistions :
IgM anti-VHA : anticorps dirigé contre le virus de l'hépatite A de la classe des IgM
Ag HBs : antigène de surface de l'hépatite B
IgM anti-HBc : anticorps anti-antigène de la nucléocapside de l'hépatite B de la classe des IgM
HBIG : immunoglobuline anti-hépatite B (administrer le plus tôt possible après le contact, pas efficace après 14 jours)
Ig : gamma-globuline humaine (administrer le plus tôt possible après le contact, pas efficace après 14 jours)

NOTE : Les partenaires sexuels qui risquent de contracter une hépatite B devraient utiliser le condom durant la période de primo-vaccination.

Définition

- Les ulcérations génitales sont définies comme la présence d'ulcères ou de vésicules dans la région génitale causés par un certain nombre des MTS avec ou sans adénopathie.

Épidémiologie/étiologie

- Elles sont à l'origine de 2 à 5 % des consultations chez le médecin pour une MTS possible; de 70 à 80 % des ulcérations sont dues au virus herpès simplex (VHS), à *Treponema pallidum* ou à *Haemophilus ducreyi* (a).
- De 3 à 5 % des ulcères sont causés par deux agents pathogènes ou plus.
- Les hommes et les femmes qui présentent une ulcération génitale courent un plus grand risque de contracter et de transmettre le VIH.
- Les ulcérations génitales risquent d'être accompagnées d'autres MTS qui peuvent causer, par exemple, une urétrite ou une cervicite.
- Au Canada, il est rare qu'une ulcération génitale soit causée par un lymphogranulome vénérien (LGV).
- *H. ducreyi* est responsable d'épidémies focales en milieu urbain en Amérique du Nord, particulièrement parmi les utilisateurs de cocaïne. Les travailleurs du sexe (prostitués) constituent le réservoir habituel. De telles flambées de cas sont également associées à l'infection à VIH.
- Le ratio hommes/femmes présentant un chancre mou est au moins de 5 pour 1.
- Les hommes non circoncis risquent deux fois plus de développer un chancre mou après avoir été exposés à *H. ducreyi*.

Maladie	% d'ulcération génitale (a)	Période d'incubation
Infection génitale à VHS	de 20 à 60 %	de 2 à 21 jours
syphilis primaire	de 5 à 10 %	de 9 à 90 jours, moyenne de 21 jours
chancre mou	de 0 à 10 %	de 4 à 14 jours

a) Le reste des ulcérations génitales sont dues à un traumatisme, à une balanite ou une vulvite érosives non spécifiques, à une candidose, à une affection ou à une tumeur maligne, à la gale ou à des causes idiopathiques.

Ulcérations génitales (suite).....

Considérations spéciales dans le cas des enfants (voir section sur l'Abus sexuel à l'égard des enfants, page 137)

- Il faut songer à la possibilité d'un abus sexuel lorsqu'on découvre une ulcération génitale chez un enfant au-delà de la période néonatale. Dans ces cas, il faut soit orienter l'enfant vers un spécialiste ou discuter du cas avec un expert.
- Déclaration des cas d'agression sexuelle :
  - il faut signaler tous les cas d'abus sexuel à l'égard d'un enfant à l'organisme local de protection de l'enfance
  - les autorités sanitaires locales peuvent aider à évaluer la source de l'infection et les risques de transmission.
- L'examen physique doit comporter la recherche d'autres signes de mauvais traitements et d'autres MTS.
- Dans la mesure du possible, l'enfant devrait être évalué dans un centre d'aiguillage. Il est recommandé de faire faire tous les tests pertinents lors de l'examen initial.

Indices cliniques

- Lésions génitales ou MTS antérieure
- Contact avec des travailleurs du sexe (prostitués)
- Chancre mou : voyage dans une région où cette MTS est endémique
- VHS/syphilis/chancre mou : activité sexuelle avec un nouveau partenaire
- Contact avec une personne présentant une ulcération génitale

Ulcérations génitales (suite).....

Manifestations – ULCÈRES et VÉSICULES

NOTE

- Une infection concomitante par le VIH contribue à modifier le tableau clinique des ulcérations génitales dues aux trois maladies qui suivent

Maladie	Site	Aspect	Autres signes et symptômes
infection génitale à virus herpès simplex	• homme : gland/prépuce anus/rectum chez les homosexuels • femme : primo-infection – col de l'utérus (pas chez les jeunes filles impubères)/vulve • récurrence – vulve/périnée jambes/fesses	• vésicules multiples regroupées → ulcères circulaires superficiels • bords et bases lisses • lésions peu profondes	• ulcères habituellement douloureux • douleur dans la région génitale • masses non mobiles et sensibles dans la région inguinale • fièvre et malaise (surtout lors de la primo-infection)
syphilis primaire	• au point d'inoculation	• papule → chancre • induré accompagné d'exsudat séreux • un seul chancre dans 70 % des cas • bords et bases lisses	• ulcères indolores • ganglions souvent fermes, hypertrophiés, non mobiles et insensibles
chancre mou	• au point d'inoculation	• un ou plusieurs ulcères nécrosants • deux ulcères ou plus dans 50 % des cas • induré • aspect déchiqueté, taillé à pic • bords et bases irréguliers	• ulcères douloureux • souvent accompagnés d'une adénopathie régionale douloureuse et suppurante et d'un érythème et d'un oedème de la peau sus-jacente.

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

T. pallidum

- Examen microscopique sur fond noir ou réaction d'immunofluorescence directe de l'épanchement séreux des ulcères. La sérologie de la syphilis devrait inclure un test non tréponémique (RPR ou VDRL) et au moins une réaction tréponémique (MHA-TP ou FTA-ABS).

Virus herpès simplex

- On devrait prélever des échantillons de tous les ulcères pour des cultures **à moins que** l'infection n'ait été confirmée auparavant en présence du même tableau clinique (voir section sur le Prélèvement des échantillons, page 193).

Ulcérations génitales (suite).....

Prélèvement des échantillons (suite).....

H. ducreyi

- Il faut effectuer une culture tout en prévenant le laboratoire qu'il faut utiliser des procédures spéciales. Un frottis pour une coloration de Gram peut également être utile (voir section sur le Diagnostic en laboratoire, page 198).
- Il convient d'envisager le **dépistage du VIH**
  - les tests de détection du VIH devraient toujours s'accompagner d'un counselling pré-test et post-test (voir page 191)
    (voir section sur le Dépistage, page 167).
- Il y aurait peut-être lieu d'immuniser le patient contre l'hépatite B
  - avant l'immunisation, on devrait considérer rechercher les marqueurs de l'hépatite B (antigène de surface [Ag HBs] et anticorps anti-antigène de surface [anti-HBs])
    (voir section sur l'hépatite B, page 65).

Prévention

- **La prévention primaire des infections constitue un élément primordial de la prise en charge.**
- **Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes associés aux MTS, il faut saisir cette importante occasion pour l'informer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.**

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- Les cas de maladies dont la déclaration est obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux devraient être signalés aux autorités sanitaires locales.
- Lorsqu'un traitement est indiqué pour un chancre mou diagnostiqué, tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec le cas primaire (au moins dans les deux semaines qui ont précédé) devraient être retracés, soumis à une évaluation clinique et traités comme il convient.
- Lorsqu'un traitement est indiqué pour une syphilis primaire diagnostiquée, tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec le cas primaire dans les trois mois précédant l'apparition des symptômes doivent être retracés et soumis à des tests appropriés.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la recherche des contacts, à l'évaluation clinique, aux tests, au traitement et à l'éducation sanitaire.

Ulcérations génitales (suite).....

Prélèvement des échantillons (suite).....

- Il faut prévoir un suivi pour les chancres mous et les infections génitales à VHS, mais si le traitement recommandé est administré et observé, si les symptômes et signes sont disparus et si le patient n'est pas réexposé à un partenaire non traité (chancre mou), il n'est pas recommandé de répéter systématiquement les tests diagnostiques.
- Pour le suivi des patients syphilitiques, on se reportera à la section sur la Syphilis, page 101.

Prise en charge

Résultats disponibles	
l'examen au microscope à fond noir et la réaction d'immunofluorescence donnent des résultats POSITIFS (présence de spirochètes ayant une mobilité en tire-bouchon)	• traiter comme s'il s'agissait d'une syphilis (voir page 101)
l'examen au microscope à fond noir, la réaction d'immunofluorescence *et* les tests de détection du virus herpès simplex et de *H. ducreyi* donnent des résultats NÉGATIFS OU N'ONT PAS ÉTÉ EFFECTUÉS	• traiter comme une syphilis s'il y a des antécédents récents de contact avec un cas de syphilis infectieuse **OU** • s'il y a de bons indices cliniques et si l'on ne peut assurer un suivi **MAIS** • si les tests de laboratoire sont négatifs et si le tableau clinique est typique d'une infection à virus herpès simplex, envisager de traiter pour une infection à VHS **OU** • si le tableau clinique est évocateur d'un chancre mou, traiter pour un chancre mou (voir page 76)

Résultats non disponibles
Options : • orienter le patient pour un examen au microscope à fond noir, une réaction d'immunofluorescence, des cultures et des épreuves sérologiques appropriées et différer le traitement aux antimicrobiens jusqu'à l'obtention des résultats de laboratoire **OU** • si, d'après les indices cliniques, on soupçonne fortement une infection à VHS ou un chancre mou, traiter pour la maladie en cause et se reporter aux indications pour le suivi **OU** • si, d'après les indices cliniques, on soupçonne fortement une syphilis ou si un suivi plus approfondi est impossible, traiter comme s'il s'agissait d'une syphilis (voir page 101).

Ulcérations génitales (suite).....

Traitement :

	Traitement de choix	Autre traitement pour les patients allergiques à la pénicilline(a)
Syphilis primaire (voir aussi page 101).	*pour les adultes :* • **benzathine pénicilline G 2,4 millions U IM** en une seule séance *pour les enfants (non atteints de syphilis congénitale) :* • **benzathine pénicilline G 50 000 U/kg IM** (jusqu'à concurrence de 2,4 millions U) en une seule séance	*pour les adultes et les adolescents :* • **tétracycline, 500 mg per os** 4 fois par jour pendant 14 jours **OU** • **doxycycline, 100 mg per os** 2 fois par jour pendant 14 jours *pour les enfants de moins de 9 ans, les femmes enceintes et qui allaitent :* *traitement de choix :* • **désensibilisation et traitement pénicillinique** *autre traitement :* • **érythromycine, 40 mg/kg/jour per os** en doses fractionnées (max. 500 mg par dose) pendant 14 jours

	Primo-infection	Récurrences	
		Traitement	Prophylaxie
Infection génitale à VHS (voir aussi page 109)	*enfants impubères :* • l'administration par voie orale d'acyclovir peut être efficace mais on ne dispose d'aucune donnée pour le prouver • **acyclovir, 5 mg/kg IV** 3 fois par jour pendant 7 jours *adultes et adolescents :* • **acyclovir, 200 mg per os** 5 fois par jour pendant 10 jours ou plus ou jusqu'à guérison complète **OU** • **acyclovir, 5 mg/kg IV** 3 fois par jour pour les patients qui doivent être hospitalisés, retour à la voie orale si possible pour terminer les 10 jours de traitement ou jusqu'à guérison complète (un traitement amorcé 6 jours ou plus après l'apparition des symptômes risque peu d'être efficace)	*enfants :* • (voir pages 113, 114) *adultes et adolescents :* traitement intermittent (précoce, amorcé par le patient) des infections actives récurrentes • **acyclovir, 200 mg per os** 5 fois par jour pendant 5 jours (efficacité limitée sur le plan clinique); utile pour une minorité de patients	*enfants :* • (voir pages 113, 114) *adultes et adolescents :* • (voir pages 113, 114)

	Traitement de choix	Autres traitements
chancre mou	*adultes :* • **érythromycine, 2 g/jour per os** en doses fractionnées pendant 7 jours *enfants :* • **érythromycine, 50 mg/kg/jour per os** en doses fractionnées pendant 7 jours (max. 500 mg 4 fois par jour)	• **ciprofloxacine, 500 mg per os** 1 fois par jour pendant 3 jours (non recommandé pour les enfants impubères, les femmes enceintes ou qui allaitent) **OU** • **ceftriaxone, 250 mg IM** en dose unique

a) Il faut suivre de près les patients allergiques à la pénicilline auxquels on a administré de la tétracycline, de la doxycycline ou de l'érythromycine afin de vérifier l'efficacité du traitement.

NOTE

• Les doses d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules (sauf l'estolate qui est contre-indiqué durant la grossesse).

Pédiculose du pubis (morpions)

Épidémiologie/étiologie

- Il s'agit d'une infestation par *Phthirus pubis* (morpions).
- Les humains sont le seul réservoir.
- Le morpion vit moins longtemps sur son hôte (24 heures) que le pou de la tête (plusieurs jours).
- Cette infestation est la plus fréquente chez les célibataires de 15 à 25 ans et est plus rare chez les personnes de plus de 35 ans.
- Le morpion se transmet de la façon suivante :
  - transmission interhumaine lors de contacts intimes
  - partage d'effets personnels (vêtements, literie).

Manifestations

- Au nombre des réactions aux morsures de morpions citons : prurit, érythème, irritation et inflammation cutanées.
- De petites taches bleues peuvent apparaître à l'endroit des morsures.
- Une infestation importante peut être associée à une légère fièvre et à des malaises.
- Le grattage peut causer une infection cutanée secondaire.

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- Il faut se fonder sur l'anamnèse et les indices permettant de soupçonner une infection.
- Il faut procéder à une recherche minutieuse des morpions adultes et de leurs oeufs (lentes); il faut rechercher les zones où il y a des croûtes et des lentes à la base des poils, les croûtes pouvant être des morpions adultes.
- On examinera les lentes ou les croûtes au microscope optique.

Prise en charge et traitement

- Le pédiculicide devrait demeurer en contact avec les lentes pendant au moins une heure.

Pédiculose du pubis

- Les agents thérapeutiques recommandés sont la perméthrine à 5 % ou l'hexachloro-gamma-benzène/lindane à 1 %.
- Le traitement à l'hexachloro-gamma-benzène/lindane a été grandement utilisé mais en raison de ses effets neurotoxiques possibles, il est plus prudent de limiter son utilisation chez les jeunes enfants; ce produit peut en outre être considéré comme dangereux pour les travailleurs de la santé. Le traitement au lindane n'est pas recommandé chez les femmes enceintes ou qui allaitent.
- La crème à 5 % de perméthrine a une efficacité similaire tout en étant toxique.
- On doit laver la région touchée, appliquer la crème ou la lotion pendant 10 minutes et puis laver.
- Il convient de répéter le traitement si nécessaire dans les 7 à 10 jours.
- Le lavage à l'eau chaude (50 °C) ou le nettoyage à sec des vêtements et des objets susceptibles d'héberger des microorganismes pathogènes tuent les morpions quel que soit leur stade de développement. Si une telle solution est impossible, il convient de placer ces vêtements et ces objets dans des sacs en plastique pendant 2 semaines.
- Il faut aspirer les matelas.
- Il convient d'examiner et de traiter les partenaires sexuels s'il y a lieu.

Gale

Épidémiologie/étiologie

- La gale est due à l'acarien, *Sarcoptes scabiei*.

Transmission

- Les contaminations non sexuelles sont fréquentes, par des contacts personnels intimes, p. ex., dans une famille.
- Les effets personnels partagés (vêtements, literie) peuvent héberger des microorganismes pathogènes.
- La transmission peut se faire par contact sexuel : habituellement, un bref contact n'est pas suffisant.
- Les personnes de 15 à 40 ans qui sont actifs sexuellement sont les plus touchées.

Manifestations

- Prurit nocturne
- Sillons sous la peau

Gale (suite).....

- Lésions plus ou moins symétriques – en particulier sur les mains (entre les doigts, côtés des doigts) et les poignets. Elles peuvent se retrouver sur l'abdomen, les fesses, le haut des cuisses ainsi que sur les seins chez la femme.
- Pyodermite du pénis
- Chez les patients infectés par le VIH, les manifestations peuvent être atypiques (lésions croûteuses ou manifestation «exagérée»).

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- Il faut racler la peau au niveau du sillon pour retirer l'acarien.
- Il faut colorer le sillon à l'encre
  - appliquer de l'encre à stylo à l'extérieur du sillon, essuyer la peau, on peut ainsi visualiser la trace du sillon.

Prise en charge et traitement

- On applique une crème ou une lotion d'hexachloro-gamma-benzène/lindane à 1 % :
  - étendre sur toutes les régions du corps du cou jusqu'aux orteils
  - laisser en place pendant de 8 à 12 heures
  - prendre une douche et mettre des vêtements propres
  - traitement non recommandé pour les jeunes enfants en raison des effets neurotoxiques possibles.
- La crème à 5 % de perméthrine ou un aérosol à base de pyréthrinoïdes ont un effet similaire au lindane mais sont moins toxiques.
- Une crème à 10 % de crotamiton ou une gelée de pétrole contenant 5 % de soufre sont moins efficaces
  - crotamiton : appliquer la nuit pendant 2 nuits et laver à fond 24 heures après la dernière application
  - soufre : appliquer la nuit pendant 3 nuits et laver à fond 24 heures après la dernière application.

- Il faut laver les vêtements et la literie.
- Il faut examiner et traiter les partenaires sexuels s'il y a lieu.
- Le prurit peut persister pendant plusieurs semaines. On peut administrer un nouveau traitement après une semaine s'il n'y a pas d'amélioration sur le plan clinique. Par la suite, on ne doit administrer un nouveau traitement que si l'on retrouve des acariens vivants.

Parasitoses (suite).....

Gale (suite).....

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- On n'est pas obligé en général de signaler les cas de pédiculose du pubis et de gale aux autorités sanitaires locales.
- Il faut prévoir un suivi seulement si c'est nécessaire du point de vue clinique.
- Dans le cas des parasitoses externes, la recherche des contacts n'est pas obligatoire.

Diagnostic, prise en charge et traitement de certaines maladies

Épidémiologie/étiologie

- Elles sont causées par *Neisseria gonorrhoeae*.
- 13 000 cas ont été signalés au Canada en 1990.
- Les groupes les plus touchés sont les femmes de 15 à 19 ans et les hommes de 20 à 24 ans.
- Dans la plupart des régions du Canada, plus de 1 % des organismes sont résistants à la pénicilline; cette proportion peut atteindre 15 % ou plus dans certaines régions urbaines et rurales.
- Le nombre d'isolats résistants à la tétracycline ou à un mélange de pénicilline et de tétracycline augmente.
- La période d'incubation habituelle est de 2 à 7 jours.
- Jusqu'à 50 % des hommes et des femmes peuvent être des porteurs asymptomatiques de ces infections, qui sont le plus souvent localisées dans certaines parties du corps, p. ex., rectum et pharynx.
- Les contacts risquent davantage d'être asymptomatiques.
- Un portage chronique est possible.
- *Chlamydia trachomatis* ou d'autres pathogènes responsables de MTS sont souvent présents en même temps.

Indices cliniques

- Facteurs comportementaux :
  - rapports sexuels non protégés dans le cadre d'une relation qui n'est pas monogame exclusive
  - antécédents de MTS
  - contact avec une personne porteuse d'une infection diagnostiquée ou d'un syndrome compatible
  - adolescents et jeunes adultes de moins de 25 ans actifs sexuellement
  - jeunes de la rue
- Symptômes d'une infection du tractus génital par *N. gonorrhoeae* :
  - sécrétions urétrales pouvant être accompagnées de dysurie
  - écoulement vaginal possible dans le cas d'une infection cervicale à gonocoques
  - douleurs abdominales basses et dyspareunie chez la femme

Infections gonococciques (suite).....

Manifestations de la maladie

Nouveau-nés et nourissons	Enfants	Adultes
• CONJONCTIVITE DU NOUVEAU-NÉ • infection amniotique • infection gonococcique disséminée	• URÉTRITE • VAGINITE • conjonctivite • pharyngite • rectite • infection gonococcique disséminée	Femmes : • CERVICITE • ATTEINTES INFLAMMATOIRES PELVIENNES : salpingite endométrite • périhépatite • bartholinite
		Hommes : • URÉTRITE • épididymite
		Hommes et femmes : • pharyngite • conjonctivite • rectite • infection gonococcique disséminée : arthrite, dermatite, endocardite, méningite

Principales séquelles

Femmes	• infertilité • grossesse ectopique • douleurs pelviennes chroniques

Prélèvement des échantillons

- Hommes – les écouvillons à l'alginate de calcium ou Dacron(a) sont recommandés
- Femmes – les écouvillons à l'alginate de calcium ou Dacron(a) sont préférables, mais les écouvillons de coton stériles peuvent aussi être utilisés
- Les échantillons devraient être prélevés pour le diagnostic d'une infection gonococcique (voir ci-dessous) et d'une infection chlamydienne (voir page 93).

Sites de prélèvement habituel

- Urètre chez les adolescents et les hommes adultes (pour prélever l'échantillon d'écoulement, il faudra peut-être mettre à nu l'urètre [masser le pénis 3 ou 4 fois de la base jusqu'au gland] ou réévaluer le patient au moins 4 heures après la dernière miction)
  - s'il y a écoulement au niveau du méat urétral, insérer un écouvillon de 1 à 2 cm dans le méat
  - s'il n'y a pas d'écoulement au niveau du méat, insérer un écouvillon endo-urétral à tige métallique flexible de 3 à 4 cm dans l'urètre

a) ® E.I. DuPont de Nemours, Inc.

Infections gonococciques (suite).....

Sites de prélèvements habituels (suite).....

- Urètre chez les garçons impubères
  - il est difficile de prélever un échantillon intra-urétral chez les garçons impubères à cause de la douleur que cela provoque et du faible diamètre de l'urètre
  - pour des raisons pratiques plutôt que scientifiques, on prélèvera un échantillon intra-urétral à l'aide d'un mince écouvillon à tige métallique flexible
  - il faut tourner l'écouvillon dans le méat et non pas l'introduire dans l'urètre
- Col de l'utérus chez les adolescentes et les femmes adultes
  - il n'est pas nécessaire d'enlever les mucosités cervicales : les échantillons pour la détection de *N. gonorrhoeae* sont ainsi prélevés avant ceux prévus pour *C. trachomatis*, vu qu'il est recommandé dans le second cas de retirer les mucosités cervicales
  - insérer un écouvillon stérile sur une distance de 1 à 2 cm dans le canal endocervical et effectuer plusieurs rotations
- Urètre chez les jeunes filles impubères
  - on doit prélever un échantillon au niveau du méat à l'aide d'un mince écouvillon à tige métallique flexible
- Rectum chez les femmes (colonisation possible sans relations anales) et chez les hommes homosexuels
- Pharynx si la personne a eu des contacts oro-génitaux

Autres sites

- Examen de l'urine de la première miction pour un test sans culture visant à mettre en évidence *N. gonorrhoeae* possible dans certains laboratoires seulement. Ce test est moins sensible qu'un écouvillonnage urétral chez les hommes symptomatiques. Il n'est pas recommandé comme méthode de dépistage chez les hommes asymptomatiques (voir la section sur le prélèvement des échantillons, page 193).
- Rectum et urètre s'il y a eu ablation du col de l'utérus
- Vagin et rectum chez les jeunes filles impubères – PAS le col de l'utérus
- Conjonctive pour une infection oculaire
- Échantillons à prélever pour une culture chez les femmes qui doivent subir une coelioscopie pour une infection génitale haute
- Sang et liquide articulaire dans les infections disséminées
- Échantillon épididymaire prélevé par aspiration
- Urètre chez les femmes présentant un syndrome urétral.

Infections gonococciques (suite).....

Transport

- On devrait s'informer auprès des autorités sanitaires locales ou du laboratoire des méthodes recommandées pour le transport des échantillons afin d'assurer la survie des agents pathogènes destinés à une culture (voir section sur le Diagnostic en laboratoire des infections gonococciques, page 203).
- Durant le transport, les échantillons de gonocoques devraient être conservés à la température ambiante – et NON à 4 °C tel que recommandé pour d'autres organismes.

Épreuves de détection d'autres MTS

- Il faut songer à faire un prélèvement de sang pour des épreuves sérologiques de détection de la **syphilis**
  (voir section sur le Dépistage, page 167)
- Il convient d'envisager le **dépistage du VIH**
  - les tests de détection du VIH devraient toujours s'accompagner d'un counselling pré-test et post-test (voir page 191)
    (voir section sur le Dépistage, page 167)
- Il y aurait peut-être lieu d'immuniser le patient contre l'hépatite B
  - avant l'immunisation, on devrait considérer rechercher les marqueurs de l'hépatite B (antigène de surface [Ag HBs] et anticorps anti-antigène de surface [anti-HBs])
    (voir section sur l'Hépatite B, page 65)

Diagnostic en laboratoire

- Les cultures effectuées moins de 48 heures après l'exposition peuvent être négatives.
- Une culture est recommandée :
  - dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants
  - dans les cas d'agression sexuelle
  - en cas d'échec du traitement
  - pour le suivi des traitements par voie orale
  - pour l'évaluation de la cervicite et de l'atteinte inflammatoire pelvienne.
- Une étude de sensibilité est recommandée pour tous les isolats; elle est cependant **obligatoire** pour tous les isolats provenant des cultures de contrôle positives et en cas d'échec du traitement. On peut remplacer les tests de détection des ß-lactamases si l'on utilise de l'ampicilline/amoxicilline lorsqu'on n'a pas accès à toute la batterie de tests de sensibilité.
- Lorsqu'il n'est pas pratique d'effectuer une culture, on peut procéder à des épreuves sans culture.

Infections gonococciques (suite).....

Diagnostic en laboratoire (suite).....

Site	Test	Commentaires
urètre : adolescents et hommes adultes	• coloration de Gram – (pour les diplocoques intracellulaires)	• diagnostic en général de gonorrhée
	• culture	• confirmation et sensibilité aux antibiotiques
	• épreuve sans culture	• seulement dans les cas où il n'est pas pratique de faire des cultures (n'indique pas la sensibilité aux antibiotiques)
méat : hommes impubères	• culture	• confirmation et sensibilité aux antibiotiques • TESTS SANS CULTURE INSATISFAISANTS POUR DES RAISONS MÉDICO-LÉGALES DANS LES CAS D'AGRESSION OU D'ABUS SEXUELS À L'ÉGARD D'UN ENFANT
canal endocervical : adolescentes et femmes adultes	• coloration de Gram pour des diplocoques intracellulaires	• sensibilité plus faible que dans le cas des échantillons de sécrétions urétrales chez les hommes mais peut permettre le diagnostic de la gonorrhée
	• culture	• confirmation et sensibilité aux antibiotiques
	• épreuve sans culture	• seulement dans les cas où il n'est pas pratique de faire des cultures (n'indique pas la sensibilité aux antibiotiques)
vagin chez les jeunes filles prépubères	• culture	• confirmation et sensibilité aux antibiotiques • TESTS SANS CULTURE INSATISFAISANTS POUR DES RAISONS MÉDICO-LÉGALES DANS LES CAS D'AGRESSION OU D'ABUS SEXUELS À L'ÉGARD D'UN ENFANT
pharynx conjonctive rectum	• culture (coloration de Gram et épreuve sans culture non indiquées pour ces sites)	• confirmation et sensibilité aux antibiotiques

Prévention

- **La prévention primaire des infections constitue un élément primordial de la prise en charge.**
- **Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes associés aux MTS, il faut saisir cette importante occasion pour l'éduquer et l'encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.**

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- Les infections gonococciques doivent être déclarées dans toutes les provinces et les territoires.
- Les résultats positifs des cultures et des autres tests doivent être communiqués aux autorités sanitaires locales.

- Tous les partenaires qui ont eu des relations sexuelles avec le cas primaire pendant que celui-ci était symptomatique et dans les 30 jours précédant l'apparition des symptômes (plus longtemps si le cas est asymptomatique ou si les antécédents le justifient), ainsi que les parents de nouveau-nés infectés et les personnes impliquées dans les cas d'abus sexuel, doivent être retracés, soumis à une évaluation clinique et traités s'il y a lieu. Les personnes traitées pour une infection gonococcique devraient également être traitées pour une chlamydiose.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la recherche des contacts, à l'évaluation clinique, aux tests, au traitement et à l'éducation sanitaire.

- Il faut prévoir un suivi pour tous les patients 4 à 7 jours après la fin du traitement.
- On n'a pas l'habitude de répéter le test diagnostique pour *N. gonorrhoeae* si le traitement recommandé est administré et observé, si les symptômes et signes disparaissent et s'il n'y a pas de nouvelle exposition à un partenaire non traité.
- **Il faut effectuer** des tests de contrôle au moyen d'une culture **si** :
  - le traitement a déjà échoué
  - l'on dispose de données attestant une résistance aux antimicrobiens
  - le patient est un adolescent
  - l'observance du traitement par le patient est mise en doute
  - il s'agit d'un cas d'infection pharyngée ou rectale gonococcique
  - le patient a été réexposé à un partenaire non traité
  - la patiente est infectée durant la grossesse
  - l'on diagnostique une atteinte inflammatoire pelvienne ou une infection gonococcique disséminée
  - le patient est un enfant et l'on craint une exposition persistante.

Infections gonococciques (suite).....

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- Il y a lieu de soupçonner un abus sexuel si l'on diagnostique une infection génitale, rectale ou pharyngée gonococcique chez un enfant après la période néonatale. On devrait consulter un expert dans de tels cas. Il faut également évaluer les frères et soeurs et les autres enfants qui peuvent être à risque.
- Déclaration des agressions sexuelles
  - tout abus sexuel commis à l'endroit d'un enfant doit être signalé aux services locaux de protection de l'enfance
  - les autorités sanitaires locales peuvent apporter une aide pour l'évaluation de la source de l'infection et de sa propagation.
- **VOIR SECTION SUR L'ABUS SEXUEL À L'ÉGARD DES ENFANTS, PAGE 137.**

Prise en charge

- Elle est fonction du site de l'infection et des résultats de laboratoire.
- Un diagnostic de gonorrhée est confirmé seulement si l'on a isolé *N. gonorrhoeae* dans une culture. Tous les cas confirmés doivent être traités.

Résultats disponibles	
coloration de Gram	• traiter pour une gonococcie si des diplocoques Gram négatifs intracellulaires ont été mis en évidence (la présence de diplocoques Gram négatifs à l'extérieur des polynucléaires (PN) constitue un résultat équivoque qui doit être confirmé au moyen d'une culture. La présence de polynucléaires sans diplocoque ne signe pas ni n'exclut une infection gonococcique)
épreuves sans culture	• un résultat positif à une épreuve sans culture est évocateur d'une gonorrhée et devrait être confirmé si possible MAIS il faut traiter pour une gonorrhée dans le cas d'un résultat positif
Résultats des frottis, des cultures ou des épreuves sans culture non disponibles	
écoulement urétral ou cervical observé	• traiter pour la gonorrhée
pas d'écoulement urétral ni cervical	• attendre avant de traiter d'obtenir les résultats du frottis, de la culture ou des autres tests **OU** si l'on doute de pouvoir assurer le suivi et si les antécédents et les symptômes sont évocateurs de l'infection – traiter pour une gonorrhée.

Traitement

- **TOUS LES PATIENTS TRAITÉS POUR UNE GONORRHÉE DEVRAIENT ÊTRE ÉGALEMENT TRAITÉS POUR LA CHLAMYDIOSE**

ADOLESCENTS ET ADULTES
[sauf les femmes enceintes et les mères qui allaitent](a)(b)

Infection urétrale, endocervicale, rectale
(épididymite : voir section sur l'Épididymite)

Traitement de choix (IM) :
- **ceftriaxone, 250 mg IM** en dose unique
  PLUS doxycycline/ tétracycline(c)

Traitement de choix (oral) :
(ordre alphabétique)
- **céfixime, 800 mg per os** en dose unique(d)
  PLUS doxycycline/trétracycline(c)
  OU
- **ciprofloxacine, 500 mg**
  PLUS doxycycline/tétracycline(c)
  OU
  ofloxacine, 400 mg per os en dose unique
  PLUS doxycycline/tétracycline(c)

Autre traitement (IM) :
- **spectinomycine, 2 g IM** en dose unique,
  PLUS doxycycline/tétracycline(c)

Autre traitement (oral) :
N'utiliser le schéma thérapeutique suivant que dans les régions où l'on surveille activement la résistance à la pénicilline ***ET*** *que si le pourcentage d'isolats résistants à la pénicilline est inférieur à 3 %(e)* ***ET*** *si l'infection a été contractée dans la même région géographique :*
- **amoxicilline, 3 g per os OU ampicilline, 3,5 g per os PLUS probénécide, 1 g per os** en dose unique
  PLUS doxycycline/tétracycline(c)

Infection pharyngée

Note : ampicilline, amoxicilline et spectinomycine non efficaces contre les infections pharyngées et ofloxacine ou céfixime non recommandées pour le moment en raison de l'absence de données justifiant leur utilisation

De choix :
- **ceftriaxone, 250 mg IM** en dose unique
  PLUS doxycycline/tétracycline(c)

Autre traitement :
- **ciprofloxacine, 500 mg per os** en dose unique
  PLUS doxycycline/tétracycline(c)

Conjonctivite gonococcique (adolescents et adultes)
Infection disséminée : arthrite et méningite

Consultation d'un spécialiste essentielle
Hospitalisation nécessaire pour la méningite et éventuellement nécessaire pour d'autres infections disséminées

Traitement initial de choix :
- **ceftriaxone, 2 g/jour IM**
  PLUS doxycycline/tétracycline(c)
  en attendant la consultation

VOIR NOTES, PAGE 92

Infections gonococciques (suite).....

Traitement (suite).....

ENFANTS DE MOINS DE 9 ANS(d)

Infection urétrale, vaginale, rectale	
Traitement de choix : • **céfixime(f) 16 mg/kg per os** en dose unique (max. 800 mg)(f) **PLUS érythromycine(g)** **OU** • **ceftriaxone, 125 mg IM** en dose unique **PLUS érythromycine(g)**	*Autre traitement :* • **spectinomycine, 40 mg/kg IM** (max. 2 g) en dose unique **PLUS érythromycine(g)** *Si l'on sait que l'isolat est sensible à la pénicilline :* • **amoxicilline ou ampicilline, 50 mg/kg per os** **PLUS probénécide, 25 mg/kg per os** (max. 1 g) en dose unique **PLUS érythromycine(g)**

Infection pharyngée	
Traitement de choix : • **ceftriaxone, 125 mg IM** en dose unique **PLUS érythromycine(g)**	*Si l'on sait que l'isolat est sensible à la pénicilline :* • **pénicilline G procaïne aqueuse, 100 000 U/kg (60 mg/kg) IM** (max. 4,8 x 10^6 U) PLUS **probénécide, 25 mg/kg per os** (max. 1 g) en dose unique **PLUS érythromycine(g)**

Infection disséminée : arthrite, méningite
Hospitalisation et consultation d'un spécialiste essentielles *Traitement initial de choix :* • **ceftriaxone, 50 mg/kg/jour IM** **PLUS érythromycine (g)** en attendant la consultation

VOIR NOTES, PAGE 92

Traitement (suite).....

ENFANTS DE MOINS DE 9 ANS(d) (suite).....

Conjonctivite du nouveau-né(h)

Hospitalisation et isolement du nouveau-né pendant les 24 premières heures de traitement efficace
- culture des sécrétions oculaires, hémoculture (LCR seulement s'il y a évidence de maladie systémique).
- irrigation des yeux à l'aide d'une solution saline stérile normale immédiatement et au moins toutes les heures aussi longtemps que nécessaire pour éliminer l'écoulement
- consultation d'un spécialiste le plus tôt possible

Traitement initial de choix :
- **ceftriaxone, de 25 à 50 mg/kg/jour IV ou IM** pendant 7 jours
  PLUS
  érythromycine (voir schéma posologique pour les infections chlamydiennes chez les enfants, page 100)

NOTES

a) Dans le cas des femmes enceintes et des mères qui allaitent, on devrait suivre le schéma thérapeutique prévu pour les adultes et les adolescents, sauf que l'ofloxacine et la ciprofloxacine sont contre-indiquées et qu'il faudrait remplacer la doxycycline/tétracycline par l'**érythromycine, 2 g per os** en doses fractionnées pendant au moins 7 jours **OU** en cas d'intolérance, par l'**érythromycine, 1 g** en doses fractionnées pendant 14 jours (l'estolate d'érythromycine est contre-indiqué durant la grossesse).

b) On ne devrait pas administrer de ceftriaxone, de céfixime, de céfuroxime, d'amoxicilline et d'ampicilline aux personnes allergiques à la céphalosporine ou ayant déjà eu une réaction immédiate ou anaphylactique à la pénicilline.

c) On devrait toujours inclure la **doxycycline, 100 mg per os** 2 fois par jour pendant 7 jours OU la **tétracycline, 500 mg per os** 4 fois par jour pendant 7 jours comme traitement contre la chlamydiose. La tétracycline coûte moins cher mais l'observance est moins bonne que dans le cas de la doxycycline.

d) Certains experts croient qu'une dose de 400 mg de céfixime est suffisante. Les experts qui ont collaboré à la préparation des présentes lignes directrices sont en général d'avis qu'on devrait maintenir la dose recommandée de 800 mg jusqu'à ce qu'on dispose de données concluantes.

e) Il faut contacter les autorités sanitaires locales si l'on ne connaît pas la situation dans sa région. En cas de doute, il est recommandé d'utiliser le schéma thérapeutique *de choix*.

f) Les traitements par voie orale sont conseillés dans le cas des enfants. Les recommandations relatives à l'utilisation de la céfixime s'appuient sur des données démontrant l'efficacité de ce médicament dans le traitement des infections causées par des organismes similaires à *Neisseria gonorrhoeae*. Comme l'expérience acquise dans l'administration de la céfixime aux enfants atteints d'une infection gonococcique est plutôt limitée, il *faut* vérifier la sensibilité aux antimicrobiens ET effectuer une culture de contrôle. Si l'on ne peut assurer de suivi, administrer de la ceftriaxone, 125 mg IM au lieu de la céfixime.

g) On devrait toujours inclure l'**érythromycine, 40 mg/kg/jour** par voie orale en doses fractionnées (max. 500 mg 4 fois par jour) pendant 7 jours, comme traitement contre la chlamydiose.

h) Les nouveau-nés dont la mère souffre d'une infection gonococcique non traitée risquent fort de contracter l'infection; il faut leur administrer une dose unique de **ceftriaxone, 50 mg/kg IM** (max. 125 mg) **PLUS du sirop d'érythromycine**, en doses adaptées à leur âge pendant 14 jours.

Autres considérations :
- Le diluant recommandé pour la ceftriaxone est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine afin de réduire l'inconfort.
- Lorsque les tétracyclines sont contre-indiquées ou non tolérées chez les adultes, il faut utiliser de l'**érythromycine, 2 g/jour per os** en doses fractionnées pendant 7 jours (**1 g** en doses fractionnées pendant 14 jours si une dose supérieure n'est pas tolérée). On peut utiliser d'autres formules posologiques d'érythromycine en doses appropriées sauf que l'estolate d'érythromycine est contre-indiqué durant la grossesse.
- Les doses recommandées d'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses similaires d'autres formules.

Épidémiologie/étiologie

- Elles sont causées par *Chlamydia trachomatis.*
- Elles sont plus fréquentes que l'infection due à *Neisseria gonorrhoeae* – plus de 50 000 cas déclarés au Canada en 1989-1990.
- Ces infections sont particulièrement fréquentes chez les adolescents actifs sexuellement.
- La période d'incubation varie habituellement entre 2 et 6 semaines, mais elle peut être beaucoup plus longue.
- 50 % des hommes et des femmes atteints peuvent être asymptomatiques.
- *N. gonorrhoeae* est souvent associé à *C. trachomatis.*
- Un portage chronique est possible.

Indices cliniques

- Antécédents de MTS
- Contact avec une personne atteinte d'une infection diagnostiquée ou d'un syndrome compatible
- Adolescent actif sexuellement
- Hommes
  - écoulement urétral
  - dysurie
  - sensation de picotement au niveau de l'urètre
- Femmes
  - écoulement vaginal
  - douleurs abdominales basses
  - saignement vaginaux anormaux
  - dyspareunie profonde
- Conjonctivite chez les nouveau-nés et pneumonie chez les nourrissons de moins de 6 mois

Chlamydiose (suite).....

Manifestations de la maladie

Nouveau-nés et nourrissons	Enfants	Adultes
• CONJONCTIVITE chez les nouveau-nés • PNEUMONIE chez les nourrissons de moins de 6 mois	• URÉTRITE • VAGINITE • RECTITE • conjonctivite • lymphogranulome vénérien	• CERVICITE • INFECTIONS GÉNITALES HAUTES : endométrite, salpingite • urétrite • périhépatite
		Hommes : • URÉTRITE • ÉPIDIDYMITE
		Hommes et femmes : • URÉTRITE • RECTITE • conjonctivite • lymphogranulome vénérien • syndrome de Fiessinger – Leroy-Reiter

Principales séquelles

Femmes	• douleurs pelviennes chroniques • infertilité • grossesse ectopique

Prélèvement des échantillons

- À moins que le diagnostic ait été écarté, on devrait prélever des échantillons pour le diagnostic d'une infection gonococcique (voir page 84) de même que de la chlamydiose (voir ci-dessous).
- Pour la plupart des sites d'infection, les résultats de la culture correspondent au nombre de cellules épithéliales cylindriques dans l'échantillon. Le pus peut ne pas contenir un grand nombre de ces cellules. L'échantillon DOIT inclure des cellules épithéliales car *C. trachomatis* est un bactérie à parasitisme intracellulaire obligatoire.

Sites de prélèvement habituels

- Urètre chez les adolescents et les hommes adultes (de préférence 4 heures après la dernière miction s'il n'y a pas d'écoulement visible)
  - insérer un mince écouvillon endo-urétral à tige métallique flexible de 3 à 4 cm dans l'urètre
- Urètre chez les garçons impubères
  - il est difficile de prélever un échantillon intra-urétral chez les garçons impubères à cause de la douleur que cela provoque et du faible diamètre de l'urètre

Chlamydiose (suite).....

Sites de prélèvement habituels (suite).....

- pour des raisons pratiques plutôt que scientifiques, on prélèvera un échantillon intra-urétral à l'aide d'un mince écouvillon à tige métallique flexible
- il faut tourner l'écouvillon dans le méat et non pas l'introduire dans l'urètre.

- Col de l'utérus chez les adolescentes et les femmes adultes
  - avant le prélèvement endocervical, les sécrétions vaginales et les glaires cervicales qui obstruent l'orifice devraient être retirées à l'aide d'un écouvillon ainsi que les mucosités endocervicales. Les échantillons destinés aux cultures de *N. gonorrhoeae* devraient être prélevées avant ceux destinés au dépistage de *C. trachomatis*
  - insérer un bâtonnet ouaté stérile de 1 à 2 cm dans le canal endocervical. Il sera plus facile de déceler la présence de *C. trachomatis* si l'on utilise une brosse cytologique (usage non approuvé chez la femme enceinte).
- Urètre chez les jeunes filles impubères
  - chez les jeunes filles impubères, on ne devrait effectuer qu'un prélèvement méatal à l'aide d'un mince écouvillon à tige métallique flexible.

Autres sites

- Examen de l'urine de la première miction pour un test sans culture visant à mettre en évidence la chlamydia est possible dans certains laboratoires seulement. Ce test est moins sensible qu'un écouvillonnage urétral chez les hommes symptomatiques. Il n'est pas recommandé comme méthode de dépistage chez les hommes asymptomatiques (voir la section sour le prélèvement des échantillons, page 193)
- Échantillons à prélever pour une culture chez les femmes qui doivent subir une coelioscopie pour une atteinte inflammatoire pelvienne
- Rectum si l'on envisage la possibilité d'une rectite ou s'il y a eu pénétration anale
- Conjonctives pour les infections oculaires
- Rhino-pharynx chez les nourrissons de moins de 6 mois
- Vagin et rectum chez les jeunes filles impubères
- Produit de ponction épididymaire
- Urètre chez les femmes présentant le syndrome urétral
- Rectum et urètre s'il y a eu ablation du col de l'utérus
- Produit de ponction des bubons dans le cas d'un lymphogranulome vénérien

NOTE

- Les épreuves sans culture ne sont pas indiquées pour le rectum et le rhino-pharynx.

Chlamydiose (suite).....

Épreuve de détection d'autres MTS

- Il faut songer à faire un prélèvement de sang pour des épreuves sérologiques de détection de la **syphilis**
  (voir section sur le Dépistage, page 167)
- Il convient d'envisager le **dépistage du VIH**
  - les tests de détection du VIH devraient toujours s'accompagner d'un counselling pré-test et post-test (voir page 191)
    (voir section sur le Dépistage, page 167)
- Il y aurait peut-être lieu d'immuniser le patient contre l'hépatite B
  - avant l'immunisation, on devrait considérer rechercher les marqueurs de l'hépatite B (antigène de surface [Ag HBs] et anticorps anti-antigène de surface [anti-HBs])
    (voir section sur l'Hépatite B, page 65)

Diagnostic en laboratoire

- La culture a toujours été considérée comme la méthode la plus sensible et la plus spécifique. Certaines modifications nouvelles apportées aux épreuves sans culture rendent ces techniques plus sensibles que les cultures.
  - Les résultats dépendent fortement du mode et de la méthode de transport de l'échantillon utilisé et du degré d'expertise du personnel de laboratoire en ce qui concerne les cultures de *C. trachomatis*
- La culture est la méthode de choix lorsqu'il y a des répercussions médico-légales.
- Les épreuves sans culture sont indiquées dans la plupart des cas à condition qu'on envisage la possibilité de résultats faux positifs et qu'il n'y ait pas d'incidence sur le plan juridique
  - problèmes des épreuves sans culture :
  - les faux positifs :
    - en particulier dans les situations où la prévalence est faible
    - ils devraient devenir plus rares par suite de l'utilisation de nouvelles techniques s'appuyant sur des tests de confirmation
  - non indiquées s'il y a des considérations juridiques
  - non indiquées pour le rectum ou le rhino-pharynx
- La recherche des anticorps sériques IgM par immunofluorescence peut être utile pour le diagnostic de la pneumonie à *C. trachomatis* au début d'une infection chez les nourrissons, en particulier chez ceux de moins de 3 mois.

Prévention

- **La prévention primaire des infections constitue un élément primordial de la prise en charge.**
- **Lorsque des patients viennent consulter parce qu'ils craignent une MTS, il faut saisir cette occasion importante pour les informer et les encourager à toujours avoir des relations sexuelles protégées.**

Chlamydiose (suite).....

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- La chlamydiose doit être signalée par les médecins aux autorités sanitaires locales dans toutes les provinces et les territoires, sauf en Colombie-Britannique, à Terre-Neuve et au Nouveau-Brunswick (au moment de la publication, avril 1992).
- Dans toutes les provinces et les territoires, les laboratoires doivent signaler les résultats positifs à une culture et à une épreuve sans culture aux autorités sanitaires locales.
- Il faut retracer, soumettre à une évaluation clinique et à un traitement approprié tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec le cas primaire au cours des 6 semaines précédant l'apparition des symptômes ou plus longtemps avant, si le cas est asymptomatique ou si les antécédents le justifient, de même que les parents des nouveau-nés infectés et les personnes victimes d'abus sexuel.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la recherche des contacts, à l'évaluation clinique, aux tests, au traitement et à l'éducation sanitaire.
- Si les ressources dont disposent les autorités sanitaires locales sont limitées, on devrait en priorité rechercher les contacts des adolescentes et des femmes adultes de moins de 25 ans.
- On n'effectue pas couramment un deuxième test diagnostique pour *C. trachomatis* si le traitement recommandé est administré, si les signes et symptômes disparaissent et s'il n'y a pas de réexposition à un partenaire non traité. Toutefois, lorsqu'il est difficile de garantir l'observance du traitement et si l'on a prescrit de l'érythromycine, il est à conseiller de répéter le test.
- Des tests de contrôle devraient être effectués de trois à quatre semaines après la cessation d'un traitement efficace, par exemple dans le cas des femmes enceintes et de leur nouveau-né. Il est recommandé de faire des cultures dans ces situations. Si une épreuve sans culture est utilisée comme examen de contrôle, il faut laisser passer suffisamment de temps pour permettre l'élimination des organismes détruits (au moins 3 semaines).
- Un échec thérapeutique démontré peut être dû :
  - à un résultat faux positif
  - à la non-observance du traitement
  - à une réexposition à un partenaire non traité
  - à une infection contractée d'un nouveau partenaire
  - à une infection causée par d'autres agents pathogènes
  - à d'autres agents non infectieux

Chlamydiose (suite).....

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- Il faut envisager la possibilité d'un abus sexuel lorsque l'on détecte une infection chlamydienne génitale ou rectale chez des enfants impubères de plus de 6 mois, bien qu'une infection à *Chlamydia* contractée durant la période périnatale puisse coloniser le nourrisson jusqu'à trois ans. Il faut consulter un spécialiste dans de tels cas.
- Les épreuves sans culture ne sont pas acceptables pour des raisons médico-légales à cause du nombre accru de résultats faux positifs.
- Les parents des nouveau-nés infectés doivent être évalués et traités, s'il y a lieu.
- Tout abus sexuel à l'égard d'un enfant doit être signalé à l'organisme local de protection de l'enfance.
- **VOIR SECTION SUR L'ABUS SEXUEL À L'ÉGARD DES ENFANTS, PAGE 137.**

Prise en charge

- L'évaluation devrait être adaptée aux symptômes et aux signes motivant la première consultation (voir la section appropriée pour plus de détails).
- Une infection asymptomatique ne sera décelée qu'à l'aide de tests de dépistage ou que par la présence de la maladie ou un résultat positif chez un partenaire sexuel ou un enfant.
- On devrait amorcer le traitement :
  - après avoir diagnostiqué un syndrome compatible à la chlamydiose, sans attendre les résultats des tests spécifiques de détection de *C. trachomatis*
  - après avoir diagnostiqué un syndrome compatible à la chlamydiose chez un partenaire, sans attendre les résultats des tests diagnostiques spécifiques pour *C. trachomatis*
  - si le résultat au test diagnostique est positif
  - après avoir diagnostiqué une infection à *N. gonorrhoeae*, sans attendre les résultats du test de détection de *C. trachomatis*

Chlamydiose (suite).....

Traitement (pour le traitement des atteintes inflammatoires pelviennes, voir la section pertinente, page 25)

ADOLESCENTS ET ADULTES
[sauf les femmes enceintes et les mères qui allaitent]

Infection urétrale, endocervicale, rectale **Épididymite : voir section sur l'Épididymite, page 49)** **NOTE :** L'administration d'ofloxacine n'est pas recommandée pour le moment car l'on ne dispose pas encore de données suffisantes.	
Traitement de choix : • **doxycycline, 100 mg per os** 2 fois par jour pendant 7 jours	*Autre traitement :* Si la tétracycline est tolérée • **tétracycline, 500 mg per os** quatre fois par jour pendant 7 jours **OU** dans les cas où les tétracyclines sont contre-indiquées ou ne sont pas tolérées • **érythromycine, 2 g per os** en doses fractionnées pendant 7 jours **OU** en cas d'intolérance • **érythromycine, 1 g/jour per os** en doses fractionnées pendant 14 jours **OU** essayer une autre formule d'érythromycine **OU** • **sulfaméthoxazole, 1 g per os** 2 fois par jour pendant 10 jours

FEMMES ENCEINTES ET MÈRES QUI ALLAITENT

Infection urétrale, endocervicale, rectale	
Traitement de choix : • **érythromycine, 2 g per os** en doses fractionnées (l'estolate d'érythromycine est contre-indiqué) pendant 7 jours **OU** si ce schéma posologique n'est pas toléré **érythromycine, 1 g per os** en doses fractionnées pendant 14 jours **OU** essayer une autre formule posologique d'érythromycine	*Autre traitement durant les deux premiers trimestres :* • **sulfaméthoxazole, 1 g per os** 2 fois par jour pendant 10 jours *Autre traitement durant le dernier trimestre :* • **amoxicilline, 500 mg per os** 3 fois par jour pendant 7 jours (on dispose de données limitées concernant l'efficacité de ce schéma thérapeutique)

VOIR NOTES, PAGE 100

Chlamydiose (suite).....

Traitement (suite).....

NOUVEAU-NÉS, NOURRISSONS ET ENFANTS

<table>
<tr><th rowspan="2">NOUVEAU-NÉS ET NOURRISSONS</th><th colspan="2">ENFANTS</th></tr>
<tr><th>Moins de 9 ans</th><th>9 ans ou plus</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Durant la première semaine de vie :
nourrissons de moins de 2 000 g
• érythromycine, 20 mg/kg/jour per os en doses fractionnées
nourrissons de plus de 2 000 g
• érythromycine, 30 mg/kg/jour per os en doses fractionnées
plus d'une semaine à 1 mois
• érythromycine, 40 mg/kg/jour per os en doses fractionnées

Les schémas ci-dessus devraient être administrés pendant au moins 14 jours.

Note : le traitement topique seulement pour la conjonctivite n'est PAS suffisant</td><td rowspan="2">Plus de 1 mois :
• érythromycine, 40 mg/kg/jour per os en doses fractionnées (max. 500 mg, 4 fois par jour) pendant 7 jours
OU
• sulfaméthoxazole, 75 mg/kg/jour per os en doses fractionnées (max. 1 g, 2 fois par jour) pendant 10 jours</td><td>Traitement de choix :
• doxycycline, 5 mg/kg/jour per os en doses fractionnées (max. 100 mg, 2 fois par jour) pendant 7 jours
OU
• tétracycline, 40 mg/kg/jour per os en doses fractionnées (max. 500 mg 4 fois par jour) pendant 7 jours</td></tr>
<tr><td>Autre traitement :
Dans les cas où les tétracyclines sont contre-indiquées ou ne sont pas tolérées
• érythromycine, 40 mg/kg/jour per os en doses fractionnées (max. 500 mg 4 fois par jour) pendant 7 jours ou 250 mg 4 fois par jour pendant 14 jours
OU
• sulfaméthoxazole, 75 mg/kg/jour per os en doses fractionnées (max. 1 g 2 fois par jour) pendant 10 jours</td></tr>
</table>

NOTES

- Les doses d'érythromycine recommandées s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules.
- Si le patient a été traité à l'érythromycine, il est conseillé de répéter les tests à la fin du traitement. D'autres raisons pour répéter les tests sont données ci-dessus.

Épidémiologie/étiologie

- Elle est causée par *Treponema pallidum.*
- 1 441 cas ont été déclarés au Canada en 1990, dont
  304 cas de syphilis primaire ou secondaire
  8 cas de syphilis congénitale
  1 129 cas de syphilis latente et «autres».
- Depuis 1985, on observe aux États-Unis parmi la population hétérosexuelle un retour en force de la syphilis infectieuse liée à l'usage de drogues. L'augmentation du nombre de cas d'infection chez les femmes a été associée à une recrudescence de la syphilis congénitale.

Indices cliniques

- Lésion génitale ou MTS antérieure
- Contact avec un cas connu
- Lésions, éruption – emplacement, description, douleur
- Une sérologie spécifique de la syphilis négative n'exclut pas les infections antérieures chez les personnes séropositives pour le VIH – le suivi et le traitement de ces personnes peuvent devoir être prolongés

Manifestations de la maladie

Stade	Période d'incubation	Manifestations/commentaires
Primaire	De 10 à 90 jours	• chancre induré, indolore (habituellement génital) • adénopathie régionale indolore
Secondaire	De 4 à 10 semaines après le stade primaire	• éruption maculopapulaire non prurigineuse (tronc, paumes, plantes) • adénopathie généralisée indolore • condylomes plats, plaques muqueuses, symptômes pseudo-grippaux
Latente – asympto-matique		• précoce : dure moins d'un an – 25 % des cas évoluent vers le stade secondaire • tardive : dure plus d'un an
Tertiaire	De 10 à 30 ans	• lésions gommeuses au niveau de la peau, des os, des tissus sous-cutanés • atteinte cardio-vasculaire – anévrisme de l'aorte, régurgitation aortique • neurosyphilis
Congénitale		• risque de transmission de 50 % lorsque la mère est atteinte d'une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce non traitée • peut être asymptomatique dans deux tiers des cas • faible poids à la naissance, hépato-splénomégalie, éruption, anémie, rhinite, dystrophie métaphysaire • mort-né • syphilis précoce possible dans les deux premières années de vie ou syphilis congénitale plus tard dans la vie

Prélèvement des échantillons

Examen au microscope à fond noir (ou réaction d'immunofluorescence directe, si possible)

- pour visualiser *T. pallidum*
- utile pour l'examen des chancres de la syphilis primaire, des condylomes plats et des plaques muqueuses de la syphilis secondaire
- utile pour l'examen des secrétions nasales chez les nouveau-nés atteints de rhinite
- non fiable pour les lésions bucales ou rectales

Sérologie

- réactions non tréponémiques telles que VDRL, RPR, ART, RST, EIA et TRUST se positivent de 1 à 4 semaines après l'apparition du chancre primaire
- réactions tréponémiques telles que MHA-TP et FTA-ABS deviennent positives avant le RPR (voir section sur le Diagnostic en laboratoire de la syphilis, page 209)

LCR

- numération cellulaire, dosage des protéines et VDRL (seule épreuve sérologique appropriée)
- étude du LCR à effectuer dans les cas :
  - de syphilis congénitale
  - de syphilis tertiaire
  - où il y a des signes et symptômes neurologiques
  - de syphilis latente lorsque le titre au RPR $\geq$ 1:32
  - de personnes infectées par le VIH qui souffrent de siphilis latente ou dont la syphilis a été traitée sans diminution concomitante du titre au RPR

Femmes enceintes

- Toutes les femmes enceintes devraient passer des tests de dépistage (épreuve non tréponémique tout d'abord) au début de leur grossesse; toutes les femmes enceintes dans certains groupes et celles qui ont des comportements à haut risque devraient subir un nouveau test au cours du 3e trimestre (voir section sur le Dépistage, page 167).

Épreuve de détection d'autres MTS

- Il convient d'envisager le **dépistage du VIH**
  - les tests de détection du VIH devraient toujours s'accompagner d'un counselling pré-test et post-test (voir page 191)
    (voir section sur le Dépistage, page 167)
- Il y aurait peut-être lieu d'immuniser le patient contre l'hépatite B
  - avant l'immunisation, on devrait considérer rechercher les marqueurs de l'hépatite B (antigène de surface [Ag HBs] et anticorps anti-antigène de surface [anti-HBs])
    (voir section sur l'Hépatite B, page 65)

Diagnostic en laboratoire

- Il est souvent difficile d'interpréter les résultats des épreuves sérologiques. À moins d'être sûr qu'il s'agisse d'une première infection, il faut consulter un spécialiste.
- L'âge du patient, sa situation clinique, l'histoire de la maladie, les traitements déjà reçus et les résultats sérologiques antérieurs sont des éléments très importants de l'évaluation; par exemple, lorsque le titre au test VDRL est de 1:8 et que le résultat au MHA-TP est positif, aucun suivi ne peut être nécessaire si la personne a été convenablement traitée et si le titre qu'elle a obtenu auparavant au VDRL était de 1:32.
- Dans le cas des personnes âgées, il est peu utile d'effectuer une ponction lombaire ou de traiter une personne séropositive à moins que l'on ne soupçonne une syphilis infectieuse ou tertiaire. Il n'est pas recommandé d'effectuer un dépistage systématique dans ce groupe au moment de l'admission dans les centres de soins prolongés.
- L'infection à VIH peut modifier la réaction au test RPR, ce qui rend le suivi plus difficile.

Test	Test	Raison possible
Réaction non tréponémique : VDRL, RPR, ART, TRUST, RST, EIA	Réaction tréponémique : MHA-TP, FTA-ABS	
+	+	• syphilis – récente ou antérieure • pian ou pinta
+	–	• pas de syphilis – faux positif
–	–	• pas de syphilis ou maladie en phase d'incubation
–	+	• syphilis probable – cas aigu, déjà traité ou non traité • pian ou pinta

Prise en charge

Syphilis primaire et secondaire

- procéder à des tests sérologiques (RPR ou autre test non tréponémique et MHA-TP, FTA-ABS)
- essayer par tous les moyens d'obtenir un examen au microscope à fond noir (ou une réaction d'immunofluorescence directe et interpréter de la façon suivante :
  - si les résultats sont positifs, traiter
  - si les résultats sont négatifs, effectuer un contrôle en double (même visite)
  - si les résultats sont positifs, traiter
  - s'ils demeurent négatifs et qu'on ne peut assurer un suivi, effectuer une culture pour le virus herpès simplex et attendre les résultats
  - si les résultats de l'examen au microscope à fond noir ne sont pas disponibles ou si l'on ne peut assurer le suivi des résultats négatifs, traiter

Syphilis (suite).....

Syphilis latente

- effectuer des examens sérologiques (RPR ou autre test non tréponémique, MHA-TP, FTA-ABS)
  - écarter la possibilité d'une maladie tertiaire au moyen de l'examen physique et de la radiographie
  - traiter selon le stade
  - envisager une ponction lombaire

Syphilis tertiaire

- procéder à des tests sérologiques (RPR ou autre test non tréponémique, MHA-TP, FTA-ABS)
  - examiner le LCR (VDRL, numération cellulaire, dosage des protéines)
  - si les résultats de l'étude du LCR sont négatifs, traiter pour une maladie latente
  - si les résultats sont positifs, traiter pour une neurosyphilis

Syphilis congénitale

- soumettre l'enfant et la mère à des tests sérologiques (RPR ou autre test non tréponémique, MHA-TP, FTA-ABS) (l'interprétation d'un résultat sérologique chez un enfant sera fonction des antécédents thérapeutiques et de la réaction au traitement durant la grossesse ainsi que de l'âge de l'enfant)
  - les échantillons de sang du cordon ne sont pas idéaux pour la sérologie
- en présence de lésions cutanées ou d'une rhinite, prélever des échantillons pour un examen au microscope à fond noir (ou une réaction d'immunofluorescence directe, si possible)
- examiner le LCR (VDRL, numération cellulaire, dosage des protéines)
  - il est difficile d'interpréter les résultats durant les premières semaines de vie des nourrissons nés d'une mère syphilitique en raison du nombre normalement élevé de cellules et de protéines dans le LCR et du risque de résultat faux positif à l'examen du LCR au moyen du test VDRL chez les nourrissons qui présentent des titres élevés d'anticorps passifs. Un résultat normal à l'examen du LCR n'élimine pas la possibilité d'une neurosyphilis chez le nourrisson mais est utile comme point de comparaison lors du suivi
- prendre une radiographie des os longs
- traiter (voir page 107)

Prévention

- **La prévention primaire des infections constitue un élément primordial de la prise en charge.**
- **Lorsque des patients consultent parce qu'ils craignent une MTS, il faut saisir cette occasion importante pour les renseigner et les encourager à avoir toujours des relations sexuelles protégées**

Syphilis (suite).....

Déclaration, recherche des contacts et suivi

Déclaration

- La syphilis est une maladie à déclaration obligatoire dans toutes les provinces et les territoires. Tous les cas cliniques et les résultats positifs aux examens de laboratoire doivent être signalés aux autorités sanitaires locales.

Recherche des contacts

- Tous les partenaires qui ont eu des relations sexuelles avec le cas primaire durant les périodes qui suivent doivent être retracés et soumis à des tests appropriés.

  Syphilis primaire :
  – au cours des 3 mois précédant l'apparition des symptômes

  Syphilis secondaire :
  – au cours des 6 mois précédant l'apparition des symptômes

  Syphilis latente précoce :
  – au cours de l'année précédant le diagnostic

  Syphilis latente tardive :
  – évaluer le conjoint ou les partenaires de longue date et les enfants s'il y a lieu

  Syphilis congénitale :
  – évaluer la mère et son (ses) partenaire(s) sexuel(s)

  Stade indéterminé :
  – se montrer prudent ou consulter un expert.

- Tous les partenaires sexuels actuels, les parents de nouveau-nés infectés ainsi que les personnes impliquées dans des cas d'agression et d'abus sexuels doivent être retracés, soumis à une évaluation clinique et sérologique et traités aux antibiotiques suivant le stade de l'infection.
- On doit essayer par tous les moyens de déterminer le stade d'évolution de la maladie avant d'amorcer le traitement, vu que le stade constitue un critère important pour la sélection du schéma thérapeutique et le suivi.
- Si la personne a été exposée à une syphilis précoce au cours des 90 jours précédents, on devrait supposer que la personne est infectée et la traiter en conséquence.
- Si la personne a été exposée plus de 90 jours auparavant et si les résultats sérologiques sont disponibles, le traitement devrait se fonder sur ces résultats.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la recherche des contacts, à l'évaluation et au traitement.

Suivi

- Il convient d'effectuer un CONTRÔLE SÉROLOGIQUE (RPR ou autre test non tréponémique, MHA-TP, FTA-ABS) jusqu'à l'obtention d'une réponse adéquate, en suivant le calendrier suivant :

  syphilis primaire, secondaire, latente précoce, congénitale
  – 1, 3, 6, 12 et 24 mois après le traitement

Syphilis (suite).....

Suivi (suite).....

syphilis latente tardive, tertiaire

– 12 et 24 mois après le traitement

neurosyphilis

– 6, 12 et 24 mois après le traitement

infection à VIH

– 1, 3, 6, 12 et 24 mois après le traitement et chaque année par la suite

- Voici l'évolution normale de la sérologie :

primaire

– division par 4 du titre après 6 mois, division par 8 après 12 mois, division par 16 après 24 mois

secondaire

– division par 8 et par 16 du titre après 6 et 12 mois

syphilis latente précoce

– division par 4 du titre après 12 mois

- On observera après 2 à 3 ans une baisse régulière du titre obtenu aux tests non tréponémiques allant jusqu'à une négativisation ou une normalisation à un faible niveau du titre chez une forte proportion des patients atteints de syphilis primaire, jusqu'à 60 à 75 %.
- Une réponse sérologique adéquate ne signifie pas que le patient est guéri si les titres étaient au départ très élevés.
- Si le titre obtenu à un test non tréponémique se multiplie par 4 après le traitement sans qu'il y ait eu de réinfection, on devrait réévaluer le patient et effectuer une ponction lombaire.
- Il peut être utile d'effectuer un test tréponémique lorsque l'épreuve non tréponémique se négativise afin de faciliter l'évaluation d'un nouvel épisode d'infection ou d'un contact futur. Les cas déjà traités risquent de demeurer positifs aux tests MHA-TP et FTA-ABS.

- **LES EXAMENS ANORMAUX DU LCR** devraient être répétés après 6 mois (dans le cas de la syphilis congénitale, 6 mois ou moins selon le résultat de l'étude du LCR à l'accouchement et les résultats sérologiques subséquents).
  – baisse à prévoir du titre à l'examen du LCR au moyen du VDRL et normalisation de la numération cellulaire après 3 à 6 mois
  – un nouveau traitement peut s'imposer si la réaction n'est pas satisfaisante.

NOTE

- Les nourrissons asymptomatiques dont la mère a reçu un traitement adéquat à la pénicilline plus d'un mois avant l'accouchement risquent peu de développer une syphilis congénitale MAIS devraient être examinés soigneusement et faire l'objet d'un suivi sérologique jusqu'à négativisation des tests non tréponémiques et tréponémiques. Si les résultats aux tests tréponémiques demeurent positifs après un an, c'est que l'enfant souffre d'une syphilis congénitale; un traitement approprié devrait lui être administré (voir également page 108).

Syphilis (suite).....

Traitement :

STADE	TRAITEMENT DE CHOIX	AUTRE TRAITEMENT POUR LES PATIENTS ALLERGIQUES À LA PÉNICILLINE(a)
Syphilis primaire, secondaire, latente datant de moins d'un an	*pour les adultes :* • **benzathine pénicilline G** **2,4 millions U IM** en une seule séance *pour les enfants (non atteints de syphilis congénitale) :* • **benzathine penicilline G** **50 000 U/kg IM** (jusqu'à concurrence de 2,4 millions U) en une seule séance	*pour les adultes et les adolescents :* • **tétracycline, 500 mg per os** 4 fois par jour pendant 14 jours **OU** • **doxycycline, 100 mg per os** 2 fois par jour pendant 14 jours *pour les enfants de moins de 9 ans et les femmes enceintes :* *traitement de choix :* • **désensibilisation et traitement pénicillinique** *autre traitement :* • **érythromycine, 40 mg/kg/ jour per os** en doses fractionnées (max. 500 mg par dose) pendant 14 jours (l'estolate d'érythromycine est contre-indiqué durant la grossesse)(c)
Syphilis latente datant de moins d'un an y compris syphilis cardio-vasculaire	• **benzathine pénicilline G** **2,4 millions U IM** par semaine pendant trois semaines consécutives	Même traitement que ci-dessus sauf qu'il devrait être administré pendant 28 jours
Neurosyphilis	• **pénicilline G cristalline** **de 3 à 4 millions U IV** toutes les 4 heures (de 16 à 24 millions U par jour) pendant 10 à 14 jours	
Syphilis congénitale(b) précoce datant de moins d'un an tardive d'une durée supérieure à un an	• **pénicilline G cristalline** **50 000 U/kg IV** toutes les 12 heures pendant la première semaine de vie, toutes les 8 heures par la suite pendant 10 jours LCR anormal ou atteinte neurologique • **pénicilline G cristalline, 200 000 U/kg/jour IV** toutes les 6 heures pendant 10 à 14 jours LCR normal et aucune atteinte neurologique • **pénicilline G cristalline, 200 000 U/kg/jour IV** toutes les 6 heures pendant 10 à 14 jours **OU** • **benzathine penicilline G, 50 000 U/kg IM** (max. 2,4 millions U) par semaine pendant 3 semaines consécutives	

a) Il faut suivre de près les patients allergiques à la pénicilline ou qui sont traités à la tétracycline, à la doxycycline ou à l'érythromycine afin de vérifier l'efficacité du traitement.
b) Les nourrissons asymptomatiques dont la mère a été traitée à l'aide d'un autre médicament que la pénicilline devraient recevoir de la **benzathine pénicilline G, à raison de 50 000 U/kg IM** en une seule dose.
c) Les doses d'érythromycine recommandées s'appliquent à l'érythromycine base. On pourra les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules.

VOIR NOTES, PAGE 108

NOTES

Infection à VIH

- **LES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIRUS DE L'IMMUNO-DÉFICIENCE HUMAINE (VIH) PEUVENT DEVOIR SUIVRE UN TRAITEMENT PLUS LONG OU RECEVOIR DES DOSES PLUS ÉLEVÉES ET ÊTRE SUIVIES DE PLUS PRÈS.**
- Certains experts suggèrent qu'on administre aux patients atteints de syphilis précoce qui sont infectés par le VIH de la **benzathine pénicilline G, à raison de 2,4 millions U IM** par semaine pendant 3 semaines consécutives.

Grossesse

- Toutes les femmes qui n'ont pas déjà été traitées devraient recevoir des doses de pénicilline adaptées au stade de la maladie.
- Il n'est pas nécessaire de répéter le traitement durant la grossesse à moins de signes cliniques ou sérologiques de réinfection (multiplication par 4 du titre obtenu lors du test RPR) ou si la patiente a eu des contacts sexuels récents avec une personne atteinte de syphilis précoce.
- On ne devrait administrer de l'érythromycine qu'en cas d'allergie à la pénicilline et que s'il est impossible d'effectuer un test cutané pour l'allergie à la pénicilline et une désensibilisation.
- On devrait conseiller aux femmes enceintes qui reçoivent un traitement de consulter un médecin si elles décèlent toute diminution dans les mouvements du foetus; il n'est pas nécessaire qu'elles soient hospitalisées systématiquement.

Syphilis congénitale

- Si la mère syphilitique n'a pas été traitée durant la grossesse, le nouveau-né risque de contracter une syphilis congénitale.
- Les nourrissons infectés sont souvent asymptomatiques à la naissance et peuvent être séronégatifs si la mère a été infectée vers la fin de sa grossesse.
- Les nourrissons devraient être traités à la naissance :
  - si la mère n'a pas été correctement traitée, si un médicament autre que la pénicilline a été utilisé, si l'on n'en sait rien, si le traitement a été administré au cours du dernier trimestre ou du dernier mois de la grossesse ou si la réaction sérologique de la mère est inadéquate
    OU
  - si un suivi adéquat de l'enfant ne peut être assuré.

Réaction de Jarisch-Herxheimer

- Une réaction fébrile peut survenir dans les 8 à 12 heures suivant le traitement anti-syphilitique, le plus souvent dans le cas d'une syphilis précoce.
- Cette réaction s'accompagne souvent d'un malaise général et n'a rien à voir avec une allergie médicamenteuse.
- Elle dure habituellement quelques heures et peut être traitée au moyen d'antipyrétiques.

Épidémiologie/étiologie

- Le VHS de type 2 (VHS-2) est le plus fréquent (≥ 70 % des primo-infections et 98 % des herpès récurrents)
- Le VHS de type 1 (VHS-1) est moins fréquent (≤ 30 % des primo-infections, 2 % des infections récurrentes)
- Les personnes demeurent infectées toute leur vie et sont pour la plupart asymptomatiques.

Histoire naturelle

- Les primo-infections sont souvent asymptomatiques.
- La période habituelle d'incubation des primo-infections symptomatiques varie entre 2 et 21 jours.
- Les infections récurrentes remontent habituellement le long des nerfs sensitifs et peuvent se manifester dans des zones externes non contiguës reliées par le dermatome.
- Les récurrences symptomatiques et asymptomatiques sont fréquentes.

Indices cliniques

Premier épisode clinique
Primo-infection

- Il s'agit du premier épisode avec signes cliniques chez un patient **séronégatif**.
  On observe une dermatose vésiculeuse et ulcérative aux points d'inoculation du virus ou à proximité.
- La période habituelle d'incubation d'une primo-infection varie entre 2 et 21 jours.
- L'infection est habituellement localisée au niveau des organes génitaux externes, du pubis, du périnée et des régions périanales, ainsi qu'au niveau du col de l'utérus, de l'anus ou de l'urètre (chez les hommes et les femmes) selon le type de contact.
- Une adénopathie douloureuse est fréquente.
- Les problèmes urinaires, y compris les retards de la miction avec effort pour uriner ou une dysurie externe (voir définition page 188), sont fréquents chez les hommes et les femmes et peuvent durer longtemps.
- De 40 à 70 % des primo-infections symptomatiques s'accompagnent de symptômes généraux (fièvre, douleurs musculaires).
- Les méningites amicrobiennes bénignes sont observées dans 10 à 30 % des primo-infections symptomatiques.

Infection génitale à virus herpès simplex (suite).....

Indices cliniques (suite)

Premier épisode clinique (suite).....

Infection non primaire

- Il s'agit du premier épisode clinique chez un patient **séropositif.**
- La période d'incubation est longue ou courte (plusieurs années chez certains patients)
- On peut observer une dermatose vésiculeuse et ulcérative unilatérale s'apparentant à une infection récurrente.
- Il est rare que les symptômes intéressent l'organisme entier.

Infection récurrente symptomatique

- Elle est due à une réactivation du virus latent ou à une inoculation récente.
- Les symptômes sont moins graves et durent moins longtemps que dans le cas d'une primo-infection.
- Elle se limite généralement aux organes génitaux.

Herpès néonatal

- La contamination du foetus est rare mais peut survenir à n'importe quel stade de la grossesse après une primo-infection de la mère (voir ci-dessous les renseignements sur l'infection durant l'accouchement). Le risque est le plus élevé au troisième trimestre.
- L'infection intra-utérine n'entraîne pas de malformations chez le foetus, mais peut causer des atteintes graves de même que des lésions destructrices.
- L'herpès néonatal est contracté le plus souvent durant l'accouchement.
- Il est rare qu'une infection récurrente à VHS soit transmise aux nouveau-nés même si les infections génitales à VHS sont fréquentes chez les femmes.
- Les nouveau-nés dont la mère est atteinte d'une infection primaire à la fin de la grossesse courent un risque particulièrement élevé, peu importe que l'infection maternelle soit symptomatique ou asymptomatique, mais la primo-infection herpétique génitale durant la grossesse est associée à un taux élevé de contamination du nouveau-né, pouvant atteindre 50 %.
- Les signes cliniques peuvent se manifester peu après la naissance ou 4 à 6 semaines après l'accouchement. Au nombre des principales manifestations figurent :
  - une infection généralisée qui intéresse le foie, d'autres organes et souvent le SNC avec ou sans atteinte cutanée, la période d'incubation étant d'environ 1 semaine;
  - une affection isolée du SNC sans atteinte cutanée ni viscérale, la période d'incubation variant entre 2 et 4 semaines;
  - des lésions cutanées, oculaires et buccales localisées sans atteinte manifeste du SNC ni atteinte viscérale, la période d'incubation variant entre une et trois semaines. Certains nourrissons qui ne semblent présenter que des lésions cutanées peuvent présenter plus tard des atteintes neurologiques; il faut donc administrer à ces nourrissons de l'acyclovir par voie parentérale.
- La transmission postnatale du VHS chez les nouveau-nés est rare, mais des cas de transmission par la mère ou d'autres dispensateurs de soins ont été signalés.

Infection génitale à virus herpès simplex (suite).....

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- Pour établir le diagnostic, il faut les éléments suivants :
  - le tableau clinique classique
    ET
  - une culture (ou d'autres résultats à des tests spécifiques pour le virus)
- Il existe d'autres méthodes que les cultures pour le diagnostic en laboratoire des infections à VHS, mais la culture demeure la méthode de choix à cause de sa spécificité, de sa sensibilité et de sa capacité de typer la souche du virus. Le typage de la souche peut être utile dans le cas d'un enfant victime d'abus sexuel.
- Les techniques sérologiques actuelles sont utiles seulement si elles sont combinées à une culture dans le cas d'un premier épisode; on peut ainsi distinguer une primo-infection d'une infection non primaire (voir ci-dessus).
- On utilise de plus en plus des techniques sérologiques spécifiques pour la glycoprotéine g qui peuvent servir au diagnostic d'une infection latente.
- Pour plus d'information, consulter la section sur le Diagnostic en laboratoire, page
- Il faut songer à faire un prélèvement de sang pour des épreuves sérologiques de détection de la **syphilis**
  (voir section sur le Dépistage, page 167)
- Il convient d'envisager le **dépistage du VIH**
  - les tests de détection du VIH devraient toujours s'accompagner d'un counselling pré-test et post-test (voir page 191)
    (voir section sur le Dépistage, page 167)
- Il y aurait peut-être lieu d'immuniser le patient contre l'hépatite B
  - avant l'immunisation, on devrait considérer rechercher les marqueurs de l'hépatite B (antigène de surface [Ag HBs] et anticorps anti-antigène de surface [anti-HBs])
    (voir section sur l'Hépatite B, page 65)

Prévention

- **Il faut indiquer aux patients les moyens de réduire les risques de transmission de l'infection à d'autres.**
- **Il faut dispenser des conseils au patient sur la façon d'informer ses partenaires de ses antécédents et des risques d'infection.**
- **Lorsque le patient se présente avec des questions concernant les MTS, il faut saisir cette occasion importante pour lui fournir des renseignements et l'encourager à avoir toujours des relations sexuelles protégées.**

Infection génitale à virus herpès simplex (suite).....

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- Les infections génitales et néonatales à VHS doivent être signalées par les médecins aux autorités sanitaires locales dans certaines provinces mais dans aucun des territoires (au moment de la publication, avril 1992). Dans certaines provinces, les cas suspects sont signalés, mais dans d'autres, il faut confirmer par des examens de laboratoire. Pour en savoir plus, il convient de contacter les autorités sanitaires locales.

Recherche des contacts

- Il n'est pas nécessaire de rechercher les contacts
  - la plupart des patients sont atteints d'herpès récurrent
  - il est difficile d'évaluer si un contact a déjà eu une infection génitale primaire
- On devrait encourager les patients à informer leurs partenaires sexuels réguliers du diagnostic afin de les sensibiliser au risque de transmission de l'infection s'ils n'ont pas été infectés et afin de faciliter le diagnostic chez le partenaire si la maladie se manifeste.
- Il n'est pas habituellement recommandé d'effectuer des cultures de contrôle, sauf en présence de symptômes récurrents inhabituels.

Prise en charge

Counselling

- Les patients présentant une infection récurrente n'ont pas besoin de suivre un traitement aux antiviraux, à moins que les récurrences soient graves ou fréquentes.
- Pour réduire la transmission de l'infection :
  - il faut éviter tout contact avec des lésions cutanées durant les périodes probables d'excrétion du virus (marque le début de la ré-épithélisation)
  - il faut avoir des relations sexuelles protégées aux autres moments.
- Parmi les craintes les plus courantes formulées par les patients citons :
  - la transmission asymptomatique du virus
  - la crainte des remises en question et des jugements des partenaires
  - l'isolement, la dépression et la baisse de l'estime de soi
  - les effets possibles sur la procréation.
- Il faut indiquer comment réduire le risque de transmission de l'infection aux autres.
- Il faut fournir des conseils sur la façon d'informer les partenaires de ses antécédents et des risques d'infection.
- Si la patiente est enceinte, le dispensateur de soins devra en être informé.

Infection génitale à virus herpès simplex (suite).....

Prise en charge du traitement

Premier épisode d'herpès génital • traitement à envisager et à discuter avec le patient. Traitement utile pour réduire les symptômes, les complications et l'excrétion du virus, mais efficace seulement si administré au début de l'épisode symptomatique	Enfants impubères	• l'administration par voie orale d'acyclovir peut être efficace mais on ne dispose d'aucune donnée pour le prouver
	Adultes et adolescents	• **acyclovir, 200 mg per os** 5 fois par jour pendant 7 à 10 jours ou jusqu'à guérison complète **OU** • **acyclovir, 5 mg/kg IV** 3 fois par jour pour les patients qui doivent être hospitalisés, retour à la voie orale si possible pour terminer les 10 jours de traitement ou jusqu'à la guérison complète **Note :** un traitement amorcé 6 jours ou plus après l'apparition des symptômes a peu de chances d'être efficace
Herpès génital récurrent (voir également page 109)	Enfants	• aucune donnée attestant l'efficacité de l'acyclovir, bien que son efficacité et son innocuité doivent être les mêmes que chez les adultes.
	Adultes et adolescents	• traitement précoce intermittent des récurrences actives amorcé par le patient peu efficace sur le plan clinique; utile pour une minorité de patients (voir traitement suppressif prolongé, page 114) • **acyclovir, 200 mg par os** 5 fois par jour pendant 5 jours • aucun usage indiqué pour l'acyclovir topique
	Adultes et adolescents immuno-déprimés	• traitement précoce intermittent des récurrences actives amorcé par le patient • **acyclovir, 200 mg per os** 5 fois par jour pendant 5 jours ou jusqu'à la guérison – traitement suppressif chronique probablement préférable (voir plus loin) – acyclovir topique peut avoir un rôle mineur à jouer dans les infections limitées – lésions graves ou évolutives peuvent être résistantes à l'acyclovir
	Enfants immuno-déprimés	• l'administration d'**acyclovir, 600 mg/m² per os** 4 fois par jour pendant 5 jours ou jusqu'à guérison complète, peut être efficace
	Adultes et adolescents immuno-déprimés et enfants présentant une résistance à l'acyclovir	• foscarnet (expérimental), de 40 à 60 mg/kg toutes les 8 heures – l'accès à une veine principale peut être nécessaire – reprendre le traitement suppressif à l'acyclovir à la fin du traitement au foscarnet

Infection génitale à virus herpès simplex (suite).....

Prise en charge du traitement (suite).....

Traitement suppressif prolongé • Objectifs : – réduction de la fréquence et de la gravité	Enfants	• aucune donnée disponible
	Adultes et adolescents	• plus de six récurrences par année et patients qui devraient profiter d'une réduction de la fréquence des récurrences • **acyclovir, de 200 à 400 mg per os** 2 à 5 fois par jour (schéma le plus courant : 200 mg 3 fois par jour) – innocuité établie pour un emploi continu d'au maximum 4 ans (400 mg 2 fois par jour) – des doses plus élevées sont nécessaires pour un petit sous-groupe • on recommande d'interrompre chaque année le traitement pendant 2 épisodes récurrents pour réévaluer la nécessité d'un traitement continu • le traitement suppressif ne semble pas modifier le taux d'excrétion asymptomatique du VHS qui est d'environ 1 %. • occasions spéciales (posologie comme pour le traitement suppressif prolongé, mais s'applique à une période définie commençant 5 jours avant l'événement), p. ex., : – vacances – périodes de grand stress – nouvelles relations – exposition connue à un facteur déclenchant p. ex., soleil
	Adultes, adolescents immuno-dépressifs	• **acyclovir, de 400 mg à 2 000 mg/jour per os** en 2 à 5 doses fractionnées chez certains patients
	Enfants immuno-dépressifs	• l'administration d'**acyclovir, 600 mg/m² per os** 2 à 10 fois par jour, peut être efficace mais l'on ne dispose encore d'aucune donnée pour le prouver
Grossesse		• il faut consulter un spécialiste • l'utilisation de l'acyclovir durant la grossesse n'a pas été bien étudiée, mais parmi ces utilisations possibles, citons – primo-infection, en particulier au cours du troisième trimestre – traitement suppressif à la fin de la grossesse pour prévenir une césarienne
Herpès néonatal	Nouveau-nés et nourrissons	• **acyclovir, 30 mg/kg/jour IV** par perfusion toutes les 8 heures pendant 14 jours • l'administration par voie orale NON indiquée mais peut être envisagée chez les nourrissons exposés à une infection à VHS active mais pas encore malades.

Condylomes génitaux et infections génitales à virus du papillome humain (VPH)

Épidémiologie/étiologie

- C'est probablement la MTS la plus courante.
- Cette MTS est causée par certains types de virus du papillome humain (VPH) à localisation génitale.
- De 10 à 30 % de la population adulte est infectée bien que la majorité des patients présentent une infection infraclinique.
- La période d'incubation est d'environ de 2 à 3 mois, mais elle peut durer plus longtemps.
- Il est probable que cette infection dure la vie entière.
- Certains types de virus sont associés à des cancers du col de l'utérus, de la vulve et d'autres cancers des voies ano-génitales (vagin, périnée, pénis, anus).
- La transmission périnatale d'une infection symptomatique semble rare. Dans de tels cas, l'infection est associée à des lésions génitales et à des lésions des cordes vocales. On ignore la durée de la période d'incubation.
- Cette infection peut être révélatrice d'un abus sexuel chez un enfant. Si un enfant de plus de 18 mois et plus particulièrement de plus de 2 ans est porteur de ce type de lésions, il faut envisager la possibilité d'un abus sexuel, bien qu'on ne connaisse pas très bien l'âge maximum où une infection à VPH contractée durant la période périnatale peut devenir symptomatique (voir section sur l'Abus sexuel à l'égard des enfants, page 137).

Indices cliniques

- L'infection est souvent infraclinique ou clinique mais asymptomatique.
- Ces excroissances à surface verruqueuse localisées sur la peau ou les muqueuses de la région ano-génitale (*condylome acuminé*) sont souvent multiples et polymorphes.

  Forme exophytique ou en chou-fleur
  - habituellement asymptomatique
  - peut causer des hémorragies, un prurit et des écoulements localisés

  On retrouve également des *condylomes plats peu visibles à l'oeil nu (avec lésions maculaires ou papulaires).*
- L'histoire naturelle de l'infection est marquée par une fluctuation de la taille et du nombre de condylomes.
- La taille des condylomes peut croître durant la grossesse.
- Le VPH est associé à des dysplasies et à des néoplasies au test de Papanicolaou.

Condylomes génitaux (suite).....

NOTE : Molluscum contagiosum

- Il ne faut pas confondre les condylomes génitaux avec le **molluscum contagiosum** qui est causé par un poxvirus transmis lors de contacts intimes.
- L'examen clinique révèle la présence de papules sphériques lisses, ombiliquées en leur centre sur les organes génitaux, les cuisses, la partie inférieure de l'abdomen.
- La guérison est spontanée, sans cicatrice, en 2 à 3 mois habituellement. L'infection peut durer plus longtemps et être justiciable d'un traitement.
- Parmi les traitements utilisés, on retrouve le curetage, l'application d'acide trichloroacétique ou de podophylline et la cryothérapie à l'azote liquide.
- La présence de lésions multiples, les infections répétées et les localisations faciales sont fréquentes chez les patients immunodéprimés; dans de tels cas, il faut envisager la possibilité d'une infection à VIH.

Prélèvement des échantillons et diagnostic en laboratoire

- Le diagnostic se fait par examen direct des organes génitaux externes à l'aide souvent de la loupe ou du colposcope.
- L'application d'acide acétique à la concentration de 3 à 5 % sur les zones touchées fait blanchir la surface de l'épithélium et peut faciliter la détection de lésions infracliniques, mais le taux de faux positif est élevé et les résultats doivent être interprétés par quelqu'un d'expérimenté. Il faut au besoin faire faire une évaluation plus approfondie
- On effectuera une colposcopie pour les condylomes cervicaux et vaginaux avec rectoscopie pour les condylomes anaux et une urétroscopie pour les condylomes méataux.
- La réalisation annuelle de tests de Papanicolaou est particulièrement importante chez les femmes et les adolescentes qui ont déjà eu des condylomes génitaux (voir page 115).
- Condylomes atypiques
  - on effectue une biopsie (recours à un spécialiste)
- On ne peut diagnostiquer les condylomes génitaux par une culture ou des tests sérologiques.

- Il faut songer à obtenir un échantillon de sang pour les tests sérologiques de détection de la syphilis (voir section sur le Dépistage, page 167).
- Il convient d'envisager le **dépistage du VIH**
  - les tests de détection du VIH devront toujours être accompagnés d'un counselling pré-test et post-test (voir page 191)
    (voir section sur le Dépistage, page 167).
- Il y aurait peut-être lieu d'immuniser le patient contre l'hépatite B
  - avant l'immunisation, on devrait considérer rechercher les marqueurs de l'hépatite B (antigène de surface [Ag HBs] et anticorps anti-antigène de surface [anti-HBs])
    (voir section sur l'Hépatite B, page 65)

Condylomes génitaux (suite).....

Prévention

- **Il faut indiquer aux patients les moyens de réduire les risques de transmission de l'infection à d'autres.**
- **Il faut dispenser des conseils sur la façon d'informer ses partenaires de ses antécédents et des risques d'infection.**
- **Lorsque le patient se présente avec des questions concernant les MTS, il faut saisir cette occasion importante pour lui fournir des renseignements et l'encourager à avoir toujours des relations sexuelles protégées.**

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- L'infection à VPH n'est pas une maladie qui doit être déclarée aux autorités sanitaires locales.
- Il n'est pas utile de retracer les contacts des cas suspects ou avérés d'infection à VPH.
- Il faut assurer un suivi systématique des femmes à l'aide d'un frottis cervicaux (test de Pap).

Considérations spéciales dans le cas des enfants

- Il faut adresser les enfants à des spécialistes compétents vu que le traitement peut être très difficile.
- Il faut envisager la possibilité d'un abus sexuel.
- **VOIR LA SECTION SUR LES ABUS SEXUELS À L'ÉGARD DES ENFANTS, PAGE 137.**

Prise en charge et traitement

- **IL N'EXISTE AUCUN TRAITEMENT PERMETTANT D'ÉRADIQUER L'INFECTION À VPH.**
- Il est souvent difficile de lutter contre cette infection et les récurrences sont courantes.
- Un traitement efficace permettra de réduire la taille des lésions visibles mais rien ne prouve que cela puisse réduire le risque de transmission ni le risque de transformation en néoplasmes.

Au nombre des traitements qui sont probablement inefficaces, citons :

- l'application topique d'interférons
- la sensibilisation au dinitrochlorobenzène et l'application de ce produit
- l'immunothérapie au moyen de vaccins autogènes.

Traitement : néoplasies associées au VPH

- toutes les lésions pigmentées, les ulcérations, les lésions constamment prurigineuses ou les lésions récalcitrantes suspectes devraient être examinées par un spécialiste.

Traitement : Infection à VPH asymptomatique

- étude annuelle des frottis cervicaux chez les femmes (test de Pap)
- aucune prise en charge particulière recommandée

Condylomes génitaux (suite).....

Prise en charge et traitement (suite).....

ADULTES ET ADOLESCENTS (orienter les enfants vers le spécialiste compétent)		
Type de lésion	**Traitement**	**Commentaires**
Condylomes acuminés • petites verrues génitales et périanales externes non compliquées	• podophylline, 10 % dans de la teinture de benjoin appliquer sur la verrue et ne pas déborder sur les surfaces contiguës, laver après 1 à 4 heures et répéter l'application une au deux fois par semaine dose totale ≤ 1 à 2 mL par consultation • podophylline, 25 % dans de la résine, aussi disponible	• traitement le plus accessible • cytotoxique, peut être cancérigène • produit doit être appliqué par le médecin et jamais par le patient lui-même • réactions locales fréquentes – érythème, oedème des tissus, douleur, brûlure, démangeaison, sensibilité locales • est CONTRE-INDIQUÉ durant la grossesse (mort in utero, effets systémiques toxiques) • DÉCONSEILLÉ pour le traitement des condylomes du col utérin, du méat, du vagin ou de l'anus • taux d'échec = de 23 à 78 %
	• podofilox, solution à 0,5 %, appliquer aux condylomes et ne pas déborder sur le tissu contigu, deux fois par jour (toutes les 12 heures) pendant 3 jours = un cycle de traitement. Le cycle peut être répété seulement 3 ou 4 fois. Dose totale quotidienne ne doit pas dépasser 0,5 mL	• application par le patient selon les directives du médecin • pouvoir cancérigène non établi • CONTRE-INDIQUÉ durant la grossesse • DÉCONSEILLÉ pour le traitement des condylomes du col utérus, du méat, du vagin ou de l'anus • plus efficace que la podophylline mais autorisé seulement récemment et expérience acquise limitée
	acide bichloro ou trichloroacétique non dilué, répéter l'application chaque semaine	• produit caustique et astringent • doit être appliqué par un médecin comme la podophylline • lavage de la surface non nécessaire • protection des tissus sains
Non compliquée : petits condylomes génitaux et périanaux externes condylomes plats condylomes étendus ou condylomes cervicaux	cryothérapie (azote liquide, dioxide de carbone [neige carbonique] ou protoxyde d'azote dans un appareil spécial	• coût modéré et bon taux de réponse • on doit disposer de matériel dont le coût est faible à modéré • dommages habituellement limités à l'épiderme • peut être appliqué sur le col de l'utérus à l'aide d'une sonde spéciale • particulièrement utile pour les condylomes étendus et exophytiques
Non compliquée : condylomes génitaux, périanaux plus étendus	électrodessication électrocautérisation	• matériel spécial requis (**services d'un spécialiste souvent nécessaires**) • nombreuses injections douloureuses d'anesthésiques locaux ou anesthésie générale nécessaires • bon taux de réponse • traitement de plusieurs condylomes peut causer trop de dommages

Condylomes génitaux (suite).....

Prise en charge et traitement (suite).....

Lésion	Traitement
Infection étendue/lésions importantes ou résistantes	• il faut adresser le patient à un spécialiste compétent • traitements possibles – laser – chirurgie – alpha-interféron par voie générale ou appliqué en intralésionnel • traitements pouvant comporter de nombreuses injections douloureuses d'anesthésiques locaux ou une anesthésie générale et pouvant être associés à une morbidité importante
Condylome du vagin et du méat	• il faut adresser le patient à un spécialiste compétent • traitement possibles : – laser – fluoro-5 uracile en crème topique à 5 % • traitements pouvant être associés à une importante morbidité et anesthésie générale habituellement nécessaire pour la lasérothérapie

Infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du sida chez les adolescents et les adultes

Épidémiologie/étiologie

- Plus de 5 600 cas de sida ont été déclarés au Canada jusqu'en 1992.
- La grande majorité des cas déclarés de sida était des hommes qui avaient des relations homosexuelles, des utilisateurs de drogues injectables et les partenaires sexuels de membres de ces groupes. On retrouve une proportion faible mais croissante de cas de sida dans la population hétérosexuelle des deux sexes.
- De 30 000 à 40 000 personnes seraient infectées par le VIH au Canada – la plupart sont asymptomatiques.
- À ce jour, environ 20 % des hommes et des femmes atteints ont contracté l'infection durant l'adolescence.
- L'introduction de tests de dépistage du VIH et les changements apportés à la préparation des produits sanguins depuis novembre 1985 ont contribué à réduire au minimum les risques de transmission de l'infection aux hémophiles et à d'autres personnes qui reçoivent des produits sanguins. D'après les estimations, le risque actuel d'infection par du sang et des produits sanguins contaminés serait extrêmement faible.
- Il s'écoule en moyenne 7 ou 8 ans entre le moment de l'infection et la survenue d'un sida avéré.
- Le risque de contracter une infection à VIH après un seul contact sexuel avec une personne infectée atteint 2 %.
- Les personnes qui présentent une ulcération génitale risquent beaucoup plus de contracter une infection à VIH.
- Le risque de transmission du VIH est un peu plus élevé après l'infection et au cours des derniers stades de la maladie.
- Le risque d'infection atteint 50 % chez les partenaires sexuels réguliers des personnes séropositives.

VIH et sida chez les adolescents et les adultes (suite).....

Indices cliniques

Facteurs de risque	• relations sexuelles non protégées avec des personnes pouvant avoir des comportements à haut risque telles que les hommes qui ont des relations homosexuelles, les utilisateurs de drogues injectables, d'autres toxicomanes, des travailleurs du sexe (prostitués) et des personnes qui vivent dans des régions où le VIH est endémique • rapports sexuels avec des personnes réputées infectées • rapports sexuels avec plusieurs partenaires • relations sexuelles anales
Anamnèse	• absence de symptômes • syndrome mononucléosique aigu • antécédents d'hépatite B et d'autres MTS • fièvre persistante inexpliquée • adénopathie inexpliquée • diarrhée chronique inexpliquée • dyspnée et toux sèche • candidose cutanéo-muqueuse récurrente • dysphagie (candidose oesophagienne) • candidose vaginale résistant au traitement • nouvelles lésions cutanées rouge violacé • encéphalopathie • perte de poids inexpliquée • zona • méningite amicrobienne

Indices biologiques

- lymphopénie
- thrombopénie
- anémie
- infiltration pulmonaire chronique

VIH et sida chez les adolescents et les adultes (suite).....

Manifestation de la maladie chez les adultes et les adolescents

Primo-infection	• certaines primo-infections se manifestent sur le plan clinique par une maladie infectieuse mononucléosique avec ou sans méningite amicrobienne
Infection asymptomatique	• adénopathie de plus d'un cm de diamètre touchant deux aires ganglionnaires extra-inguinales non contiguës ou généralisée d'une durée supérieure à trois mois • thrombopénie
Infection progressive : affections indiquant une immunodépression	• candidose orale • candidose vaginale récurrente • leucoplasie chevelue de la cavité buccale • fièvre inexpliquée durant plus de deux semaines • diarrhée chronique durant plus de deux semaines • perte de poids supérieure à 10 % du poids total • leucoplasie chevelue
Sida : nombreuses infections graves, maladies inhabituelles et cancer	Autres infections opportunistes : • infections à *Pneumocystis carinii*/strongyloïdiose extra-intestinale/toxoplasmose/cryptosporidiose chronique • infections à cytomégalovirus/infections cutanéo-muqueuses à virus herpès simplex (chroniques ou disséminées)/zona récurrent pouvant atteindre un ou plusieurs dermatomes (sites multiples) • candidose/cryptococcose/histoplasmose/ coccidioïdomycose/nocardiose • salmonellose septicémique récurrente/tuberculose miliaire/infections à *M. avium-intracellulare* et à *N. kansasii* Cancers secondaires : • maladie de Kaposi/lymphome non Hodgkinien/lymphome immunoblastique/lymphome cérébral primitif Autres maladies : • leucoencéphalopathie multifocale progressive • manifestations neurologiques du sida/démence/myélopathie ou neuropathie périphérique • pneumonie interstitielle lymphoïde/autres infections ou cancers

Diagnostic en laboratoire – Tests de détection des anticorps anti-VIH

- Tout médecin peut ordonner un test de détection du VIH.
- Des tests devraient être effectués seulement si la personne y consent.
- Il faut songer à faire passer des tests de détection du VIH à toutes les personnes qui ont des comportements à haut risque (voir page 122) ou qui font partie d'un groupe à haut risque (voir page 122) ou dont les manifestations cliniques ou les résultats aux épreuves de laboratoire évoquent une infection à VIH (voir page 122).
- Il faut expliquer clairement la nature du test et assurer un counselling pré-test et post-test adéquat (voir page 191).

- Dans toutes les provinces et les territoires, un patient peut passer des tests de dépistage du VIH sans que son médecin ne soit obligé d'indiquer son nom MAIS dans certaines régions, si les résultats sont positifs, un médecin doit fournir le nom de la personne testée aux autorités sanitaires locales (déclaration nominative).
- Il est possible dans certaines provinces de passer des tests anonymes (le patient n'étant pas obligé de révéler son identité et les résultats étant communiqués uniquement au patient). Pour obtenir plus d'information, on contactera les autorités sanitaires locales.
- Une séroconversion survient dans la majorité des cas dans les 12 semaines qui suivent, mais on a signalé à l'occasion des cas où il pouvait s'écouler jusqu'à 6 mois.

- Il serait bon de répéter un test sérologique de détection du VIH dont les résultats sont positifs lorsque :
  - les résultats ne sont communiqués que par le patient
  - ces résultats sont inattendus, un interrogatoire approfondi n'ayant pas fait ressortir de facteurs de risque évidents.

Prévention de la transmission du virus

- **Il faut dispenser des conseils sur la façon de prévenir la transmission de l'infection à d'autres :**
  - **relations sexuelles plus sûres, notamment des rapports sexuels sans pénétration**
  - **utilisation du condom**
  - **utilisation d'aiguilles stériles**
  - **information des partenaires au sujet des risques d'infection avant tout contact sexuel.**
- **Il faut donner des conseils sur les risques de transmission de l'infection de la mère au nouveau-né.**

VIH et sida chez les adolescents et les adultes (suite).....

Déclaration, recherche des contacts et suivis

Déclaration

- Dans toutes les provinces et les territoires, les médecins doivent déclarer tous les cas de sida aux autorités sanitaires locales, mais les règles précises varient d'un endroit à l'autre.
- Au moment de la publication des présentes lignes directrices (avril 1992), l'infection à VIH devait être déclarée dans certains territoires et provinces.

Recherche des contacts

- Les règles relatives au suivi des partenaires ou à la recherche des contacts des sidéens et des personnes infectées par le VIH varient également d'une province à l'autre.
- Il convient d'évaluer les contacts sexuels d'un patient ainsi que les personnes avec lesquelles il partage des seringues afin de lutter contre la transmission de l'infection et d'assurer des soins adéquats aux autres personnes infectées :
  - commencer par les contacts les plus récents
  - remonter jusqu'à la période où le comportement à risque a débuté
  - il peut ne pas être nécessaire de remonter plus loin dans le temps si les partenaires récents sont séronégatifs
  - avant d'évaluer les contacts, il faut obtenir le consentement du patient sauf dans certaines circonstances spéciales où une enquête épidémiologique justifie une évaluation sans consentement préalable.
- Tous les enfants dont la mère est ou peut avoir été infectée doivent être évalués (voir section sur l'Infection à VIH chez les enfants, page 129).
- Toutes les personnes séropositives qui déclarent avoir déjà reçu ou donné du sang devraient faire l'objet d'un rapport confidentiel à la Société canadienne de la Croix-Rouge de façon que cette dernière puisse retracer s'il y a lieu les donneurs ou receveurs concernés.
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la recherche des contacts et à l'évaluation.

Suivi

- Même si elles sont asymptomatiques, les personnes infectées sont habituellement suivies tous les 4 à 6 mois.

Prise en charge et traitement

- Il faut assurer un soutien psychologique lorsqu'on explique le diagnostic et tout au long du suivi.
- Il faut recueillir une anamnèse, effectuer un examen physique et des tests de dépistage appropriés en laboratoire.
- **LES CONNAISSANCES DANS CE DOMAINE ÉVOLUANT RAPIDEMENT, LES MÉDECINS VOUDRONT PEUT-ÊTRE DISCUTER DES SOINS À DONNER AVEC UN SPÉCIALISTE COMPÉTENT ET SOLLICITER SA COLLABORATION DANS LA PRESTATION DES SOINS.**

Prise en charge et traitement (suite).....

Traitement antirétroviral :

- Ce traitement s'adresse aux patients dont le nombre de CD4 (sous-groupe de lymphocytes auxiliaires) est inférieur à 0,5 x 10^9/L – **zidovudine, 600 mg/jour per os** (200 mg 3 fois par jour).
- Il sera également administré aux patients dont le nombre de CD4 est supérieur à 0,5 x 10^9/L – administration de la zidovudine décidée cas par cas.
- S'il y a une atteinte neurologique, on pourra porter la dose de **zidovudine** à **1 200 mg/jour per os** (p. ex., 400 mg 3 fois par jour).
- Il faut surveiller les effets secondaires chez les patients, p. ex., anémie et neutropénie.
- Il existe d'autres agents antirétroviraux, p. ex., DDI, DDC. On devrait discuter de leur administration avec un expert.
- Dans le cas des patients qui ne peuvent tolérer les médicaments actuellement utilisés, les médecins peuvent contacter :
  - le Réseau canadien pour les essais VIH (tél. : (604) 631-5327 (frais virés acceptés), télécopieur : (604) 631-5210) pour obtenir des renseignements sur les nouvelles possibilités thérapeutiques au Canada
  - ou le Bureau des produits biologiques, Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada (tél. : (613) 957-8062) pour l'autorisationd'administrer de nouveaux agents à des fins humanitaires.

Prophylaxie

- Un traitement prophylactique contre l'infection à *Pneumocystis carinii* est administré aux patients qui ont eu un épisode symptomatique et à ceux qui présentent des infections à VIH asymptomatiques si le nombre de CD4 est supérieur à 0,2 x 10^9/L. D'autres médicaments sont également utilisés, notamment : cotrimoxazole, dapsone et pentamidine.

Immunisation

- Toutes les personnes infectées par le VIH, qu'elles soient symptomatiques ou non, devraient recevoir leurs vaccins selon le calendrier prévu. On devrait administrer le vaccin antipoliomyélitique inactivé à la personne infectée ainsi qu'à tous les membres de sa famille au lieu du vaccin oral s'il y a lieu. Il faut également envisager l'administration du vaccin anti-pneumococcique et l'administration annuelle du vaccin anti-grippal, et peut-être également l'administration du vaccin contre *Haemophilus influenzae* b.

Infections secondaires

- Le traitement des infections bactériennes, y compris les mycobactérioses, les infections virales et les mycoses, doit être individualisé et il faut contrôler la réponse au traitement.

VIH et sida chez les adolescents et les adultes (suite).....

Prise en charge et traitement (suite).....

Infections secondaires (suite).....

- Un traitement suppressif prolongé peut être nécessaire, p. ex., pour la rétinite à CMV.
- Il faut rechercher systématiquement :
  - les atteintes occulaires si le nombre de CD4 est inférieur à 0,1 x 10^9/L
  - une tuberculose à l'aide d'un test cutané et d'une radiographie thoracique
  - une syphilis à l'aide d'une épreuve non tréponémique

Considérations spéciales dans le cas des femmes

- La grossesse peut accentuer les symptômes d'infection à VIH.
- Le risque de transmission périnatale du VIH par une mère infectée est de l'ordre de 20 à 30 %. Le risque augmente plus on se rapproche de la période de séroconversion et plus la maladie est à un stade avancé.
- Des essais sont actuellement en cours pour déterminer le traitement antirétroviral optimal durant la grossesse.
- Les femmes infectées devraient recevoir des conseils concernant les risques de transmission durant la grossesse.

Considérations spéciales

- Le Réseau canadien pour les essais VIH tient une liste à jour de tous les centres effectuant des essais cliniques de médicaments utilisés contre l'infection à VIH (tél. : (604) 631-5327, frais virés acceptés). On pourra obtenir le nom de son centre local qui participe aux recherches et aux essais thérapeutiques relatifs au VIH et au sida en contactant cet organisme.

Infection due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les enfants

Épidémiologie/étiologie

- À la fin de 1991, 64 cas de sida chez des enfants avaient été signalés au Canada; la transmission périnatale était le mode incriminé dans 81 % des cas, alors que 19 % des enfants avaient été infectés par du sang et des produits sanguins.
- En date de mars 1991, 90 autres enfants avaient reçu le VIH de leur mère infectée.
- L'introduction de tests de dépistage du VIH et l'amélioration des méthodes de préparation des produits sanguins depuis 1985 ont contribué à réduire au minimum la transmission de l'infection aux hémophiles et aux personnes qui reçoivent des produits sanguins. D'après les estimations, le risque actuel d'infection est extrêmement faible.
- Une proportion croissante de nourrissons infectés par le VIH sont nés d'une mère qui ne présente aucun facteur de risque connu.
- Même une infection à VIH contractée durant la période périnatale peut demeurer asymptomatique pendant un certain nombre d'années.

Indices cliniques

Infection périnatale : facteurs de risque	• mère ayant un comportement à haut risque – utilisation de drogues injectables – autre usage de drogues – prostitution – relations sexuelles avec de nombreux partenaires, avec des hommes bisexuels, des hommes séropositifs et des utilisateurs de drogues injectables • mère vivant dans une région où le VIH est endémique

Infection acquise : facteurs de risque	• transfusion de produits sanguins et injection dans certains pays où le VIH est endémique • abus sexuel

Infection VIH chez les enfants (suite).....

Indices cliniques (suite).....

Infection acquise chez les enfants plus âgés : anamnèse	• absence de symptômes • syndrome mononucléosique aigu • antécédents d'hépatite B et d'autres MTS • fièvre persistante inexpliquée • adénopathie inexpliquée • diarrhée chronique inexpliquée • dyspnée et toux sèche • candidose cutanéo-muqueuse récurrente • dysphagie (candidose oesophagienne) • candidose vaginale résistant au traitement • nouvelles lésions cutanées rouge violacé • encéphalopathie • perte de poids inexpliquée • zona • méningite amicrobienne

Indices biologiques

- infiltrations pulmonaires chroniques
- titre élevé des IgG sériques
- lymphopénie
- thrombopénie
- anémie

Manifestations de l'affection symptomatique

Apparition précoce	• adénopathie généralisée • hépato-splénomégalie • stagnation de la croissance • diarrhée récurrente • candidose chronique • retard de développement • encéphalopathie – progressive ou stationnaire • infections bactériennes récurrentes causées, par exemple, par *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* b, *Staphylococcus aureus*, *Salmonella* sp • pneumonie interstitielle lymphoïde • pneumonie à *Pneumocystis carinii* • cardiomyopathie, hépatite, néphropathie • affections malignes (rarement)
Apparition tardive	• tableau similaire à celui des infections à VIH chez les adolescents et les adultes (voir section sur l'infection à VIH chez les adolescents et les adultes, page 121) • infections bactériennes récurrentes (voir ci-dessus) • pneumonie interstielle lymphoïde • encéphalopathie

Infection VIH chez les enfants (suite).....

Diagnostic en laboratoire – tests de détection des anticorps anti-VIH

- Les médecins doivent expliquer aux parents de tous les nourrissons et de tous les enfants soupçonnés de souffrir d'une infection à VIH l'utilité des tests et les répercussions d'un résultat positif pour la mère (voir page 191).
- Il est recommandé d'effectuer les tests après que les parents ou le tuteur ont reçu un counselling et donné leur consentement.
- Lorsqu'on soupçonne que l'infection a été contractée durant la période périnatale, il peut être utile de tester la mère, si le nourrisson a moins de 15 mois, pour déterminer si le nourrisson présente un risque.
- Le diagnostic précoce de l'infection à VIH permet d'avoir accès rapidement à un traitement qui peut freiner la progression de la maladie, notament de l'encéphalopathie, et permet également un traitement et une prévention précoces d'une infection secondaire.
- Un résultat positif obtenu à un test sérologique de dépistage du VIH chez un nourrisson peut simplement indiquer un transfert passif des anticorps maternels, le nourrisson pouvant ou non être infecté. Le test de détection des anticorps anti-VIH est si sensible qu'on a pu détecter des anticorps maternels chez un nourrisson non infecté par le VIH jusqu'à 15 mois. Il existe des épreuves de laboratoire (voir la section sur le diagnostic en laboratoire de l'infection à VIH, page 217) qui peuvent aider à distinguer les nourrissons infectés à un âge plus précoce, p. ex., la PCR pour l'amplification du génome viral, la détection des IgA spécifiques, de l'antigène p24 et la culture du virus. Toutefois, ces tests ne sont pas très accessibles.
- Comme il est possible d'obtenir des résultats faussement négatifs chez les nourrissons, il peut être nécessaire de répéter les tests pour écarter définitivement le diagnostic d'une infection à VIH.
- Si la mère ou son nourrisson obtient un résultat négatif au cours des premières semaines de la période post-natale, cela n'écarte pas la possibilité d'une infection parce que la mère peut être en phase de séroconversion.
- Il est recommandé de consulter un expert pour l'évaluation des tests sérologiques nécessaires et l'interprétation des résultats.

Prévention primaire

- **Il faut dispenser à la mère des conseils concernant le risque d'allaiter son enfant vu que le VIH peut être transmis par le lait maternel.**
- **Les mères de nourrissons séropositifs devraient recevoir un counselling et passer des tests. Leurs partenaires sexuels et leurs autres enfants devraient également être évalués.**

Infection VIH chez les enfants (suite).....

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- Dans toutes les provinces et les territoires, les médecins doivent déclarer tous les cas de sida aux autorités sanitaires locales, mais les règles précises varient d'un endroit à l'autre.
- Au moment de la publication des présentes lignes directrices (avril 1992), l'infection à VIH devait être déclaré dans certains territoires et provinces.

Traitement

- **LES CONNAISSANCES DANS CE DOMAINE ÉVOLUANT RAPIDEMENT ET VU QU'IL S'AGIT D'UNE QUESTION COMPLEXE, IL IMPORTE QUE LES MÉDECINS CONSULTENT UN SPÉCIALISTE COMPÉTENT.**

Traitement antirétroviral

- Infection périnatale
  - Les nourrissons et enfants symptomatiques peuvent être traités à la **zidovudine, 180 mg/m² par voie orale** administrée toutes les 6 heures. On évalue actuellement d'autres schémas thérapeutiques possibles.
  - Avant d'administrer un traitement à la zidovudine aux nourrissons et enfants asymptomatiques, on devrait consulter un expert vu que le traitement doit être individualisé.
  - Il existe d'autres agents antirétroviraux, p. ex., la DDI, la DDC. On devrait discuter de leur utilisation avec un expert.
- Infection acquise
  - On devrait discuter du traitement avec un expert vu qu'il doit être individualisé.

Prophylaxie

- Infection à *Pneumoocystis carinii* :
  - **cotrimoxazole (TMP-SMX) – 75 mg/m² de triméthoprime (TMP) par voie orale**, 2 fois par jour, 3 fois par semaine; d'autres schémas similaires se sont révélés efficaces.
  - Il convient de discuter du traitement avec un expert.
- Infection bactérienne :
  - Si le patient est symptomatique, l'administration mensuelle d'**IGIV, 400 mg/kg** contribue à réduire l'apparition d'infections bactériennes invasives telles que l'infection à *S. pneumoniae*.
- Infections secondaires :
  - Le traitement des infections bactériennes, virales et des mycoses doit être individualisé et il faut contrôler la réponse au traitement. Un traitement suppressif prolongé peut être nécessaire.

Traitement (suite).....

Immunisation

- Tous les enfants infectés par le VIH, qu'ils soient symptomatiques ou non, devraient recevoir des vaccins selon le calendrier prévu, notamment le vaccin contre *Haemophilus influenzae* de type b. Il convient d'administrer s'il y a lieu le vaccin antipoliomyélitique inactivé à l'enfant et aux membres de sa famille plutôt que le vaccin oral. Il faut également envisager l'administration du vaccin antipneumococcique et l'administration annuelle du vaccin anti-grippal. Le vaccin BCG est contre-indiqué.

NOTE

- Si l'enfant reçoit tous les mois des IGIV, il faut soupeser le risque de rougeole en regard du risque d'une infection bactérienne invasive vu que le traitement aux IGIV doit être suspendu pendant 3 mois avant l'administration du vaccin antirougeoleux vivant en association avec les vaccins antirubéoleux et antiourlien (ROR) et 2 semaines après, pour que ce dernier soit efficace.

Considérations spéciales

- Pour obtenir le nom d'un expert dans sa région, il faut s'adresser au directeur provincial ou territorial de la lutte contre les MTS ou le centre de soins tertiaires pour enfants le plus proche.
- Pour obtenir une liste des centres qui participent aux essais de traitements pour les enfants, on contactera le Réseau canadien pour les essais VIH (tél. : (604) 631-5327, frais virés acceptés).

Abus sexuels et agression sexuelle

TOUTE MTS SOUPÇONNÉE OU CONFIRMÉE CHEZ UN ENFANT DEVRAIT INCITER À ENVISAGER LA POSSIBILITÉ D'UN CAS D'ABUS SEXUELS

Définition

- L'abus sexuel est défini comme l'exploitation sexuelle d'un enfant, qu'il y ait consentement ou non. L'abus sexuel comprend l'exposition, les attouchements, l'agression sexuelle et l'exploitation sexuelle d'un enfant, par la prostitution ou la pornographie. Des MTS peuvent être transmises à un enfant lors d'abus sexuel, par des contacts orogénitaux, anogénitaux et génitaux.

Épidémiologie

Facteurs indiquant la probabilité de la transmission sexuelle d'un pathogène génital :

- La persistance d'une MTS transmise par voie périnatale varie selon les pathogènes. On ne dispose en effet à ce sujet d'aucune donnée certaine pour aucun pathogène.
- La probabilité de transmission d'une MTS diagnostiquée chez un enfant par suite de rapports orogénitaux, anogénitaux ou génitaux varie également selon les pathogènes.
- La probabilité qu'une infection notée chez un enfant soit due à un abus sexuel plutôt qu'à la persistance d'une transmission périnatale de l'infection devrait être examinée à fond dans les cas suivants :
  - infection à *Neisseria gonorrhoea* chez un enfant âgé de plus de 1 mois et surtout de plus de 6 mois;
  - infection de *Chlamydia trachomatis* génitale ou rectale chez un enfant âgé de plus de six mois, bien que ce genre d'infection transmise par voie périnatale puisse coloniser le nourrisson pour une période pouvant aller jusqu'à 3 ans;
  - condylomes génitaux ou périanaux chez un enfant âgé de plus de 18 mois et surtout de plus de 2 ans, bien que l'âge le plus avancé auquel une infection périnatale par le virus du papillome humain puisse manifester ses premiers symptômes ne soit pas bien connu;

Abus sexuels à l'égard des enfants (suite).....

Épidémiologie (suite).....

- infection génitale ou périanale par le virus de l'herpès simplex chez les enfants âgés de plus de 3 mois, bien que d'autres voies de transmission doivent également être considérées;
- infection génitale à *Trichomonas Vaginalis* chez les enfants âgés de plus de 6 mois, bien que la transmission puisse se faire par voie non sexuelle;
- chancre génital au-delà de la période néonatale (plus de 1 mois) et, surtout, au-delà de 6 mois, bien que la transmission puisse également se faire par voie non sexuelle.

NOTE

- La vaginose bactérienne, notamment l'infection à *Gardnerella*, n'est pas en soi un diagnostic d'abus sexuel.

Indications pour le dépistage des MTS

- Les enfants victimes d'un abus sexuel susceptible de transmettre une MTS, p. ex. qui ont eu des rapports génitaux, orogénitaux ou rectogénitaux, devraient faire l'objet d'un examen.
- Lorsqu'une MTS et/ou un abus sexuel est diagnostiqué chez un enfant, les autres enfants à risque (les frères et soeurs, les membres du ménage, les proches) devraient également faire l'objet d'un examen.
- **Tout cas soupçonné ou attesté d'abus sexuel à l'égard d'un enfant DOIT être signalé par le pourvoyeur de soins de santé primaires à l'organisme local chargé de la protection de l'enfance.**

Référence

Il est fortement recommandé d'adresser les cas d'abus sexuels à une équipe de spécialistes multidisciplinaires ou, au moins, de consulter une telle équipe (voir la section sur les centres d'aiguillage, page 227), car :

- L'examen d'un enfant dans ces circonstances répond à des objectifs à la fois médicaux et judiciaires.

Évaluation

Une personne dont le rôle est d'aider l'enfant devrait être présente pendant l'entrevue et l'examen.

Tous les résultats obtenus et les mesures adoptées (résultats de l'anamnèse, de l'examen physique et de laboratoire) devraient être soigneusement consignés (voir la section sur les Preuves médico-légales, page 223).

Abus sexuels à l'égard des enfants (suite).....

Évaluation (suite).....

Interview

- L'interview n'est utile que lorsque l'enfant a les capacités d'élocution nécessaire pour décrire les événements ou les symptômes.
- Encourager l'enfant à décrire la situation dans ses propres mots.
- Essayer de déterminer s'il y a eu recours à la force ou à la menace pour dissuader l'enfant de révéler les détails de l'agression.
- Faire comprendre à l'enfant qu'on le croit et qu'il sera protégé.
- Ne pas porter de jugements.
- Employer une terminologie que l'enfant peut comprendre.
- Utiliser au besoin des objets inanimés, tels que des poupées.
- Éviter les questions tendancieuses.

Évaluation du développement et antécédents médicaux

- Être aussi exhaustif que possible.
- Prendre soin de relever les antécédents périnatals – notamment les MTS chez la mère.
- S'informer du nombre d'accidents, de blessures, de brûlures, d'ébouillantages et d'ingestion de médicaments ou d'autres produits ménagers qui peuvent s'être produits – cela peut être révélateur d'autres formes d'abus ou de négligence.
- Faire une évaluation complète du développement.
- Dresser un bilan des fonctions incluant notamment les MTS antérieures, les changements ou les problèmes du comportement général, et des informations sur l'assiduité ou les problèmes à l'école.

Antécédents sociaux et familiaux

- Obtenir une description détaillée de la structure familiale.
- Faire le relevé complet des problèmes médicaux des parents, proches et éloignés.
- Bien noter tous les cas antérieurs de MTS, d'abus sexuels ou physiques, d'abus de drogues ou d'alcool, ou de stress familial, tels que les problèmes financiers.

Examen physique

- L'examen physique peut être une expérience traumatisante pour certains enfants victimes d'abus sexuels. C'est pourquoi il importe de bien préparer l'enfant et de créer une atmosphère détendue.
- En plus de preuves d'abus sexuel, l'examen physique doit rechercher des preuves d'agression physique et de négligence.
- L'examen doit être exhaustif et comprendre une évaluation des paramètres de croissance et une évaluation neurologique.

Abus sexuels à l'égard des enfants (suite).....

Évaluation (suite).....

Examen physique (suite).....

- Confirmer les événements qui ont eu lieu en demandant à l'enfant, pendant l'examen physique, d'indiquer les endroits où on l'a touché ou ceux où il ressent de la douleur.
- Évaluer le développement sexuel de l'enfant (voir la section sur l'échelle de Tanner, page 221).
- Bien examiner la peau et relever tout signe récent ou passé de traumas ou de marques. Si l'agression est récente (quelques heures), effectuer une nouvelle évaluation après 24-48 heures, les ecchymoses ou autres types de blessures pouvant prendre un certain temps avant de se manifester

Examen génital

- Expliquer la procédure à l'enfant et lui permettre de regarder et de manipuler les instruments susceptibles de servir à l'examen.
- Porter attention aux zones habituellement en cause dans les activités sexuelles : la bouche, les seins, la région vaginale, les fesses, le rectum et le pénis. Chercher les signes de trauma/infection comme de l'érythème, des abrasions, de l'inflammation et des pertes.
- Les lésions du pénis sont habituellement évidentes; il est rare que des traumas au pénis ou au prépuce aient une cause naturelle.
- La zone périanale et l'anus doivent être examinés chez les deux sexes. Il faut écarter les fesses et examiner le sphincter anal à la recherche de signes d'abrasion, de meurtrissures ou de déchirures. D'ordinaire, le sphincter est contracté. Tout signe de distension devrait être considéré comme suspect, mais doit être corroboré par d'autres preuves. On note parfois un relâchement du sphincter chez les enfants qui souffrent de constipation chronique et grave ou d'anomalies neurologiques mettant en cause la région sacrale.
- L'examen de la zone vaginale chez la fillette d'âge préscolaire peut habituellement se faire alors que l'enfant est sur les genoux d'un parent ou d'une infirmière qui maintient les jambes de l'enfant écartées dans la position dite «de la grenouille». Les fillettes plus âgées peuvent être examinées sur une table d'examen standard sans toutefois utiliser les étriers, en decubitus dorsal ou en position genupectorale. La région vaginale doit être inspectée avec soin et les lèvres séparées pour bien examiner l'ouverture du vagin. Chez les fillettes impubères, lorsqu'on écarte les grandes lèvres, on peut ordinairement voir les petites lèvres qui masquent l'ouverture du vagin.
- On devrait rechercher les indices suivants :
  - inflammation, irritation, abrasions, contusions à l'intérieur des jambes ou dans la région périnéale
  - cicatrices ou déchirures des petites lèvres
  - cicatrices de la fourchette postérieure

Abus sexuels à l'égard des enfants (suite).....

Évaluation (suite).....

Examen génital (suite).....

- quantité réduite ou absence de tissu hyménal avec élargissement de l'ouverture hyménale
- cicatrices, déchirures ou distorsion de l'hymen
- écoulement vaginal purulent ou autre
- présence d'ulcères avec ou sans douleur
- présence, emplacement, taille et apparence de condylomes.

- Il peut être utile de photographier toutes anomalies physiques, telles que les contusions ou les abrasions génitales en prévision d'un éventuel examen médico-légal.

Collecte de spécimens et diagnostic en laboratoire

- On ne devrait soumettre les enfants victimes d'abus sexuels et/ou leurs frères et soeurs à des tests de détection des MTS que lorsque les antécédents et/ou des preuves physiques laissent croire que l'enfant a eu des rapports sexuels oraux, génitaux ou rectaux.
- Dans les cas d'agression grave, le prélèvement d'échantillons à des fins médico-légales devrait respecter le protocole établi pour les cas de viol (voir la section sur les Preuves judiciaires, page 223).
- Afin de perturber l'enfant le moins possible, les échantillons devraient être prélevés en une seule visite. Si l'abus sexuel soupçonné est survenu dans les 72 heures précédant la première évaluation, les tests microbiologiques devraient être reportés étant donné la possibilité de résultats faux négatifs. L'intervalle idéal pour la collecte d'échantillons après une agression grave chez des patients qui n'ont pas été traités de façon empirique ne fait pas l'unanimité. En général, les échantillons sont prélevés de 3 à 10 jours après l'incident. Dans les cas d'abus chronique ou lorsque l'incident est survenu plus de 72 heures avant l'évaluation initiale, les échantillons devraient être prélevés au moment de l'examen physique.
- Les isolats *N. gonorrhoeae* devraient être envoyés dans un laboratoire de référence pour le typage des souches et des essais de sensibilité aux antimicrobiens.
- Les risques de transmission d'une MTS chez les enfants victimes d'abus sexuels dépendent de la prévalence des MTS dans la collectivité, des risques de MTS auxquels est exposé l'agresseur, et de l'ampleur et du type de l'abus.
- Dans la mesure du possible, le ou les présumé(e)s auteurs de mauvais traitements devraient subir un examen pour les MTS.
- Il est parfois impossible de procéder à un examen complet. L'examen minimal devrait comprendre un test pour la détection des anticorps de *N. gonorrhoeae* et de *Chlamydia trachomatis.*
- Comme preuves médico-légales, ce sont les cultures qui conviennent le mieux pour *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis.*

Abus sexuels à l'égard des enfants (suite).....

Collecte de spécimens et diagnostic en laboratoire (suite).....

NOTES

- Tous les échantillons doivent être munis d'une étiquette portant le nom du patient et le lieu de prélèvement pour qu'il n'y ait aucune confusion quant à l'origine de l'échantillon. La localisation et le type de l'échantillon prélevé devraient être consignés dans le dossier médical.
- Le laboratoire doit être avisé que les échantillons proviennent d'une personne soupçonnée d'être victime d'abus ou d'agression sexuels afin que tous les efforts soient faits pour que les échantillons soient traités de façon optimale. Pour des raisons d'ordre médico-légal, les méthodes de laboratoire utilisées pour la détection des organismes et les résultats obtenus devraient tous deux être soigneusement consignés. Tous les isolats devraient être conservés de façon à pouvoir être utilisés de nouveau si d'autres tests s'avèrent nécessaires. Voir la section sur la Preuve judiciaire, page 223.
- Plusieurs MTS peuvent être présentes. Si possible, toutes les cultures et épreuves suivantes devraient être effectuées (voir tableau).

Abus sexuels à l'égard des enfants (suite).....

Collecte de spécimens et diagnostic en laboratoire (suite).....

Site	Procédure
Pharynx	• culture de *N. gonorrhoeae*(a)
Rectum	• culture de *N. gonorrhoeae*(a) • culture de *C. trachomatis*(b) • culture de VHS(c)
Urètre (hommes) Il est difficile de faire un écouvillonnage urétral chez l'enfant impubère à cause de la douleur provoquée par l'opération et du petit diamètre de l'urètre. Pour des raisons pratiques, le prélèvement devrait donc plutôt se faire au méat à l'aide d'un mince écouvillon sur une tige de métal souple. On fait tourner l'écouvillon dans l'ouverture méatique au lieu de l'introduire dans l'urètre.	• culture de *N. gonorrhoeae*(a) • culture de *C. trachomatis*(b) • culture de VHS(c)
Urine (hommes)	• recherche de *Trichomonas vaginalis* • recherche de *C. trachomatis* si le test peut être effectué (voir section sur le diagnostic de laboratoire, page 207).
Vagin(d) Les échantillons vaginaux peuvent être prélevés sans l'aide d'un speculum chez une enfant détendue. Tant que l'on ne touche pas l'anneau hyménal, l'introduction de l'écouvillon dans le vagin ne provoque habituellement que peu de sensations, sinon aucune. L'examen au speculum s'impose rarement; le cas échéant, dans les groupes d'âge impubère, il doit être effectué sous anesthésie générale.	• culture de *N. gonorrhoeae*(a) • culture de *C. trachomatis*(b) • coloration de Gram des frottis, montages humides salins, préparation de KOH à 10 % pour : – *T. vaginalis* – bâtonnets courts et odeur d'amine (voir page 195) – pH – levure • culture de VHS(c)
Ulcères génitaux	• culture de VHS • culture de *Haemophilus ducreyi* (Rare au Canada. Si soupçonné, en aviser le laboratoire) • examen d'exsudat pour *Treponema pallidum*
Condylomes génitaux	• évaluation clinique avec biopsie et confirmation histologique. Le typage est facultatif et n'offre guère d'avantages compte tenu de l'état de nos connaissances.
Échantillons sérologiques	• syphilis(e) • VIH(f) • VHB(g) • échantillon surgelé à conserver

VOIR NOTES, PAGE 144

Collecte de spécimens et diagnostic en laboratoire (suite).....

NOTES

a) Pour des raisons d'ordre médico-légal, c'est la culture de *N. gonorrhoeae* qui est la méthode de diagnostic préférée. Bien que les résultats des tests autres que des cultures puissent servir à orienter la thérapie lorsqu'il est impossible de procéder à des cultures, ils ne conviennent pas à des fins judiciaires.

b) Pour des raisons d'ordre médico-légal, la culture de *C. trachomatis* est la méthode de diagnostic préférée. En l'absence d'une culture de *C. trachomatis*, les résultats de tests autres que des cultures effectués sur des échantillons prélevés dans l'urine ou le vagin peuvent servir à orienter le traitement, à condition d'être confirmés à l'aide d'une épreuve de blocage. Comme la valeur prévisionnelle positive de ces tests dans cette population peut être aussi faible que 50 %, leurs résultats ne peuvent servir à des fins judiciaires.

c) Des cultures de VHS doivent être effectuées lorsqu'il y a inflammation.

d) Chez les fillettes impubères, on ne doit pas procéder à des cultures du col utérin. Le prélèvement d'échantillons cervicaux pour *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* devient nécessaire chez les adolescentes aux stades III et IV de l'échelle de Tanner.

e) Facultatif selon les circonstances de l'abus et la prévalence de la syphilis dans la collectivité. Dans les cas d'agression grave, un nouveau test devrait être effectué 6 semaines après le premier examen.

f) Facultatif selon les circonstances de l'abus, la prévalence du VIH dans la collectivité et les risques que présente l'agresseur pour l'infection à VIH. Dans les cas d'agression grave, un nouveau test devrait être effectué 12 semaines après le premier examen.

g) Facultatif selon les circonstances de l'abus, la prévalence de l'hépatite B dans la collectivité et le risque que présente l'agresseur pour l'infection par l'hépatite B. Dans les cas d'agression grave, un nouveau test devrait être effectué de 6 à 12 semaines après le premier examen. S'il apparaît que l'agresseur est positif pour Ag HBs, des immunoglobulines antihépatite B et un vaccin antihépatite B devraient être administrés au patient.

Déclaration, recherche des contacts et suivi

- Les enfants dont l'état doit être déclaré conformément aux lois et règlements provinciaux et territoriaux doivent être signalés aux autorités locales de santé publique.
- Lorsqu'une MTS est diagnostiquée, une recherche des contacts sexuels devrait être effectuée.
- Les échantillons devraient être prélevés avec autant de soins sur les personnes ayant eu des contacts sexuels avec la victime que sur cette dernière (voir ci-dessus).
- Les autorités sanitaires locales devraient contribuer à la recherche des contacts, à l'évaluation clinique, à l'exécution des tests et au traitement.
- Des cultures de suivi doivent être effectuées pour vérifier l'efficacité du traitement lorsqu'une MTS est diagnostiquée et traitée.
  - Pour la gonorrhée, la trichomonase et la vaginose bactérienne, ces cultures devraient être effectuées 4 à 5 jours environ après la fin du traitement. Pour la gonorrhée, on devrait procéder à de nouvelles cultures de tous les sites positifs.

Abus sexuels à l'égard des enfants (suite).....

Déclaration, recherche des contacts et suivi (suite).....

- On ignore quel est le meilleur moment pour prélever les échantillons destinés aux épreuves de vérification du traitement lorsque *C. trachomatis* a été détecté à l'aide de méthodes autres qu'une culture. En général, la vérification de l'efficacité du traitement de la chlamydiose se fait 2 semaines après la fin du traitement.

- Le traitement de suivi de l'enfant impubère pour la syphilis est semblable à celui des patients adultes.
- Effectuer au besoin une sérologie de suivi de l'hépatite B, de la syphilis et du VIH (voir notes du tableau ci-dessus).
- La prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels doit prévoir un soutien psychologique et social, tant pour l'enfant que pour les autres membres concernés de la famille.

Prise en charge et traitement

Pour le traitement antimicrobien d'infections précises, voir les sections concernant chaque MTS.

NOTES

- Dans les cas d'agression grave, un traitement empirique peut être offert :
  si l'on sait que l'agresseur est infecté
  OU
  si le patient, un parent ou le tuteur le demande
- Le traitement choisi devrait être efficace contre *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* et la syphilis en phase d'incubation.

Définition

- L'agression sexuelle est définie comme le fait d'obliger quelqu'un à poser un acte sexuel, quel qu'il soit. L'agression comprend la pénétration orale, anale et vaginale, la tentative de pénétration et la molestation.

Épidémiologie

- L'agression sexuelle présente des risques pour les hommes et les femmes (pour les enfants, voir la section sur les abus sexuels à l'égard des enfants, page 137).
- Les risques de transmission de MTS par suite d'une agression sexuelle sont généralement faibles, mais la victime peut contracter n'importe quelle MTS.

Évaluation

- Il faut faire preuve d'une grande sensibilité lorsqu'on évalue une personne victime d'agression sexuelle. L'examen ne doit pas s'inscrire dans le continuum affectif ou physique de l'agression.
- Il importe d'effectuer un examen exhaustif en vue de détecter la présence de MTS et de preuves judiciaires, y compris des preuves d'agression physique.
- Idéalement, l'évaluation devrait se faire dans un centre habitué à évaluer les MTS chez les victimes d'agression sexuelle.

Anamnèse

- Type et site de pénétration
- Symptômes reliés aux MTS

Examen

- Muqueuses orale/anale
- Organes génitaux

Documentation

- Tous les résultats obtenus et mesures adoptées (résultats de l'examen des antécédents, de l'examen physique et des examens en laboratoire) devraient être soigneusement consignés (voir la section sur les Preuves judiciaires, page 223).

Agression sexuelle contre les adolescents et les adultes (suite).....

Prélèvement des échantillons et diagnostic de laboratoire

- Dans les cas d'assaut grave, la collecte des échantillons qui doivent servir de preuve judiciaire devrait se faire conformément aux procédures établies pour le viol (voir section sur la Preuve judiciaire, page 223).
- Pour perturber le moins possible le patient, la collecte des spécimens devrait se faire en une seule visite. On peut arriver à des résultats faux-négatifs si les échantillons sont prélevés moins de 72 heures après l'agression. Lorsqu'il en existe, il faut consulter les protocoles établis.
- Les isolats de *Neisseria gonorrhoeae* devraient être transmis à un laboratoire de référence pour un typage des souches et des tests de sensibilité aux antimicrobiens.
- Les risques de transmission d'une MTS dépendent de la prévalence de la MTS dans la collectivité, du risque que présente l'agresseur quant à la MTS et de la gravité et du type d'agression.
- Dans la mesure du possible, le ou les agresseurs (présumés) devraient faire l'objet d'un examen de détection des MTS.
- Il arrive qu'il soit impossible de faire une évaluation complète. L'examen minimal devrait comprendre un test de détection de *N. gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis.*
- Du point de vue judiciaire, les cultures ne sont pas les tests les plus appropriés pour *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis.*

NOTES

- Tous les échantillons doivent porter, apposés sur une étiquette, le nom du patient et le site de prélèvement pour qu'il n'y ait aucune confusion quant à l'origine de l'échantillon. Le site de prélèvement et le type d'échantillon prélevé devraient être consignés dans le dossier médical.
- Le laboratoire doit être avisé que les échantillons proviennent d'une personne soupçonnée d'avoir été agressée sexuellement pour que tous les efforts possibles soient faits pour assurer l'analyse optimale des échantillons. Pour des raisons d'ordre judiciaire, les méthodes de laboratoire pour la détection des organismes et les résultats doivent être soigneusement consignés. Tous les isolats devraient être conservés de façon à pouvoir être testés de nouveau au besoin.
- Plusieurs MTS peuvent être présentes. C'est pourquoi, dans la mesure du possible, les cultures/tests suivants (voir tableau, page 149) devraient être effectués. Le site de prélèvement dépend de la nature de l'agression.
- Selon les antécédents du patient, d'autres échantillons, p. ex., des échantillons de fèces pour la détection de parasites, peuvent devoir être prélevés.

Agression sexuelle contre les adolescents et les adultes (suite).....

Prélèvement des échantillons et diagnostic de laboratoire (suite).....

Site	Test
Urètre (hommes) Région endocervicale (femmes)	• coloration de Gram • culture de *N. gonorrhoeae*(a) et *C. trachomatis*(b)
Vagin	• coloration de Gram de frottis, montage humide salin, et préparation de KOH à 10 % pour : – T. vaginalis – «cluecells» et odeur d'amine (voir page 195) – pH – levure
Canal anal	• culture de *N. gonorrhoeae*(a) • culture de *C. trachomatis*(b)
Pharynx	• culture de *N. gonorrhoeae*(a). • culture de *C. trachomatis*(b)
Échantillons sérologiques	• syphilis(c) • VIH(d) • VHB(e) • échantillons surgelés à conserver

a) Pour des raisons d'ordre médico-légales, c'est la culture de *N. gonorrhoeae* qui est la méthode de diagnostic préférée. Les tests autres que les cultures ne sont pas recommandés. En effet, bien que les résultats de ces tests puissent servir à orienter la thérapie lorsqu'il est impossible de procéder à des cultures, ils ne conviennent pas à des fins judiciaires.

b) Pour des raisons d'ordre médico-légal, la culture de *C. trachomatis* est la méthode de diagnostic préférée. En l'absence d'une culture de *C. trachomatis*, les résultats de tests autres que des cultures effectués sur des échantillons prélevés dans l'urine ou dans le col utérin et/ou le pharynx peuvent servir à orienter le traitement, à condition d'être confirmés à l'aide d'une épreuve de blocage. Comme la valeur prévisionnelle positive de ces tests dans cette population peut être aussi faible que 50 %, leurs résultats ne peuvent servir à des fins judiciaires.

c) Facultatif selon les circonstances de l'abus et la prévalence de la syphilis dans la collectivité. Dans les cas d'agression grave, un nouveau test devrait être effectué 12 semaines après le premier examen.

d) Facultatif selon les circonstances de l'abus, la prévalence du VIH dans la collectivité et les risques que présente l'agresseur pour l'infection à VIH. Dans les cas d'agression grave, un nouveau test devrait être effectué 12 semaines et 24 semaines après le premier examen. Ces tests devraient être précédés et suivis de counselling (voir page 191).

e) Facultatif selon les circonstances de l'abus, la prévalence de l'hépatite B dans la communauté et les risques que présente l'agresseur pour l'infection par l'hépatite B. Dans les cas d'agression grave, un nouveau test devrait être effectué 12 semaines après le premier examen. S'il apparaît que l'agresseur est positif pour Ag HBs, des immunoglobulines antihépatite B et un vaccin antihépatite B devraient être administrés au patient.

Agression sexuelle contre les adolescents et les adultes (suite).....

Prise en charge

- Il est difficile d'établir la distinction entre une MTS pré-existante et une MTS récemment acquise.

Traitement initial

- Pour le traitement antimicrobien d'infections précises, voir la section sur chaque MTS.

NOTES

- Dans les cas d'agression sexuelle grave, on peut offrir un traitement empirique :
  de façon systématique
  OU
  si l'on sait que l'agresseur est affecté
  OU
  si le patient, un parent ou le tuteur le demande.
  Le traitement choisi doit être efficace contre *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* et la syphilis à l'état d'incubation :
  - **ciprofloxacine, 500 mg per os** en dose unique et **doxycycline, 100 mg per os** 2 fois par jour pendant 7 jours.
    OU
    ceftriaxone, 250 mg IM en dose unique et **doxycycline, 100 mg per os** 2 fois par jour pendant 7 jours.
- **Offrir un counselling d'urgence et un soutien psychologique à la personne agressée et au partenaire.**
- Des services de counselling doivent également être offerts à l'agresseur.
- Envisager le recours à la «pilule du lendemain».

Suivi

- En l'absence de traitement initial, le suivi doit se faire entre 7-14 jours.
- S'il y a eu un premier traitement empirique, le suivi se fait à 3 semaines.
- Rechercher les symptômes liés aux MTS.
- Examiner le patient et prélever les échantillons appropriés au besoin.
- Effectuer une sérologie de suivi pour l'hépatite B, la syphilis et le VIH au besoin (voir notes du tableau de la page 149).

Problèmes propres à des groupes spéciaux, dépistage des maladies transmises sexuellement, déclaration, suivi et recherche des contacts (suivi des partenaires)

Considérations spéciales

MTS chez les femmes enceintes, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les jeunes de la rue

Femmes

Grossesse

- Toutes les femmes enceintes devraient faire l'objet d'un dépistage pour la syphilis (test non tréponémique) et l'hépatite B (Ag HBs) (voir la section sur le Dépistage, p. 167).
- Toutes les femmes enceintes ou qui ont des comportements à haut risque devraient faire l'objet d'un dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae.*
  - de moins de 25 ans,
  - utilisatrices de drogues injectables,
  - qui abusent d'autres drogues ou d'alcool,
  - travailleuses du sexe (prostituées),
  - jeunes de la rue,
  - ayant contracté une MTS au cours de la dernière année,
  - ayant eu des relations avec un nouveau partenaire au cours des deux derniers mois,
  - ayant eu des relations sexuelles non protégées avec une personne appartenant à l'un ou l'autre des groupes ci-dessus ou avec un homme ayant des relations avec d'autres hommes
- Dans les endroits où l'on ne prévoit pas offrir une prophylaxie oculaire contre les infections chlamydiennes ou gonococciques aux nouveau-nés, toutes les femmes enceintes devraient faire l'objet d'un dépistage pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* au cours du troisième trimestre.
- Envisager le **dépistage du VIH** dans les groupes énumérés ci-dessus, de même que chez les femmes provenant de régions endémiques.
- Des tests de dépistage du VIH devraient toujours être précédés et suivis de counselling (voir page 191 et la section sur le Dépistage, page 167).
- Chez les femmes qui se révèlent non immunes, on devrait envisager une immunisation contre l'hépatite B (voir la section sur l'Hépatite B, page 65).
- Les femmes enceintes ayant un antécédent d'infection à virus herpès simplex devraient en informer leur médecin. Elles devraient également décider de la meilleure façon d'accoucher.

Femmes (suite).....

Grossesse (suite).....

- Le traitement d'une MTS chez une femme enceinte doit faire l'objet d'une attention spéciale :
  - les tétracyclines, l'estolate d'érythromycine et la ciprofloxacine sont contre-indiquées, surtout à cause de leurs effets indésirables sur le foetus ou le nouveau-né; le métronidazole est également contre-indiqué pendant le premier trimestre et le sulfaméthoxazole pendant le troisième trimestre.
- Il est important d'assurer un suivi après traitement d'une MTS chez une femme enceinte pour en vérifier le succès.
- L'hospitalisation est recommandée pour le traitement d'une atteinte inflammatoire pelvienne chez les femmes enceintes. L'atteinte inflammatoire pelvienne est rare après le premier trimestre.

Insémination artificielle

- Les risques de transmission d'une MTS par le sperme du donneur sont réduits lorsque les normes et principes directeurs de l'insémination thérapeutique avec sperme de donneur de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie (1988) sont suivies. Le dépistage recommandé pour les premiers donneurs et les donneurs à répétition comprend :
  - une anamnèse des comportements à haut risque pour l'acquisition de MTS,
  - une sérologie pour l'hépatite B (Ag HBs), pour l'hépatite C (anti-VHC)(a), la syphilis (test non tréponemique) et le VIH,
  - le prélèvement d'échantillons dans l'urètre pour détecter *C. trachomatis, N. gonorrhoeae,* ureaplasma et mycoplasma,
  - le prélèvement d'échantillons de sperme afin de détecter *N. gonorrhoeae,* ureaplasma, microplasma et le cytomégalovirus (CMV)

(a) disponible depuis la publication des normes en 1988.

Femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes

- Ces femmes présentent habituellement des risques moins élevés de contracter une MTS que les femmes hétérosexuelles.
- Toutefois, celles qui n'ont pas exclusivement des relations sexuelles avec d'autres femmes peuvent présenter des risques accrus si leurs partenaires ont des comportements à haut risque, p. ex., utilisent des drogues injectables ou abusent d'autres substances, ont de nombreux partenaires sexuels ou sont bisexuels.

Nouveau-nés

- L'enfant peut contracter une MTS dans l'utérus, p. ex., la syphilis, l'infection à VIH, l'hépatite B, ou par voie périnatale, p. ex., la gonorrhée, la chlamydiose, l'herpès simplex, des condylomes (infection à virus du papillome humain), l'hépatite B, une trichomonase.

Nouveau-nés (suite).....

- Les risques sont accrus :
  - lorsqu'il y a rupture prolongée des membranes,
  - lorsque la naissance est prématurée,
  - lorsque l'un ou l'autre des parents est atteint d'une MTS confirmée,
  - lorsque la mère appartient à un groupe à haut risque (p. ex., travailleurs du sexe (prostitués), utilisateurs de drogues injectables, adolescents),
  - lorsque le statut de la mère à l'égard des MTS est inconnu (c.-à-d. aucun soin prénatal, aucun dépistage des MTS).
- Les médecins qui s'occupent de la mère et du nouveau-né doivent collaborer afin de s'assurer que la mère, ses partenaires sexuels et le nouveau-né sont convenablement traités.

Enfants

- Les enfants peuvent contracter une MTS :
  - lorsqu'ils sont victimes d'abus sexuels,
  - lorsqu'un de leur frère ou une de leur soeur est victime d'abus sexuels,
  - lorsqu'il présente des signes ou des symptômes d'urétrite, de vaginite, de condylomes ou d'infection génitale à virus herpès simplex.
- **Lorsqu'une MTS est diagnostiquée, envisager la possibilité d'un abus sexuel (voir page 137).**

Adolescents

- C'est chez les jeunes filles de 15 à 19 ans que les taux de gonorrhée et de chlamydiose sont les plus élevés au Canada.
- Il ne suffit pas d'avoir été sensibilisé aux MTS (y compris à l'infection à VIH) pour adopter des pratiques sexuelles sûres.
- 31 % des garçons et 21 % des filles de 14 ans et plus déclarent avoir eu au moins une relation sexuelle.
- 45 % des adolescents de 16 ans et plus sont sexuellement actifs.
- Les risques de MTS sont plus élevés dans les groupes suivants :
  - les jeunes de la rue,
  - les adolescentes enceintes/ qui subissent un avortement thérapeutique,
  - les contacts sexuels des personnes qui ont ou sont soupçonnées d'avoir une MTS,
  - les adolescents qui présentent des signes ou des symptômes d'urétrite, de cervicite, d'atteinte inflammatoire pelvienne, d'épididymite, de vaginite ou de vaginose non candidienne, de condylomes génitaux ou d'ulcérations génitales,
  - les adolescents de sexe masculin atteints de pyurie,
  - les adolescentes souffrant de douleurs abdominales basses,

Adolescents (suite).....

- L'observance du traitement pose souvent un grave problème
  - le traitement en externe doit être le plus simple possible;
  - l'hospitalisation devrait être envisagée pour les infections graves telles que l'atteinte inflammatoire pelvienne.
- Il faudrait insister fortement sur le counselling éducatif en matière de MTS et de prévention de la grossesse dans le cadre de la prise en charge des patients atteints d'une MTS, notamment les adolescents; il est important d'interroger régulièrement et souvent les adolescents sur de leurs pratiques sexuelles.

Jeunes de la rue

- Les jeunes de la rue sont des adolescents et des jeunes adultes qui passent la majorité de leur temps dans les rues de la ville.
- La plupart des centres urbains, quelle que soit leur taille, ont une population de jeunes de la rue.
- Cette population est hétérogène et compte :
  - des sans-abri
  - des chômeurs
  - des jeunes contrevenants
  - des utilisateurs de drogues injectables et des personnes qui abusent d'autres substances
  - des travailleurs du sexe (prostitué(e)s)
- Les jeunes de la rue peuvent avoir de nombreux problèmes nécessitant une référence vers les services appropriés :
  - prévalence élevée d'abus d'alcool et d'autres substances, déficience nutritionnelle et dépression.
- Ces jeunes ne sont pas facilement identifiables par leur apparence – une enquête sur l'assiduité à l'école peut donner une indication du statut d'un adolescent. L'absence à l'école pourrait être un indicateur sérieux pour l'identification des jeunes de la rue.
- Plus de 95 % des enfants de la rue sont sexuellement actifs, ont un grand nombre de partenaires sexuels et n'utilisent pas régulièrement le condom.
- La prévalence des MTS est très élevée chez les jeunes de la rue : 40 à 50 % des travailleurs du sexe (prostitué(e)s) ont une MTS évolutive.
- Ces jeunes présentent des risques élevés pour l'infection à VIH.
- Comme les jeunes de la rue sont peu enclins à rechercher activement des soins médicaux, l'observance du traitement et le suivi peuvent poser un grave problème.

(voir la section sur les Personnes atteintes de MTS à répétition, page 157)

Noyaux de transmetteurs

- Les MTS ne sont pas également réparties entre les diverses populations.
- Les «noyaux de transmetteurs» sont des petits sous-groupes stables et identifiables dans lesquels la prévalence d'une maladie est élevée, et qui sont responsables de sa propagation au sein d'une collectivité, p. ex., les jeunes de la rue.
- Ces noyaux de transmetteurs représentent moins de 2 % des personnes à risque, mais sont directement ou indirectement responsables de la plupart des cas.
- Les membres de ces groupes ont des caractéristiques socio-démographiques communes et sont souvent des porteurs asymptomatiques.

Personnes atteintes de MTS à répétition

- Ces personnes n'appartiennent pas toujours à des noyaux de transmetteurs, mais peuvent avoir des liens avec des membres de ces groupes – ce qui est tout aussi important pour l'incidence globale des MTS.
- Chaque nouvel épisode est habituellement une nouvelle infection.
- Un malade à répétition symptomatique qui demande des soins médicaux à chaque incident est moins susceptible de transmettre l'infection qu'une personne appartenant à un groupe souche, symptomatique ou asymptomatique, et/ou qui hésite à demander des soins médicaux.

Stratégies de lutte

Voici quelques grandes stratégies visant à interrompre le cycle des MTS à répétition.

- Les membres d'un groupe souche qui transmettent la maladie et les personnes atteintes de MTS à répétition devraient faire l'objet de programmes intensifs d'*éducation des patients* lorsqu'ils viennent demander des soins médicaux.
  - S'assurer qu'ils comprennent bien comment les MTS sont transmises;
  - souligner les dangers qu'ils courent ou qu'ils font courir aux autres (en particulier aux femmes et aux nouveau-nés) à cause des complications aiguës et chroniques;

Personnes atteintes de MTS à répétition (suite).....

Stratégies de lutte (suite).....

- promouvoir la prévention, en insistant notamment sur la façon d'utiliser les condoms en latex;
- souligner la nécessité d'éviter toute relation sexuelle non protégée, de consulter un médecin dès l'apparition de symptômes et d'observer rigoureusement le traitement;
- faciliter l'accès aux condoms en latex;
- offrir un counselling en vue de changer les comportements;
- inciter les partenaires réguliers à participer eux aussi aux programmes d'éducation et de counselling;
- faire en sorte que les partenaires soient informés des risques qu'ils courent.

- La *reprise du dépistage* dans les noyaux de transmetteurs et chez les malades à répétition devrait être fortement encouragée et facilitée.
  - On encourage les personnes qui ont des relations fréquentes à subir des examens mensuels à un moment qui leur convient dans le cadre de consultations libres.

- Seuls certains programmes *communautaires* axés sur l'éducation, le diagnostic et le traitement ont des chances de réussir à court terme chez les membres des noyaux de transmetteurs qui transmettent la maladie et chez les malades à répétition qui ne consultent pas de médecins à cause de l'absence de symptômes ou pour d'autres raisons.
  - Pour joindre les personnes concernées, il faut offrir des services d'information et des services cliniques dans les régions où les MTS peuvent poser un problème spécial – ces régions sont souvent géographiquement isolées, économiquement défavorisées ou densément peuplées, comme c'est le cas des centres villes, des quartiers où le trafic de drogue est courant (notamment le trafic du «crack»), des réserves autochtones isolées, des enclaves militaires, des quartiers où il y a de la prostitution et des ports de mer.
  - Pour être efficaces, ces programmes doivent être soutenus par la collectivité et dispensés par des intervenants crédibles.

- À long terme, l'éducation dans les *écoles* et l'information du *grand public* devraient avoir un effet positif.

NOTES

- Il faudrait peut-être élaborer des stratégies de traitement souples pour prendre en charge les personnes atteintes de MTS à répétition qui résistent aux autres stratégies.
- Parmi les stratégies possibles, mentionnons l'utilisation de médication orale approuvée au lieu de médication injectable, le traitement amorcé par le patient et un meilleur l'accès au traitement présomptif fondé sur le soupçon.

Personnes atteintes de MTS à répétition (suite).....

Travailleurs et travailleuses du sexe

- Un grand nombre de travailleurs du sexe (prostitués hommes et femmes) ont changé leur comportement sexuel avec leurs clients et ont pu réduire considérablement les risques qu'ils courent de contracter la plupart des MTS en utilisant régulièrement des condoms en latex.
- Ils n'utilisent cependant pas toujours le condom avec leurs partenaires sexuels réguliers et leur conjoint et ceux-ci, souvent infectés, agissent comme réservoir d'infection. Les partenaires devraient donc recevoir eux aussi un traitement et un suivi appropriés.
- Certains travailleurs du sexe courent plus de risques au travail :
  - les nouveau-venus dans la profession, ceux qui sont mal informés; les immigrants de fraîche date; ceux qui travaillent de façon sporadique; ceux qui, moyennant un supplément d'argent, acceptent de ne pas utiliser de condom; et les hommes qui ont des relations anales passives.
- Les travailleuses du sexe sont souvent victimes d'agression sexuelle; beaucoup deviennent enceintes et ne reçoivent aucun soins prénataux.

Les hommes qui ont des relations avec d'autres hommes

Dans les années 1970 et au début des années 1980, les épidémies de syphilis, de gonorrhée, d'infection génitale à virus de l'herpès simplex, de condylomes, d'hépatite B et d'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont fait l'objet d'études dans la population gaie masculine d'Amérique du Nord.

Au cours des 5 à 10 dernières années, sauf pour l'infection à VIH, l'incidence des MTS nouvellement acquises dans cette population a chuté à un niveau égal ou inférieur à celui de l'ensemble de la population sexuellement active.

Pour ce qui est des MTS qui provoquent des infections chroniques incurables (c.-à-d. l'hépatite B, l'infection à VIH, l'herpès, les condylomes), les hommes qui ont des relations homosexuelles devraient continuer à être plus souvent infectés et infectieux, bien que la situation puisse changer à l'avenir.

Considérations spéciales

Activité sexuelle antérieure

- Il est essentiel d'établir le relevé des activités sexuelles antérieures du patient (voir la section sur l'Anamnèse idéale et l'examen, page 187) pour déterminer :
  - s'il a eu des relations sexuelles avec d'autres hommes (dans le cas des hommes),
  - le type et la fréquence de ses pratiques sexuelles,
  - son niveau de risque à l'égard de chaque MTS.
- La meilleure façon de déterminer les antécédents sexuels est de le faire dans le cadre d'un relevé des antécédents sociaux :
  - poser des questions ouvertes, sans porter de jugement; commencer par les grandes catégories d'orientation sexuelle et passer ensuite aux questions sur des pratiques sexuelles plus précises;
  - une bonne façon de commencer est de poser la question : «Avez-vous des relations sexuelles seulement avec des hommes, seulement avec des femmes, ou avec les deux?».
- Voici quelques pratiques sexuelles courantes dans la population gaie et qui sont associées à des risques élevés de MTS :
  - rapports anogénitaux passifs et actifs,
  - rapports anobuccaux (anilingus),

Les hommes qui ont des relations avec d'autres hommes (suite).....

Considérations spéciales (suite).....

Activité sexuelle antérieure (suite).....

- douche rectale associée à des rapports anogénitaux passifs,
- rapports anomanuels passifs (partenaire passif d'une relation anale où il y a insertion d'un doigt ou du poignet).

- La multiplication des partenaires sexuels anonymes n'est pas rare dans les saunas publics et a également été corrélée au risque de MTS diverses, notamment l'infection à VIH, l'hépatite B et la syphilis.

Examen physique

- En plus de faire un examen soigneux des organes génitaux et un examen extragénital ciblé (voir pages 188 et 189), il est particulièrement important d'examiner, chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, les ganglions, la peau, la sclérotique, la cavité orale, le pharynx et la région périanale.
- Les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes qui ont des rapports anaux passifs (rapports anogénitaux, anobuccaux, anomanuels) devraient être soumis à un examen proctoscopique.

Tests de laboratoire

- Le choix des tests **diagnostiques** des MTS pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes est fondé sur le diagnostic différentiel du syndrome ayant motivé la consultation (p. ex., une proctite).
- Le choix des tests de **dépistage** des MTS est fondé sur les antécédents sexuels (voir la section sur le Dépistage, page 167).
- Il est à noter que de nombreux organismes pathogènes peuvent provoquer des proctites, des proctocolites et des entérites transmises sexuellement chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et qu'il faut effectuer des tests de laboratoire qui ne sont habituellement pas associés à l'investigation des MTS, p. ex., examen des fèces en vue de déceler la présence d'oeufs et de parasites.
- Il faut sérieusement envisager un dépistage du VIH et de l'hépatite B chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Prise en charge et suivi

- Mêmes procédures que pour tous les autres patients (voir pages iv et v).

Prévention

- Les rapports sexuels anaux sont une activité à haut risque pour la transmission des MTS.
- Comme les condoms déchirent plus facilement pendant la pénétration anale, on devrait recommander de s'abstenir de ce genre de relations, d'utiliser deux condoms simultanément ou d'utiliser des condoms spécialement conçus pour ce genre de rapports.

Les hommes qui ont des relations avec d'autres hommes (suite).....

Considérations spéciales (suite).....

Prévention (suite).....

- À cause du taux élevé d'infection de certaines sous-populations, on devrait offrir aux hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes le vaccin anti-hépatite B.
- Pour rendre les rapports sexuels plus sûrs chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, on recommande ce qui suit :
  - utiliser des condoms spéciaux pour les rapports anaux (voir ci-dessus),
  - éviter les rapports anomanuels ou anobuccaux non protégés,
  - tenir compte du fait que l'usage de drogues et d'alcool influent de façon négative sur la décision d'adopter un comportement sexuel sécuritaire.

Les personnes qui voyagent à l'extérieur de leur collectivité ou à l'étranger sont susceptibles d'adopter des comportements sexuels qui augmentent les risques qu'elles courent de contracter des MTS, dont l'infection à VIH.

Les dispensateurs de soins de santé qui donnent des conseils aux voyageurs devraient leur exposer les risques qu'ils courent et les encourager fortement à prendre des mesures de prévention.

Risques

Les voyageurs risquent davantage de contracter des MTS pour les raisons suivantes :

- Pendant leur séjour à l'étranger, souvent à cause de l'absence de leur partenaire sexuel habituel, les voyageurs sont parfois tentés d'avoir des relations sexuelles avec de nouveaux partenaires. Ce risque peut être accru par la consommation de drogues et d'alcool.
- La prévalence de nombreuses MTS (dont l'infection à VIH) est très élevée chez les hommes et les femmes qui acceptent d'avoir des relations sexuelles de passage, particulièrement dans les pays en développement. La probabilité de contracter une infection à VIH ou une autre MTS dans le cadre de relations hétérosexuelles anonymes dans de nombreux pays est de 10 à 100 fois supérieure qu'au Canada (voir la section sur l'infection à VIH chez les adultes et les adolescents, page 121).
- Les pathogènes d'origine bactérienne contractés dans de nombreuses régions du monde, dont l'Asie du sud-est, l'Amérique du sud et l'Afrique, risquent davantage de résister aux agents antimicrobiens couramment utilisés ici. Le traitement risque ainsi davantage d'échouer et on recommande en conséquence d'assurer un suivi du patient.
- Il n'est pas rare que les voyageurs qui ont des relations sexuelles non protégées contractent des infections mixtes.

Voyageurs (suite).....

Prévention

- Les dispensateurs de soins de santé doivent aborder la question et conseiller aux voyageurs d'éviter les relations sexuelles de passage ou, le cas échéant, les informer que l'usage du condom permet de réduire les risques. Ils devraient aussi **leur montrer comment se servir des condoms – voir la section sur les Condoms, page 7).**
- Dans certaines circonstances, l'immunisation contre l'hépatite B peut également se révéler judicieuse (voir la section sur l'Hépatite B, page 65).

Définitions

- Le *dépistage* est la stratégie visant à détecter une maladie non reconnue.

Catégories de dépistage

- Le dépistage des MTS asymptomatiques se divise en 3 catégories :

  A. *Recherche de cas* – Stratégie axée sur le patient et visant les personnes les plus à risque de contracter une ou plusieurs MTS, p. ex., celles qui sont en contact avec la gonorrhée.

  B. *Dépistage ciblé* – Stratégie axée sur le groupe et visant les sous-populations où les taux de prévalence de MTS sont élevés, p. ex., les jeunes de la rue, les noyaux de transmetteurs, les adolescents et les personnes qui ont déjà contracté une MTS.

  C. *Dépistage général* – Stratégie axée sur la population et visant certaines personnes qui ne sont pas considérées à risque pour les MTS, mais chez qui une infection pourrait avoir de graves conséquences, p. ex., la syphilis chez les femmes enceintes.

Procédures	Catégorie A recherche de cas	Catégorie B dépistage ciblé	Catégorie C dépistage général
activités sexuelles antérieures	√	√	√
examen physique			
– organes génitaux externes	√	√	√
– organes génitaux internes	adultes, adolescents	adultes, adolescents	–
– extragénital ciblé	√	√	√
épreuves de laboratoire			
– *Neisseria gonorrhoeae*	√	√	–
– *Chlamydia trachomatix*	√	√	–
– *Treponema palidum*	√	√	√
– frottis cervicaux (test de Pap)	adultes, adolescents facultatif	adultes, adolescents facultatif	(a) √
– hépatitis B (VHB)	facultatif	facultatif	–
– VIH			

(a) Voir notes page 169.

NOTES

- Le *dépistage des femmes* est important, car ce sont elle qui sont le plus susceptibles d'avoir des infections non diagnostiquées et qui présentent le plus haut risque de complications graves.

NOTE (suite).....

- Le *dépistage des jeunes adolescentes sexuellement actives* est particulièrement important, car celles-ci présentent le plus haut risque de complications, ont un taux d'infection élevé et sont plus susceptibles d'avoir des relations sexuelles non protégées.

Qui dépister?

A. *Recherche de cas*

- Les *contacts sexuels* de personnes qui ont ou sont soupçonnées d'avoir une urétrite, une cervicite, une atteinte inflammatoire pelvienne ou une épididymite devraient faire l'objet d'un dépistage comportant le relevé des antécédents sexuels, un examen physique et des tests pour la détection d'au moins *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*.
- Les *contacts sexuels* des personnes qui ont ou sont soupçonnées d'avoir une infection attribuable à *N. gonorrhoeae, à C. trachomatis, à T. pallidum*, au virus de l'hépatite B ou à VIH devraient faire l'objet d'un dépistage comportant le relevé des antécédents sexuels, un examen physique et divers tests de laboratoire.
- Un dépistage annuel de la syphilis devrait être envisagé chez les personnes qui risquent d'être *régulièrement exposées* à d'autres MTS.
- Les victimes d'*agression sexuelle* et les enfants victimes d'*abus sexuel* devraient faire l'objet d'un dépistage pour la recherche de cas et la collecte de preuves médico-légales.
- Les *nouveau-nés* risquent de contracter une MTS congénitale lorsque l'un ou l'autre des parents est à risque. Les nouveau-nés font l'objet d'un dépistage pour la recherche de cas dans les circonstances suivantes :
  - lorsque l'un ou l'autre des parents est atteint d'une urétrite, d'une cervicite, d'une atteinte inflammatoire pelvienne, d'une épididymite ou d'une infection attribuable à *N. gonorrhoeae*, à *C. trachomatis*, à *T. pallidum*, à VIH ou au virus de l'hépatite B;
  - lorsque la mère est à haut risque pour les MTS (voir le dépistage ciblé ci-dessous);
  - lorsqu'on ne connaît pas le statut de la mère à l'égard des MTS, c.-à-d. lorsqu'elle n'a reçu aucun soin prénatal ou n'a subi aucun dépistage.

B. *Dépistage ciblé* – On recommande d'établir les antécédents sexuels, de faire un examen physique et d'effectuer des tests de laboratoire spécifiques (voir tableau, page 167) pour

les frères et soeurs des enfants victimes d'abus sexuel

ET

pour toutes les personnes *sexuellement actives* appartenant à l'*un* ou l'autre des groupes à risque suivants :

- personnes âgées de moins de 25 ans,

Dépistage des maladies transmises sexuellement (suite).....

Qui dépister? (suite).....

- utilisateurs de drogues injectables,
- toxicomanes,
- jeunes de la rue,
- personnes ayant contracté une MTS au cours de l'année précédente,
- personnes ayant eu des contacts avec un nouveau partenaire dans les deux derniers mois,
- personnes ayant eu 2 partenaires ou plus au cours de l'année précédente,
- personnes utilisant une méthode de contraception autre que le condom,
- personnes ayant des relations sexuelles non protégées (sans condom) avec un membre de l'un ou l'autre des groupes précédents.

C. *Dépistage général*

- Les ***femmes enceintes*** sont le seul groupe pour lequel l'on peut recommander un dépistage général des MTS dans le cadre des soins primaires.
  - Un relevé des activités sexuelles antérieures, un examen génital externe et un examen extra-génital ciblé devraient être effectués à la première occasion (voir page 187).
  - Lorsque la patiente appartient à la catégorie A ou B (voir page 167), d'autres tests de laboratoire peuvent s'avérer nécessaires.
  - L'anamnèse et l'examen peuvent révéler une MTS pouvant avoir des conséquences sur la grossesse.
  - Toutes les patientes devraient faire l'objet d'un dépistage pour HBsAg et la syphilis.

NOTES

- Lorsqu'aucune prophylaxie oculaire contre les infections à chlamydia et à gonocoque n'est prévue chez les nouveau-nés, toutes les femmes enceintes devraient faire l'objet d'un dépistage pour *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* au cours du troisième trimestre.
- Les ***adolescentes et les femmes adultes*** devraient subir un test Pap pour déceler la présence d'une dysplasie cervicale ou d'un cancer. Un frottis anormal peut indiquer une infection à VPH.

Procédures de dépistage (tableau, page 167)

Activités sexuelles antérieures

- Dans tous les cas, la première étape de tout dépistage rentable est de faire le relevé complet des activités sexuelles antérieures. Le relevé des antécédents sexuels est résumé dans la section sur l'Anamnèse idéale et l'examen, page 187.

Dépistage des maladies transmises sexuellement (suite).....

Procédures de dépistage (tableau, page 167) (suite).....

Examen physique

- L'examen physique de dépistage peut comprendre un examen génital externe, un examen génital interne (c.-à-d., un examen bimanuel et avec speculum) des adolescentes et des femmes adultes, ainsi qu'un examen extragénital ciblé. L'examen génital des enfants et des nouveau-nés ne devrait comporter qu'un examen des organes génitaux externes. Voir la section sur l'Anamnèse idéale et les examens, page 187.
- Lorsqu'on découvre une lésion ou une anomalie qui pourrait être attribuable à une MTS, des tests *diagnostics* spécifiques doivent être effectués sur l'anomalie en question en plus des tests de *dépistage* recommandés.

Épreuves de laboratoire

- Pour *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* :
  - culture de tous les sites exposés.
  - lorsque le patient a des relations sexuelles avec une personne qui a ou est soupçonnée d'avoir une urétrite, une cervicite, une atteinte inflammatoire pelvienne, une épididymite, une proctite, ou une infection à *N. gonorrhoeae* ou à *C. trachomatis*, il faut prélever un frottis urétral, cervical ou rectal pour *N. gonorrhoeae* ET des échantillons cervicaux ou urétraux pour *C. trachomatis*.
- Dans le cas de la syphilis, un test non tréponémique, p. ex., le VDRL, est nécessaire lorsqu'on soupçonne une exposition à *T. pallidum* depuis le dernier test sérologique pour la syphilis; les personnes qui peuvent être exposées régulièrement à d'autres MTS devraient peut-être subir ce test chaque année.
- Le seul test de laboratoire courant et facile d'accès qui peut démontrer les effets de l'infection à VPH est la cytologie cervicale utilisée pour le dépistage du cancer du col utérin (test de Pap); cet examen n'est exécuté que sur les femmes adultes et les adolescentes.
- Les tests de dépistage de l'hépatite B comprennent des tests pour les antigènes de surface (Ag HBs), pour les anticorps des antigènes de surface (anti-HBs) et pour les anticorps de l'antigène nucléocapsidique (anti-HBc) (voir page 171).
- Les tests de dépistage du VIH, lorsqu'ils donnent des résultats positifs, sont toujours confirmés à l'aide d'un autre type de test (voir la section sur le diagnostic en laboratoire des infections à VIH, page 217).

Considérations spéciales

- Lorsqu'on ignore quels sites ont été exposés, on devrait faire des cultures pour *N. gonorrhoeae* sur des échantillons prélevés dans la gorge, le rectum, l'urètre (hommes) et le col utérin (femmes).

Dépistage des maladies transmises sexuellement (suite).....

Considérations spéciales (suite)...

- Lorsqu'il n'y a pas de col, p. ex., lorsqu'il a été enlevé par chirurgie, on devrait effectuer des tests pour *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* sur des échantillons prélevés dans l'urètre et un test pour *N. gonorrhoeae* sur des échantillons prélevés dans le rectum.
- Une évaluation de la syphilis congénitale, de l'infection à VIH congénitale et de l'infection à VPH congénitale du larynx, c.-à-d. la papillomatose laryngée juvénile, devrait être effectuée en consultation avec un spécialiste compétent.
- Les personnes appartenant à la catégorie A n'ont pas besoin d'être soumises à un nouveau test de dépistage pour *N. gonorrhoeae* ou *C. trachomatis* si la dernière exposition date de plus de 6 mois.
- Les unités de soins primaires spécialisées dans les MTS, p. ex., les cliniques de MTS, peuvent choisir d'ajouter à ces recommandations minimales des tests pour d'autres infections, comme les infections à HIV, à *Trichomonas vaginalis* et au virus de l'hépatite B.
- Dans la mesure du possible, on devrait faire subir aux auteurs d'agressions sexuelles et d'abus sexuels les mêmes tests que pour les personnes de la catégorie B. Cela est toutefois rarement autorisé par leurs avocats. Les agresseurs devraient être traités pour les MTS diagnostiquées chez les personnes agressées.

Hépatite B

- Toutes les femmes enceintes devraient faire l'objet d'un test de dépistage des antigènes de surface de l'hépatite B (Ag HBs). Lorsque les résultats sont positifs, il faut administrer au nouveau-né un traitement d'immunisation combiné passive-active. Le dépistage ne doit porter que sur Ag HBs.
- Pour les autres groupes, notamment ceux qui peuvent avoir des comportements à haut risque, comme les hommes qui ont des relations homosexuelles, les personnes qui s'injectent des drogues ou abusent d'autres substances, les nouveau-nés de mères positives pour HBsAg et certains dispensateurs de soins de santé, la meilleure stratégie de lutte est la vaccination contre l'hépatite B. Comme il n'existe aucun traitement efficace pour l'infection à hépatite B asymptomatique, le dépistage ne peut se justifier que comme procédure de pré-immunisation visant à exclure de l'immunisation les personnes déjà infectées, et n'est utile que lorsque la prévalence dans la population cible est assez élevée pour que le dépistage soit rentable.
- Pour le dépistage de pré-immunisation, il suffit de rechercher l'anticorps de l'antigène nucléocapsidique (anti-HBc).

Dépistage des maladies transmises sexuellement (suite).....

Virus de l'immunodéfience humaine (VIH)

- Envisager le dépistage du VIH dans les groupes qui peuvent avoir des comportements à haut risque comme les hommes qui ont des relations homosexuelles, les personnes qui s'injectent des drogues ou abusent d'autres substances, les nouveau-nés de mères séro-positives, les personnes qui ont reçu des transfusion de sang ou de produits du sang entre 1978 et novembre 1985, les travailleurs du sexe (prostitué(e)s) des deux sexes, les personnes vivant dans des régions où le VIH est endémique, et celles qui ont des contacts sexuels avec l'une ou l'autre de ces personnes.
- Les tests de détection de l'anticorps du VIH comportent un test de dépistage et un test de confirmation (voir la section sur le diagnostic en laboratoire de l'infection à VIH, page 217).
- Pour le dépistage de l'anticorps du VIH chez les nouveau-nés, voir la section sur l'Infection à VIH chez les enfants, page 129).
- Le test de recherche des anticorps du VIH devrait toujours être précédé et suivi de counselling (voir la section sur le counselling pré- et post-test, page 191).

Considérations spéciales en cas d'agression et d'abus sexuels

- Les adultes et les adolescents victimes d'agression sexuelle et les enfants victimes d'abus sexuel font l'objet d'un dépistage visant à leur fournir les services médicaux nécessaires et à recueillir des preuves médico-légales.
- Tous les agents sexuellement transmissibles peuvent être transmis pendant une agression/abus. Ce sont les infections à gonocoque et à *Chlamydia* qui semblent présenter le plus de risques.
- En plus du dépistage recommandé pour les personnes de la catégorie A du tableau de la page 167, un test de grossesse devrait être effectué chez les femmes adultes et les adolescentes qui ont été agressées sexuellement. De nouvelles sérologies pour la syphilis et l'hépatite B devraient être effectuées 12 semaines après l'agression. Tous les autres tests devraient être répétés dans le cadre d'une évaluation de suivi 21 à 28 jours après l'événement.

Prise en charge et traitement au moment du dépistage

- Les adultes et les adolescents qui ont une MTS ou ont des relations sexuelles avec une personne atteinte d'une MTS doivent être traités immédiatement après le dépistage pour l'infection détectée à l'examen et pour toute infection relevée chez leurs partenaires.
- Les victimes d'agression sexuelle devraient être traitées pour toute infection détectée à l'examen et pour toute infection relevée chez leur agresseur. Lorsque le suivi semble difficile à assurer et qu'un traitement empirique est donné à la demande de la personne agressée, le traitement devrait être efficace contre la gonorrhée, la chlamydiose et la syphilis en stade d'incubation (voir la section sur les Agressions sexuelles, page 147).

Dépistage des maladies transmises sexuellement (suite).....

Prise en charge et traitement au moment du dépistage (suite)...

- Les enfants victimes d'abus sexuel devraient être traités pour toute infection détectée à l'examen, de même que pour toute infection relevée chez leur agresseur (voir la section sur les abus sexuels à l'égard des enfants, page 137).
- Les frères et les soeurs des enfants victimes d'agression sexuelle ne devraient être traités que pour une infection attestée. En général, on ne donne pas de traitement présomptif aux frères et soeurs des enfants victimes d'abus sexuel.
- Les nouveau-nés dont la mère a ou est soupçonnée d'avoir une cervicite, une atteinte inflammatoire pelvienne ou une infection à *N. gonorrhoeae* ou à *C. trachomatis* non traitée au moment de l'accouchement doivent être traités pour *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* au moyen d'antibiotiques systémiques immédiatement après le dépistage. Dans ce cas, un traitement topique **NE** convient **PAS**.
- Les nouveau-nés dont la mère a ou est soupçonnée d'avoir une infection à *T. pallidum* non traitée au moment de l'accouchement doivent être traités pour *T. pallidum* immédiatement après le dépistage.

Éducation des patients

- Dans la mesure du possible, on devrait expliquer au patient ou à son tuteur la raison pour laquelle on procède à un dépistage des MTS et quelles en sont les diverses procédures.
- Le dépistage des MTS est une occasion de discuter avec la personne des risques et des mesures de prévention. Il faudrait donc le faire, en particulier avec les adolescents.
- L'éducation en face à face dans ce contexte peut s'avérer une importante mesure de prévention de santé publique.
- Les patients des catégories A et B qui subissent un test de dépistage devraient être avisés de s'abstenir de toute activité sexuelle ou d'utiliser des condoms en latex au moins jusqu'à ce que l'on soit assuré que tous les tests ont donné des résultats négatifs.

Intervalles de dépistage

- Le meilleur moment de procéder au dépistage est le plus tôt possible après l'exposition, mais idéalement, il est préférable de laisser passer une période de 72 heures. Pour évaluer les résultats des tests, le médecin doit tenir compte du temps nécessaire pour que le nombre d'organismes infectieux ou la réponse immunitaire atteigne un niveau détectable par les tests de dépistage.

Dépistage des maladies transmises sexuellement (suite).....

Intervalles de dépistage (suite).....

- On devrait recommander aux personnes asymptomatiques régulièrement exposées et qui ne se font pas évaluer après chaque exposition, de subir un examen pour les MTS deux fois par année.

Reprise du dépistage

- La reprise du dépistage est une stratégie qui vise les personnes qui ont déjà été infectées, en vue de renouveler leur évaluation.
- La reprise du dépistage des MTS peut être 4 fois plus efficace que le premier dépistage.
- Pour les infections sexuellement transmises qui confèrent l'immunité, p. ex., l'hépatite B, ou qui sont incurables, p. ex., une infection à VIH, la reprise du dépistage est évidemment inutile une fois le premier diagnostic posé.
- Les noyaux de transmetteurs et les personnes atteintes de MTS à répétition (voir la section sur les Populations spéciales, page 157) devraient être soumis fréquemment à un nouveau dépistage, au moins aux 6 mois.

TAUX DE DÉTECTION DE *C. TRACHOMATIS* ET *N. GONORRHOEAE*

Risque	Prévalence de l'infection	
	C. trachomatis	*N. gonorrhoeae*
Hommes		
contact avec une cervicite mycopurulente	25-50 %	5-10 %
contact avec une atteinte inflammatoire pelvienne	25-50 %	20-30 %
Femmes		
contact avec la gonorrhée	30-40 %	40-50 %
contact avec une urétrite non gonococcique	30-60 %	3-5 %
adolescentes enceintes	10-20 %	5-10 %
femmes consultant les services de santé étudiants		
adolescentes consultant une clinique générale	4-8 %	<1 %
travailleuses du sexe adolescentes asymptomatiques	10-20 %	1-3 %
(prostituées)	25 %	20 %

Donneurs

- Les donneurs de sang, de tissus, d'organes, de sperme et d'ovules doivent être systématiquement soumis à des tests de dépistage du VIH, du VHB et de la syphilis. Cela se fait habituellement lorsque les responsables du programme évaluent la première fois les candidats.

Dépistage des maladies transmises sexuellement (suite).....

Donneurs (suite).....

- Le risque de transmission d'une MTS par le sperme d'un donneur est réduit quand on respecte les normes et principes directeurs de l'insémination thérapeutique avec sperme de donneur de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie (1988). Le dépistage recommandé pour les premiers donneurs et les donneurs à répétition comprend :
  - une anamnèse des comportements à haut risque pour les MTS.
  - une sérologie pour l'hépatite B (Ag HBs), l'hépatite C (anti-VHC)[a], la syphilis (VDRL ou autres tests non tréponémiques) et le VIH,
  - le prélèvement d'échantillons dans l'urètre pour détecter *C. trachomatis, N. gonorrhoeae*, ureaplasma et mycoplasma
  - le prélèvement d'échantillons de sperme pour détecter *N. gonorrhoeae*, ureaplasma, mycoplasma et le cytomégalovirus (CMV)

Receveurs

- Les personnes qui reçoivent des tissus, des organes, du sperme ou une ovule d'un donneur n'ayant pas fait l'objet d'un dépistage devraient elles-mêmes être soumises à un test pour le VIH, le VHB et la syphilis (pour la chronologie, voir ci-dessus).
- Le dépistage systématique du VIH chez les donneurs de sperme n'a été institué que ces dernières années.
- Les donneurs de sang font l'objet d'un dépistage du VIH depuis novembre 1985 et du VHB et de la syphilis depuis plus de vingt ans.
- Les personnes à qui l'on a fait des transfusions de sang ou de produits sanguins entre 1978 et novembre 1985 devraient peut-être faire l'objet d'un dépistage du VIH (voir ci-dessus).

(a) Disponible depuis la publication des normes en 1988.

Déclaration d'une MTS

- Surveillance de la maladie dans la collectivité.
- Détermination des groupes à haut risque.
- Lutte contre la maladie et suivi.
- Évaluation des programmes de lutte contre les MTS/VIH.

Exigences

- Obligation légale dans toutes les provinces et les territoires.
- Les maladies à déclaration obligatoire varient selon les provinces et les territoires.
- Les praticiens devraient s'informer auprès des autorités locales de santé publique au sujet des maladies à déclarer et des procédures suggérées pour la déclaration, le suivi et la recherche des contacts.
- Voir également les sections sur chaque maladie.

Déclaration des abus et agressions sexuels

- Enfants :
  - Les abus sexuels à l'égard des enfants doivent être signalés à l'agence locale de protection de l'enfance.
  - La limite d'âge de l'enfant peut varier selon les provinces et les territoires (communiquer avec le médecin hygiéniste de l'endroit ou avec le directeur provincial/territorial de la lutte contre les MTS).
- Adultes :
  - Déclaration non obligatoire de la part des praticiens.
  - La responsabilité relève avant tout de la personne agressée.
  - Les adultes devraient recevoir des conseils ou être adressés à des centres de crise locaux.
- Les agences locales de santé publique peuvent aider à évaluer la source de l'infection et la propagation de la maladie.

Suivi des personnes infectées

Au moment de la consultation :

- Remplir le formulaire d'information sur les contacts (voir ci-dessous).

Déclaration, suivi et recherche des contacts (suivi du partenaire) (suite).....

Suivi des personnes infectées (suite).....

- Donner des informations quant à la durée de l'abstinence sexuelle.
  - Pour la gonorrhée, la chlamydiose ou la syphilis : jusqu'à ce que le traitement du cas et des partenaires courants soit terminé (voir également les sections sur chaque maladie).
  - Pour les syndromes, p. ex., l'urétrite et la cervicite, voir les sections sur chacun des syndromes.
  - Pour le VIH :
    - donner des conseils sur la façon de réduire les risques que l'on fait courir aux autres, notamment sur les relations sexuelles sans pénétration,
    - aborder la question de l'information des partenaires.
  - Pour l'hépatite B :
    - donner des conseils sur la façon de diminuer les risques que courent les autres jusqu'à ce qu'ils aient été vaccinés,
    - donner des conseils sur la façon d'informer les partenaires non immunisés du risque qu'ils courent.
  - Pour le virus du papillome humain et le virus de l'herpès simplex :
    - donner des conseils sur la façon de diminuer les risques que courent les autres,
    - donner des conseils sur la façon d'informer les partenaires des antécédents et des risques.

Au moment des entrevues de suivi, interroger le cas sur:
- les symptômes,
- l'observance du traitement,
- les réactions indésirables au traitement,
- l'exhaustivité des informations sur les contacts (voir ci-dessous),
- son activité sexuelle depuis le traitement (une nouvelle infection, un nouveau traitement des partenaires antérieurs et l'identification des autres partenaires doivent être envisagés) et les mesures préventives utilisées.
- Donner aux clients des informations sur la prévention primaire concernant la maladie en tenant compte du milieu social.
- Les clients atteints d'une ou de plusieurs infections par année devraient faire l'objet d'un counselling préventif intensif.

Vérification du traitement

- Chaque section portant sur une maladie précise donne des recommandations sur la vérification du traitement.
- La vérification du traitement est toutefois essentielle dans les cas suivants :
  - lorsque les symptômes ne disparaissent pas;
  - lorsqu'il y a résistance attestée aux antimicrobiens utilisés pour le traitement;

Déclaration, suivi et recherche des contacts (suivi du partenaire) (suite).....

Vérification du traitement (suite).....

- lorsque le patient est adolescent ou qu'il y a des doutes sur l'observance de la prescription;
- lorsque le patient peut avoir été exposé de nouveau à un partenaire non traité ou partiellement traité;
- lorsque le patient a fait l'objet d'un traitement non conforme au traitement recommandé;
- lorsqu'il y a infection rectale ou pharyngée par *N. gonorrhoeae*;
- lorsqu'il y a une infection à *Treponema pallidum* attestée (voir la section sur la Syphilis, page 101);
- lorsqu'une MTS a été détectée chez un enfant, et qu'il y a risque d'exposition continue.
- lorsqu'une MTS a été détectée chez une femme enceinte;
- lorsqu'il y a atteinte inflammatoire pelvienne ou une gonococcie généralisée.

Recherche des contacts (suivi des partenaires)

- La recherche des contacts est le processus par lequel les partenaires sexuels ou les autres personnes exposés à des infections transmises sexuellement sont identifiés, localisés, évalués, soumis à des tests et à un traitement épidémiologique, et conseillés en matière de prévention.

Contacts

- Les contacts englobent les partenaires sexuels, les parents de nouveau-nés infectés, les utilisateurs de drogues injectables qui échangent leurs aiguilles (VHB et VIH) et les gens qui peuvent être impliqués dans des cas d'abus sexuel à l'égard des enfants.

Justification

- Traitement de la maladie primaire et prévention des séquelles chez les contacts.
- Interruption de la chaîne de transmission de la maladie.
- Prévention de la réinfection.

NOTE

- Certaines autorités estiment que la recherche par le patient ***(recherche de contact simplifiée)*** est une solution de rechange acceptable à la ***recherche par les pourvoyeurs de service (décrite ci-dessous). La recherche par le patient*** se résume à l'information donnée par celui-ci au sujet de son contact, sans qu'aucune autorité de santé publique ne participe au processus de recherche des contacts.

Déclaration, suivi et recherche des contacts (suivi du partenaire) (suite).....

Qui doit rechercher les contacts?

- Le médecin traitant **ET/OU**
  les praticiens de santé publique professionnels et expérimentés des provinces et des territoires (médecins hygiénistes, médecins de santé publique ou infirmières de santé publique).
- Il incombe aux autorités de santé publique de voir à ce que la recherche des contacts soit faite.
- **Il est parfois indiqué que le cas discute de la situation avec ses partenaires avant toute intervention des travailleurs de santé publique (voir page 180).**
- Les autorités de santé publique ont certains pouvoirs qui facilitent la recherche des contacts lorsque :
  - les contacts sont difficiles à localiser,
  - les contacts ne se présentent pas.

NOTE

- Les dispensateurs de soins de santé primaires, y compris les médecins, doivent être conscients que la recherche des contacts prend du temps.

Lorsque la recherche des contacts est effectuée par un médecin de famille, les employés d'une clinique ou des travailleurs de santé publique, les procédures suivantes doivent être suivies :

Aide-mémoire pour la recherche des contacts

Interview du cas index

- Informer le cas index des motifs de la recherche des contacts.
- Donner des conseils sur la transmission des MTS (y compris le VIH) et la réduction des risques.
- Assurer le cas index de la confidentialité de la recherche des contacts (le nom, la date et le lieu de l'exposition ne sont pas révélés).
- Discuter avec le cas index si il ou elle désire informer ses partenaires de la situation.
- Consigner le plus de renseignements possible au sujet de chacun des partenaires, notamment :
  - le nom/surnom
  - le sexe
  - l'adresse
  - le numéro de téléphone (domicile et travail)
  - les dates et les types d'exposition
  - une description physique
  - l'âge/la date de naissance
  - le lieu de travail ou l'école.

Déclaration, suivi et recherche des contacts (suivi du partenaire) (suite).....

Aide-mémoire pour la recherche des contacts (suite).....

Interview du cas index (suite).....

- Aviser le cas index d'attendre que toutes les personnes concernées aient terminé le traitement avant de recommencer d'avoir des relations avec un partenaire quelconque.
- Lorsque le cas index désire parler aux contacts, il faut l'informer que ceux-ci seront joints par un travailleur de santé publique s'ils ne se présentent pas à la clinique dans les deux jours ouvrables.

Recherche des contacts

- Lorsque le cas index ne souhaite pas aviser ses partenaires
  OU
  lorsque les partenaires ne se sont pas présentés à la clinique dans les deux jours ouvrables
  ENSUITE
  faire tous les efforts possibles pour convaincre les partenaires de se présenter.
- S'adresser aux autorités de santé publique au besoin et le plus tôt possible lorsque :
  - les partenaires ne peuvent ou ne veulent pas être localisés;
  - les partenaires ne se présentent pas;
  - les partenaires omettent de se soumettre au test ou au traitement épidémiologique.

Procédures de contact avec les partenaires

- Faire le relevé détaillé des activités sexuelles antérieures.
- Donner de l'information et des conseils sur la maladie et la prévention des MTS.
- S'assurer que les tests exécutés conviennent à l'infection détectée chez le cas index.
- Garder confidentiel le nom du cas index.
- Lorsque les tests des contacts sont positifs, assurer un suivi complet.
- Conseiller le contact d'attendre la fin du traitement avant de reprendre son activité sexuelle.
- Conseiller le contact de ne PAS avoir de relations sexuelles avec toute autre personne susceptible d'être infectée avant qu'elle ait été traitée.

Jusqu'où la recherche des contacts doit-elle remonter dans le temps?

- Infections à gonocoques :
  - 4 semaines avant l'apparition des symptômes, ou plus lorsque le cas index est asymptomatique ou que ses antécédents le justifient.

Déclaration, suivi et recherche des contacts (suivi du partenaire) (suite).....

Jusqu'où la recherche des contacts doit-elle remonter dans le temps? (suite).....

  - Lorsque le cas index est un enfant, la mère ou le contact sexuel soupçonné doivent également être évalués.
- Infections chlamydiennes :
  - 6 semaines avant l'apparition des symptômes, ou plus de 6 semaines lorsque le cas index est asymptomatique ou que ses antécédents le justifient.
  - Lorsque le cas index est un enfant, la mère ou le contact sexuel soupçonné doivent également être évalués.
- Syphilis :
  - Syphilis primaire : au moins 3 mois avant l'apparition des symptômes.
  - Syphilis secondaire : au moins 6 mois avant l'apparition des symptômes.
  - Syphilis précoce latente : au moins 1 an.
  - Syphilis tardive latente : examiner le conjoint ou les partenaires à long terme.
  - Syphilis congénitale : évaluer la mère.
  - Stade indéterminé : consulter un spécialiste dans le domaine.
- Infection à VIH :
  Évaluer les partenaires sexuels ET, chez les drogués, les personnes qui échangent leurs aiguilles.
  - Commencer par les contacts les plus récents.
  - La recherche des contacts doit remonter jusqu'au moment où ont commencé les comportements à risque.
  - La séronégativité des partenaires pendant un certain un temps peut être une raison pour ne pas remonter plus avant.
  - Les partenaires devraient être conseillés et testés avec leur consentement.
- Hépatite B :
  - Pour l'immunisation postérieure à l'exposition, remonter jusqu'à deux semaines avant la date du diagnostic.
  - Pour les partenaires sexuels réguliers, soumettre ceux qui sont vulnérables à des tests de dépistage et à une immunisation.
  - Si les ressources le permettent, retracer les partenaires sexuels ou, chez les drogués, les personnes qui ont partagé la même seringue pendant les 6 mois qui ont précédé l'apparition des symptômes, ou plus si le cas index est asymptomatique ou si ses antécédents le justifient.

Déclaration, suivi et recherche des contacts (suivi du partenaire) (suite).....

Jusqu'où la recherche des contacts doit-elle remonter dans le temps? (suite).....

- Cervicite :
  - 6 semaines avant l'apparition des symptômes, ou plus si les antécédants le justifient.
- Atteinte inflammatoire pelvienne :
  - 6 semaines avant l'apparition des symptômes, ou plus si les antécédents le justifient.

Déclaration, suivi et recherche de contacts : Notes

MTS multiples

- La présence d'une MTS est un facteur de risque pour d'autres MTS.
- La présence d'une MTS devrait inciter le praticien à rechercher la présence d'autres MTS.
- La présence d'une MTS peut faciliter la transmission du VIH.
- Les personnes atteintes d'une MTS peuvent être à risque pour l'infection à VIH.
- Les tests de détection des anticorps du VIH, avec le consentement du patient et un counselling approprié, devraient être encouragés.

Confidentialité

- Il y a obligation d'ordre éthique, juridique et professionnel de garantir la confidentialité en tout temps dans la mesure où cela n'entre pas en conflit avec d'autres obligations telles que :
  - l'obligation de déclarer les MTS aux autorités de santé publique (les praticiens doivent vérifier ce qu'il en est à ce sujet auprès des autorités de santé publique de leur localité); il arrive que les renseignements personnels concernant un cas index signalé de MTS doivent être transmis, confidentiellement, aux autorités sanitaires provinciales;
  - une obligation en vertu de la loi, p. ex., le Code criminel;
  - l'obligation de déclarer les abus sexuels à l'égard des enfants aux organismes de protection de l'enfance; les problèmes posés par la confidentialité ne doivent pas nuire aux procédures de recherche des contacts.
- Pénalités pour violation de la confidentialité :
  - procès au civil,
  - comité de discipline professionnelle,
  - poursuite en vertu de la Loi de la santé publique.

Déclaration, suivi et recherche des contacts (suivi du partenaire) (suite).....

Confidentialité (suite).....

- La confidentialité s'applique à toutes les personnes y compris :
  - les personnes infectées,
  - les partenaires sexuels,
  - **tous les adolescents capables de comprendre en quoi consiste leur infection et son traitement.**
- Les praticiens devraient se tenir au courant des politiques des régimes d'assurance-santé provinciaux afin de prévenir toute divulgation involontaire à la famille.

Annexes

Annexe I

Anamnèse idéale et examen des cas suspects de maladies transmises sexuellement chez les adolescents et les adultes

Anamnèse

- Les pourvoyeurs de soins de santé hésitent parfois à poser les questions pertinentes.
- Les questions doivent être posées de façon simple, sans porter de jugement, pour que les patients répondent volontiers.
- Il est important d'utiliser le bon niveau de langue, car certains patients peuvent ne pas utiliser ou comprendre les termes médicaux.
- L'information obtenue doit être consignée.

NOTE

- Les lignes directrices qui suivent sont exhaustives; une évaluation moins poussée peut suffire, p. ex., dans le cas d'une crise aiguë d'urétrite gonococcique chez un homme hétérosexuel, quatre jours après un contact avec une nouvelle partenaire.

Symptômes ayant conduit le malade à consulter :

- Ce symptôme doit être consigné; certains patients peuvent parler de leur problème de façon indirecte ou en employant des termes non médicaux.

Anamnèse de base :

- Âge.
- Préférence sexuelle : hommes, femmes, ou les deux, p. ex., demander : «Avez-vous des relations sexuelles avec des hommes, des femmes ou les deux?»
- Antécédents sexuels : âge lors de la première relation sexuelle; temps écoulé depuis la dernière relation sexuelle avec le partenaire le plus récent et le partenaire précédent; nombre de partenaires au cours des deux mois précédents et nombre de nouveaux partenaires; nombre de partenaires au cours de l'année précédente et nombre de nouveaux partenaires; nombre total de partenaires durant toute la vie; types d'activités sexuelles (orale, génitale ou anale); MTS antérieures (quand, type et traitement); contacts sexuels avec un ou des partenaires venant de régions où il y a une forte fréquence de micro-organismes résistants; et maladie chez le ou les partenaires.

Anamnèse (suite).....

Anamnèse de base : (suite).....

- Mesures adoptées pour éviter les MTS : condoms, spermicides ou diaphragme.
- Utilisation la plus récente d'agents antimicrobiens.
- Facteurs de risque d'infection à VIH : relations homosexuelles ou hétérosexuelles avec une personne à haut risque d'infection à VIH; échange d'aiguilles ou de seringues.
- Femmes : date des dernières menstruations et possibilité de grossesse; grossesses antérieures et leurs résultats; et résultats des tests Pap antérieurs.
- Adolescents : demander si l'activité sexuelle était consentie (envisager la possibilité d'une agression sexuelle ou d'un abus sexuel lorsque l'activité sexuelle n'était pas librement consentie).

Bilan des fonctions

- Sujets de sexe masculin
  - Écoulement urétral : noter la quantité, la couleur et le moment de la journée où l'écoulement est le plus abondant (dans le cas de l'urétrite, l'écoulement est surtout important après une longue période sans uriner); dysurie; ou prurit ou irritation dans la partie distale de l'urètre distal ou au niveau du méat.
  - Douleur ou oedème dans le scrotum ou de la région inguinale; rash ou lésions aux organes génitaux; ou écoulement, prurit ou douleur au rectum.
  - Arthrite ou arthralgies; conjonctivite; rash dans d'autres localisations; adénopathie; fièvre ou frissons.
  - Diarrhée, toux, perte de poids.
- Sujets de sexe féminin
  - Écoulement vaginal : noter le volume et la couleur; prurit; odeur; douleur lors de la pénétration (dyspareunie superficielle); brûlures mictionnelles au moment où l'urine passe sur la muqueuse génitale (dysurie externe); ou rash ou lésions génitales.
  - Douleurs abdominales basses; douleur profonde lors des rapports sexuels (dyspareunie profonde); saignements vaginaux après le coït ou entre les règles ou règles excessivement abondantes.
  - Pollakiurie; miction impérieuse; brûlures mictionnelles lorsque l'urine passe dans l'urètre (dysurie interne); nycturie; ou hématurie.
  - Arthrite ou arthralgies; conjonctivite; rash dans d'autres localisations du corps; adénopathie; fièvre ou frissons.
  - Diarrhée, toux, perte de poids.

Examen physique

- L'examen physique des organes génitaux peut être embarrassant pour le patient.
- Il est important de bien préparer le patient et de le rassurer; les règles de la modestie doivent être respectées dans la mesure du possible.

Anamnèse idéale et examen – chez les adolescents et les adultes (suite).....

Examen physique (suite).....

- **Pendant l'examen génital d'un adulte ou d'un adolescent, il faudrait envisager sérieusement d'avoir recours à l'assistance d'une personne du même sexe que le patient; les médecins devraient s'informer des directives des autorités provinciales/territoriales à cet égard.**
- Toutes les observations doivent être consignées dans le dossier.
- Les mesures anti-infectieuses appropriées doivent être suivies.
- Il faut faire un examen soigneux de toute la région génitale en plus d'examiner certaines autres localisations pour détecter des manifestations des MTS.
- Parmi les localisations extra-génitales, il faut examiner le pharynx, la conjonctive, les ganglions et la peau de la paume des mains, des avant-bras et de la plante des pieds.
- Avant l'examen des organes génitaux, il faut examiner la peau du bas de l'abdomen et des cuisses, palper la région inguinale pour déceler toute adénopathie, inspecter les poils pubiens pour y déceler la présence de poux ou de lentes, et d'inspecter la région périanale à la recherche d'anomalies.

Sujets de sexe masculin :

- L'examen spécifique doit comprendre les mesures suivantes :
  - L'observation et la palpation du pénis et du gland pour y rechercher des lésions, en réclinant le prépuce.
  - L'examen du méat pour la recherche d'un écoulement urétral.
  - La compression de l'urètre de la base au gland, 3 ou 4 fois pour déceler de petites quantités d'écoulement urétral.
  - La prise en note de la quantité et de la couleur de tout écoulement détecté.
  - L'observation et la palpation du scrotum à la recherche de lésions de sensibilité ou d'oedème.
  - L'examen de la région périanale.
  - Selon les symptômes, une rectoscopie.

Sujets de sexe féminin :

- L'examen gynécologique spécifique doit se faire avec spéculum pour pouvoir bien visualiser l'orifice du col et comprendre les mesures suivantes :
  - L'observation et la palpation des organes génitaux externes, y compris les lèvres, à la recherche de lésions, d'oedème, d'érythème ou d'un écoulement.
  - La palpation de l'urètre.

Anamnèse idéale et examen – chez les adolescents et les adultes (suite).....

Examen physique (suite).....

Sujets de sexe féminin : (suite).....

- Un examen avec spéculum pour décrire la couleur des parois vaginales, la quantité et la couleur des sécrétions vaginales et toute lésion présente dans le vagin; pour décrire l'apparence de l'exocol et du contenu endocervical, en portant une attention particulière à la quantité et à la couleur de l'écoulement endocervical; pour enlever les sécrétions qui masquent le col et reprendre la description du contenu du col en plus de bien noter la présence ou l'absence d'une ectopie, d'oedème ou d'érythème dans une zone d'ectopie et la présence de lésions cervicales; et pour noter tout saignement induit par le prélèvement endocervical.
- Un examen bi-manuel de la région pelvienne : il faut palper avec soin les paroies vaginales, le col, l'utérus et les annexes pour déceler toute sensibilité ou toute masse. Il faut déplacer le col de côté pour apprécier sa mobilité et pour déceler toute sensibilité au mouvement.
- L'examen de la région périanale.
- Selon les symptômes, une rectoscopie.

NOTE

- Dans certaines circonstances (p. ex., dans les cas d'herpès génital primaire) l'examen avec spéculum et l'examen bi-manuel peuvent devoir être différés jusqu'à ce les symptômes aigus aient disparus.

Counselling pré- et post-test pour l'infection à VIH

NOTE

- Pour en savoir davantage sur le Diagnostic en laboratoire de l'infection à VIH, voir page 217.
- Le counselling doit être adapté à l'âge de la personne infectée.

DISCUSSION ANTÉRIEURE AU TEST

Préciser les points suivants :

- Le test vise à découvrir les anticorps du VIH et n'est pas un test pour le SIDA.
- La majorité des gens produisent des anticorps détectables dans les 12 semaines qui suivent l'infection (dans certains cas cela peut aller jusqu'à 6 mois).
- Un test non réactif ou négatif (a)(b) peut signifier :
  - qu'il n'y a eu aucune exposition ou
  - qu'il est trop tôt de détecter les anticorps ou
  - que la personne est incapable de produire des anticorps (rare).
- Un test positif (a)(c) signifie :
  - qu'il y a infection à VIH
  - que la personne peut transmettre le virus par son sang ou son lait, ou par contact sexuel.
- L'interprétation d'un résultat indéterminé demande l'aide d'un spécialiste.
- Les risques de transmission sont les suivants :
  - contact direct du sang d'une personne infectée à celui d'une autre
  - partage d'aiguilles ou de seringues
  - de la mère infectée à l'enfant pendant la grossesse (à la naissance ou lors de l'allaitement)
  - contact sexuel :
    - relation sexuelle anale (risque très élevé)
    - relation sexuelle vaginale (risque élevé)
    - relation sexuelle orale (risque faible)
  - transfusion de sang ou de produits sanguins au Canada avant novembre 1985 (ailleurs, le risque varie selon les tests effectués sur le sang des donneurs)
  - le VIH ne peut être transmis par la salive, la sueur ou les larmes.

Discuter des points suivants :

- Risques spécifiques, d'ordre sexuel ou autre.
- Possibilité de devoir exécuter d'autres tests.
- Précautions à prendre :
  - utiliser des condoms en latex (et non en boyau naturel)
  - éviter les relations sexuelles de passage/anonymes
  - ne pas partager d'aiguilles ou de seringues.

Explorer les points suivants :

- Répercussions psychologiques du test :
  - prévoir des mécanismes pour absorber le choc de la nouvelle
  - préparer le patient quel que soit le résultat :
    - recenser les systèmes de soutien qui existent (personnel, collectif, médical)

Expliquer les points suivants :

- Procédure de counselling post-test.
- Exigences en matière de déclaration pour l'infection à VIH. Ces exigences dépendent des lois provinciales et de l'accès à des tests anonymes (voir la section sur l'Infection à VIH chez les adolescents et les adultes, page 121).

Anamnèse idéale et examen – chez les adolescents et les adultes (suite).....

Counselling pré- et post-test pour l'infection à VIH (suite).....

DISCUSSION POSTÉRIEURE AU TEST

Test non réactif ou négatif (b)

- Vérifier que les résultats sont bien ceux de la personne concernée.
- Interpréter les résultats suivants :
  - absence d'infection ou
  - un comportement à risque au cours des 6 derniers mois requiert la reprise du test 6 mois après la dernière exposition possible.
  - insister sur l'importance de réduire les risques :
    - éviter de partager aiguilles et seringues
    - éviter les activités à haut risque
  - utiliser des condoms en latex lubrifiés dans le cadre de pratiques sexuelles sûres
  - éviter la grossesse jusqu'au prochain test, si un tel test s'impose

Test réactif ou positif (b)(c)

- Vérifier que les résultats sont bien ceux de la personne concernée.
- Interprétation :
  - la personne est infectée par le VIH
  - il ne s'agit pas d'un diagnostic de sida
  - expliquer que des tests de confirmation destinés à éliminer les résultats «faux positifs» doivent être exécutés
- Priorité :
  - aborder les points qui sont importants pour la personne infectée
  - discuter des divers systèmes d'appui et de soutien qui existent
  - aborder le plus tôt possible, mais pas nécessairement sur le champ, les points suivants :
    - la déclaration aux partenaires (par la personne elle-même ou par recherche des contacts)
    - l'infectivité (insister sur les mécanismes de la transmission, les comportements à haut risque et à faible risque)
    - donner des conseils précis sur la façon d'éviter la transmission du VIH :
      - protéger les autres de tout contact avec son sang, ses liquides organiques et ses sécrétions sexuelles
      - éviter de devenir enceinte
      - s'abstenir de donner du sang, des organes, des tissus, du spermes et d'allaiter
      - informer les pourvoyeurs de soins de santé, dont le médecin de famille et le dentiste
    - se soumettre à un suivi médical :
      - subir un test de dépistage de la syphilis, de l'hépatite B, de la tuberculose et d'autres MTS
      - s'adresser au besoin à d'autres généralistes, services de soutien spécialisés (tests d'immunité, traitement et counselling)
    - discuter des modifications du style de vie qui peuvent favoriser la santé et le sentiment d'habilitation
    - aborder les questions de la confidentialité à l'intérieur du système de santé, dans la collectivité, à l'école ou au travail.

D'APRÈS : Rekart M, Pengelly B, Antiviral Update, octobre 1991

(a) Certains rapports de laboratoire comprennent les résultats du dépistage (habituellement le test ELISA) et les résultats d'un test de confirmation (p. ex., Western blot) le cas échéant. Un test de dépistage réactif et un test de confirmation négatif équivalent à un résultat négatif.

(b) Un test positif effectué sur de la salive ou de l'urine devrait être répété sur du sérum ou du plasma.

(c) Un test sérologique positif pour le VIH chez un nouveau-né peut n'indiquer qu'une transmission passive des anticorps de la mère; le nouveau-né n'est pas nécessairement infecté. Le test des anticorps VIH est à ce point sensible que les anticorps de la mère peuvent être détectés pendant une période pouvant aller jusqu'à 15 mois chez un nouveau-né qui n'est pas infecté par le VIH. Il existe des tests de laboratoire (voir la section sur les tests en laboratoire pour l'infection à VIH, page 217) qui peuvent aider à faire la distinction entre les nouveau-nés infectés à un stade antérieur (p. ex., la RPC pour le génome viral, des tests spécifiques pour IgA, des tests de l'antigène p24 et l'isolement du virus). Toutefois, ces tests ne sont pas offerts de façon générale.

Annexe II

Diagnostic en laboratoire des maladies transmises sexuellement – prélèvement et transport des échantillons

Principes généraux

- Les écouvillons, les types de tests et les systèmes de transport utilisés peuvent varier suivant les techniques offertes par le laboratoire.
- Les principes qui régissent le prélèvement des spécimens sont relativement indépendants du type de test utilisé.
- Dans certains cas, on doit communiquer avec le laboratoire, p. ex., dans les cas d'abus ou d'agression sexuels et pour l'examen au microscope sur fond noir pour *Treponema pallidum.*

Dans les cas d'abus ou d'agression sexuels, le prélèvement des spécimens doit répondre aux critères suivants :

- Tous les échantillons doivent être munis d'une étiquette mentionnant le nom du patient et le site de prélèvement pour qu'il n'y ait aucune confusion quant à l'origine de l'échantillon.
- La localisation et le type de l'échantillon prélevé devraient être consignés dans le dossier médical.
- Un examen médico-légal complet doit être effectué au besoin (voir l'annexe IV) : Preuve médico-légale, page 223).
- Le laboratoire doit être avisé que les échantillons proviennent d'une personne soupçonnée d'être victime d'abus ou d'agression sexuels afin que tous les efforts soient faits pour traiter les échantillons de façon optimale.
- Pour des raisons d'ordre médico-légal, les méthodes de laboratoire et les résultats obtenus devraient tous être soigneusement consignés.
- Tous les isolats devraient être conservés de façon à pouvoir être utilisés de nouveau si d'autres tests s'avèrent nécessaires.

Prélèvement et transport des échantillons (suite).....

Principes généraux (suite).....

Les écueils du prélèvement des échantillons :
- Le prélèvement n'a pas fonctionné.
- Un mauvais écouvillon a été utilisé (voir les sections portant sur chaque maladie).
- L'échantillon prélevé n'est pas le bon.
- L'étiquette manque ou est incomplète.
- Le transport s'est fait trop lentement.
- L'échantillon a gelé pendant le transport.

Prélèvement des échantillons

Urètre – sujets de sexe masculin – Adolescents et adultes
- Les sécrétions urétrales sont ordinairement prélevées avec des écouvillons méatals ou intra-urétrals.
- Le choix dépend du microorganisme en cause et de la quantité d'écoulement urétral.
- La détection de l'écoulement urétral est facilitée lorsque l'on compresse l'urètre de la base au gland trois ou quatre fois.
- L'écoulement prélevé dans le méat convient pour la culture de *N. gonorrhoeae.*
- Pour la détection de *N. gonorrhoeae* en l'absence d'écoulement méatal et pour la détection de *Chlamydia trachomatis*, il faut utiliser un écouvillon intra-urétral.
- Certains laboratoires peuvent parfois examiner un échantillon d'urine de première miction pour détecter *C. trachomatis* chez les sujets de sexe masculin symptomatiques à l'aide d'un test autre qu'une culture.

Prélèvement d'un échantillon dans le méat :
- Insérer l'écouvillon de 1 à 2 cm dans le méat.
- Utiliser l'écouvillon pour préparer un frottis à colorer (habituellement une coloration de Gram – voir ci-dessous) et pour ensemencer directement un milieu de culture ou un milieu de transport.

NOTES
- On peut utiliser le même écouvillon pour préparer le frottis (voir ci-dessous) et pour ensemencer le milieu de culture ou de transport.
- Le prélèvement d'un échantillon dans le méat ne provoque habituellement que peu d'inconfort.

Prélèvement et transport des échantillons (suite).....

Prélèvement d'un échantillon dans l'urètre :

- Avertir le partient que le prélèvement va être douloureux, tout comme la prochaine miction.
- Étant donné que l'intervention est douloureuse, elle doit se faire dans les meilleures conditions possibles.
- En principe, le malade ne devrait pas avoir uriné au cours des 4 heures précédant l'examen, car le fait d'uriner diminue la quantité d'exsudat et peut diminuer les chances de déceler des microorganismes.
- On utilise un écouvillon spécial monté sur une tige souple.
- Faire tourner l'écouvillon lentement.
- Retirer délicatement l'écouvillon.
- Utiliser les écouvillons pour préparer un frottis à colorer (habituellement un coloration de Gram - voir ci-dessous) et pour ensemencer un milieu de culture et un milieu de transport.

NOTE :

- Certains spécialistes suggèrent d'humidifier l'écouvillon à l'aide d'une solution physiologique stérile non bactériostatique avant de l'insérer dans l'urètre afin de réduire au maximum l'inconfort.

Prélèvement d'un échantillon d'urine de première miction :

- Donner au patient un contenant de plastique stérile muni d'une ouverture assez grande.
- Demander au patient de ne recueillir que les 10-15 premiers mL dans le contenant et de le boucher fermement.

Urètre – Garçons impubères

- Il est difficile de prélever un spécimen dans l'urètre chez les garçons impubères parce que l'opération est douloureuse et que le diamètre de l'urètre est petit.
- Pour des raisons plus pratiques que scientifiques, on prélèvera un spécimen dans le méat plutôt que dans l'urètre, en se servant d'un écouvillon mince monté sur une tige métallique souple.
- Il faut faire tourner l'écouvillon dans l'ouverture du méat plutôt que l'introduire plus profondément dans l'urètre.

Urètre – Adolescentes et femmes adultes

- Comme chez les sujets de sexe masculin, il faut utiliser un écouvillon monté sur une tige métallique souple.
- Cet examen n'est recommandé que chez les femmes dont le col a été enlevé par chirurgie – chez une femme adulte ou une adolescente, on doit insérer l'écouvillon à une profondeur de 1 à 2 cm et le faire tourner.

Prélèvement et transport des échantillons (suite).....

Urètre – Fillette impubères

- Chez les fillettes impubères, on doit prélever un échantillon méatal à l'aide d'un écouvillon mince monté sur une tige de métal souple.

Col – adolescentes et femmes adultes

- **Il ne faut pas faire de prélèvement au niveau du col chez les fillettes impubères, car dans ce groupe d'âge, les infections transmises sexuellement sont au niveau du vagin et n'atteignent pas le col.**
- Insérer un spéculum pour pouvoir observer le col.
- Les spécimens pour la détection de *N. gonorrhoeae* doivent habituellement être prélevés avant ceux pour la détection de *C. trachomatis* étant donné qu'il faut des cellules épithéliales cylindriques dans les spécimens pour la détection de *C. trachomatis* et que chaque écouvillonnage successif enlève plus de mucus et de débris.
- Lors du prélèvement d'un échantillon pour le diagnostic de la gonorrhée, il n'est pas nécessaire d'enlever le mucus cervical.
- Pour le diagnostic de la chlamydiose, les sécrétions vaginales et le mucus endocervical doivent être enlevées par écouvillonnage.

Prélèvement d'un échantillon du col :

- L'écouvillon doit être inséré à une profondeur de 2 à 3 cm dans le canal endocervical (il ne faut pas utiliser de cytobrosse chez les femmes enceintes).
- Faire tourner l'écouvillon pendant 10 à 30 secondes.
- Retirer l'écouvillon, préparer des frottis (voir ci-dessous) et inoculer directement un milieu de culture ou de transport.

NOTE

- Le prélèvement de plusieurs échantillons du col ne produit habituellement pas d'inconfort; il arrive qu'il faille prélever plusieurs échantillons pour faire différents tests.

Vagin – adolescentes et femmes adultes

- Le prélèvement de spécimens dans le vagin chez les adolescentes et les femmes adultes se fait d'ordinaire systématiquement au cours d'un examen avec spéculum.
- S'il y a des sécrétions vaginales accumulées, on en prélèvera en guise de spécimens.
- Faute de sécrétions, on passera l'écouvillon sur la paroi au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin et on utilisera ensuite les écouvillons pour préparer des frottis (voir ci-dessous) et pour ensemencer des milieux de culture ou de transport.

Prélèvement et transport des échantillons (suite).....

Vagin – adolescentes et femmes adultes (suite).....

Préparations humides :

- Placer plusieurs gouttes de solution physiologique sur une lame de verre avant de prélever l'échantillon.
- Effectuer le prélèvement dans le vagin.
- Faire tourner l'écouvillon dans la solution physiologique.
- Déposer une lamelle sur la solution physiologique.
- Examiner immédiatement au microscope.

Préparation d'hydroxyde de potassium (KOH) : utiliser la même technique que pour les préparations humides, mais en remplaçant la solution physiologique par une solution d'hydroxyde de potassium à 10 %.

Vagin – enfants impubères

- Chez les fillettes, les échantillons peuvent être prélevés dans la vagin sans utiliser un spéculum; on se sert d'écouvillons qui ont été humidifiés à l'aide d'une solution physiologique stérile non bactériostatique.
- Chez les fillettes très jeunes, on utilisera de préférence un compte-gouttes ou un écouvillon très mince.

Rectum

- Les spécimens peuvent être prélevés à l'aveugle ou à travers un anuscope. Cette dernière technique est préférable chez les malades symptomatiques.

Prélèvement d'un échantillon rectal :

- Pour le prélèvement à l'aveugle, un écouvillon de taille appropriée est inséré à une profondeur de 2 à 3 cm dans le canal anal; presser sur les parois pour éviter les matières fécales et, lorsqu'il s'agit de la détection de *C. trachomatis*, pour obtenir des cellules épithéliales cylindriques.
- Si l'on peut voir que le spécimen a été contaminé par des matières fécales, il faut jeter l'écouvillon et recommencer l'opération.
- Lorsqu'un utilise un anuscope, on peut voir la muceuse et éviter les matières fécales.

Pharynx

- Passer l'écouvillon à l'arrière du pharynx et sur les cryptes amygdaliennes. Se servir ensuite de l'écouvillon pour inoculer des milieux de culture ou de transport, pour la chlamydiose ou à gonocoques.
- Chez les nouveau-nés, on prélève les échantillons pour *C. trachomatis* par aspiration nasopharyngée.

Prélèvement et transport des échantillons (suite).....

Lésions

- D'habitude, les lésions sur lesquelles on prélève des échantillons sont des vésicules ou des ulcères.

Pour la détection du virus de l'herpès simplex :

Patients symptomatiques

- Si un examen au microscope électronique s'impose, prélever le liquide dans une seringue de petit diamètre ou dans un tube capillaire.
- Lorsqu'il y en a, les vésicules doivent être brisées, le liquide recueilli sur un écouvillon et la base de la légion doit être frottée et râclée vigoureusement (pour les tests autres que les cultures, il faut prélever des cellules infectées). Le prélèvement des échantillons est habituellement douloureux. L'écouvillon doit être placé dans un milieu de transport viral pour la culture ou dans un contenant approprié pour des tests spécifiques autres que des cultures.
- Pour les ulcères, râcler le lit de la lésion.

NOTE

- Se servir de l'écouvillon fourni dans la trousse de prélèvement des échantillons du laboratoire. L'utilisation d'autres échantillons peut réduire la probabilité de l'identification.

Patients asymptomatiques

- Les **patients asymptomatiques** ne devraient pas faire l'objet d'un prélèvement d'échantillons sauf :
  - les femmes enceintes à la fin d'une phase clinique active et dont le diagnostic n'a pas été confirmé;
  - les femmes en phase de travail qui ont des antécédents d'ulcères génitaux ou une lésion active, afin de repérer les nouveau-nés à haut risque;
  - les nouveau-nés de mères qui peuvent avoir des antécédents d'herpès génitaux au moment de l'accouchement.
  - Il n'est *pas* indiqué de soumettre systématiquement les mères à des tests prénatals
- Méthode de prélèvement d'échantillons chez les femmes asymptomatiques
  - à l'aide d'un échantillon préhumidifié dans une solution physiologique : frotter le capuchon clitoridien, les petites lèvres, les grandes lèvres, le périnée et la région périanale, et placer l'écouvillon dans un milieu de transport.
- Méthode de prélèvement des échantillons chez les nouveau-nés asymptomatiques
  - à l'aide d'un écouvillon préhumidifié dans une solution physiologique : frotter délicatement la conjonctive, insérer dans la bouche et frotter délicatement le pourtour des lèvres, le canal auriculaire externe, l'ombilic, les aisselles et l'aine, et placer l'écouvillon dans un milieu de transport.

Prélèvement et transport des échantillons (suite).....

Lésions (suite).....

Détection de *T. pallidum* (examen microscopique sur fond noir) :

- Enlever les croûtes ou les débris susjacents.
- Abraser légèrement la lésion pour provoquer une exsudation relativement exempte de sang.
- Recueillir le liquide dans un tube capillaire ou une seringue de petit diamètre.
- Sceller le tube ou la seringue et immobiliser le piston avant le transport.

Culture de *Haemophilus ducreyi* (chancroïde) :

- Extraire l'exudat de la lésion.
- Prélever l'échantillon à la base de la lésion à l'aide d'un écouvillon, en évitant de prélever du pus.
- On recommande de recouvrir directement le milieu de culture avec une lamelle.

Préparation d'une lame :

- Rouler délicatement l'écouvillon sur la lame. Cela permet de mieux conserver la morphologie cellulaire que si l'on frotte l'écouvillon d'avant en arrière sur la lame.
- Il n'est pas nécessaire de couvrir plus d'environ 1 cm^2 de la lame.
- Pour la coloration de Gram (voir ci-dessous) et les colorations similaires, laisser sécher la lame à l'air.
- Pour certaines techniques immunologiques autres que des cultures (p. ex., pour la détection de *C. trachomatis*, rouler délicatement l'écouvillon dans un puits sur la lame.

NOTE : Utiliser l'écouvillon fourni dans la trousse du test autre qu'une culture.

- Laisser sécher la lame, comme pour la coloration de Gram, mais avant le transport au laboratoire, fixer la lame au moyen d'un produit chimique.

Prélèvement et transport des échantillons (suite).....

Lésions (suite).....

Technique du frottis cervical (test de Pap) :

- Utiliser la spatule de bois prévue à cet effet et effectuer un frottis à 360° autour du col en introduisant l'extrémité la plus petite de la spatule dans la région endocervicale. Étaler l'échantillon ainsi tenu sur la moitié de la lame en un mouvement continu;
  ENSUITE,
- prélever un échantillon endocervical à l'aide d'un écouvillon de coton sec et étaler l'échantillon ainsi obtenu sur la deuxième moitié de la lame en un mouvement continu;
  ENSUITE,
- vaporiser la lame avec un fixatif cytologique et l'envoyer au laboratoire dans le contenant prévu à cet effet.

Technique de la coloration de Gram

- **Dans la mesure du possible, on devrait obtenir l'aide d'un technicien de laboratoire chevronné pour s'assurer que la meilleure méthode possible est utilisée. La qualité des résultats dépendra de celle de l'échantillon, des réactifs et de la technique utilisée, de même que de l'expérience de la personne qui les interprétera.**
- Fixer la lame à la flamme.
- Immerger la lame dans le violet de cristal (10 g de teinture à 90 % dans 500 mL d'alcool méthylique absolu).
- Après 10 secondes, laver délicatement la lame à l'eau.
- Immerger la lame dans l'iode (6 g de cristaux d'iode, 12 g de KI et 1 800 mL d'eau distillée).
- Après 10 secondes, laver la lame à l'eau.
- Décolorer à l'acétone-alcool (400 mL d'acétone avec 1 200 mL d'alcool éthylique à 95 %) et laver immédiatement à l'eau.
- Immerger dans la safranine (10 g de safranine à 99 % et 1 000 mL d'eau distillée) pendant 10 secondes et rincer à l'eau.
- Bien éponger la lame à l'aide d'un papier filtre et l'examiner dans une immersion à l'huile (x 1 000).

Prélèvement et transport des échantillons (suite).....

Transport des échantillons

- Les conditions idéales de transport varient suivant le spécimen et le type de test.
- Les microorganismes pathogènes transmis sexuellement sont habituellement délicats et fragiles, et les cultures et les techniques qui permettent de détecter des microorganismes viables peuvent donner des résultats faux-négatifs si le transport ne s'effectue pas dans des conditions idéales.
- En général, pour récupérer les organismes infectieux, le transport doit être aussi rapide que possible et les températures extrêmes évitées.
- Pour *C. trachomatis*, la température de transport idéale est de 4 °C.
- Dans le cas des échantillons destinés à la détection de *N. gonorrhoeae*, des milieux nutritifs et non nutritifs sont habituellement utilisés. Dans tous les cas, la température de transport recommandée est la température ambiante et non 4 °C.
- Pour le virus de l'herpès simplex, l'échantillon doit être réfrigéré et transporté rapidement, mais NE DOIT PAS ÊTRE SURGELÉ à moins que le laboratoire ne l'ait expressément spécifié.
- Lorsque le test est fondé sur la détection des métabolites des microorganismes ou sur la détection des antigènes, les conditions de transport ont habituellement moins d'importance.

Principes généraux

- Démonstration de la présence de diplocoques intracellulaires Gram-négatifs par coloration de Gram, suivie d'une culture et d'une identification du microorganisme.
- La culture de *Neisseria gonorrhoeae* est recommandée :
  - pour le dépistage des groupes à haut risque et des contacts possibles
- La culture de *N. gonorrhoeae* s'impose :
  - pour la détermination de la sensibilité aux antimicrobiens;
  - dans les cas d'abus sexuel à l'égard d'enfants et d'agression sexuelle à l'endroit d'adolescents et d'adultes;
  - pour l'évaluation de la cervicite et des atteintes inflammatoires pelviennes, c.-à-d. pour documenter l'évolution de l'infection et la sensibilité;
  - dans les cas d'échec du traitement.
- Des méthodes autres que la culture, bien qu'elles ne soient pas recommandées, peuvent être utilisées lorsque les spécimens destinés à la culture ne peuvent être gardés viables à cause du temps de transport.
- Aucune méthode sérologique n'est recommandée pour le diagnostic des infections gonococciques actuelles ou passées.

Détection des diplocoques intracellulaires Gram-négatifs

- La coloration de Gram est la coloration préférée pour l'identification microscopique directe des diplocoques intracellulaires Gram-négatifs.
- La présence de diplocoques Gram-négatifs à l'extérieur des leucocytes polymorphonucléaires (PMN) n'a pas une forte valeur prédictive et doit être confirmée par une culture.
- L'absence de diplocoques dans les PMN est un résultat négatif pour ce qui est du diagnostic des infections gonococciques.
- La sensibilité et la spécificité de la coloration de Gram dépendent du site d'où provient l'échantillon.

Diagnostic en laboratoire des infections gonococciques (suite).....

Détection des diplocoques intracellulaires Gram-négatifs (suite).....

- La coloration de Gram d'échantillons urétraux provenant d'adolescents et d'hommes adultes symptomatiques at une sensibilité et une spécificité supérieures à 95 %; celle d'échantillons endocervicaux provenant de femmes adultes a une sensibilité de 45 à 65 % et une spécificité de plus de 90 %.

- La sensibilité et la spécificité de la coloration Gram directe d'échantillons provenant d'autres sites sont faibles et la procédure n'est pas recommandée.

Culture des échantillons primaires

- Le succès de la culture dépend de la qualité du prélèvement des échantillons.
- Là où c'est possible, les échantillons devraient être directement inoculés dans un milieu non sélectif et/ou sélectif, (qui empêche la croissance de la flore normale, mais non celle des gonocoques) fourni par le laboratoire local, p. ex. le milieu New-York City ou le milieu Thayer Martin modifié.
- Lorsque les échantillons ne peuvent être inoculés directement dans le milieu de culture, les écouvillons doivent être insérés dans un milieu de transport approprié fourni par le laboratoire local.
- Il existe à cette fin 2 systèmes :
  - le milieu non nutritif, p. ex., milieux Amies ou Stuart, qui doit être gardé à la température ambiante et transporté au laboratoire le plus tôt possible; l'échantillon doit être inoculé dans un milieu de culture dans les 24 heures;
  - le milieu nutritif, p. ex., milieux Jembec ou Transgrow, qui doit être utilisé pour des périodes de transport plus longues (de 1 à 2 jours) et doit être préincubé à 35 °C avant le transport.

Identification de N. Gonorrhoeae

- Incuber les cultures et choisir les colonies gonococciques typiques pour une coloration Gram négative, une détermination de la positivité oxydase et une épreuve de la bêta-lactamase.
- Une culture pure est obtenue et l'identité du microorganisme est confirmée à l'aide d'épreuves biochimiques et sérolgiques.
- Déterminer les sensibilités aux antimicrobiens pour établir la pertinence du traitement.

Typage de la souche

- Un certain nombre de méthodes ont été utilisées pour typer les souches à des fins épidémiologiques et pour dégager leurs modes de transmission.
- Ces épreuves de typage sont effectuées par des laboratoires de référence.

Diagnostic en laboratoire des infections gonococciques (suite).....

Méthodes autres que la culture

- Ces méthodes ne nécessitent pas d'organismes viables et ne sont acceptables que lorsqu'il est impossible de procéder à des cultures à cause des difficultés posées par le transport des échantillons, par exemple, un immuno-essai enzymatique en phase solide pour détecter les antigènes gonococciques dans des échantillons urogénitaux.
- Ces méthodes ne valent que pour les échantillons urétraux et cervicaux.
- Ces méthodes ne permettent pas d'obtenir la culture essentielle aux épreuves de la bêta-lactamase et de sensibilité aux antimicrobiens.
- Ces méthodes ont une sensibilité et une spécificité plus faibles que les cultures.
- Ces méthodes NE sont PAS recommandées dans les cas d'abus et d'agression sexuels à l'égard des enfants.

Épreuves de laboratoire et interprétation

Culture cellulaire pour détecter les organismes viables	
méthode : • écouvillon placé dans un milieu de transport • les échantillons doivent être livrés au laboratoire dans les 24 heures à la température du réfrigérateur (le surgelage et le dégel sont nocifs) • les échantillons doivent être inoculés dans des cultures cellulaires sensibles	Interprétation : • épreuve standard acceptée pour la comparaison d'autres procédures de diagnostic • les échantillons fortement contaminés peuvent être toxiques pour les cultures cellulaires • ces épreuves sont utiles pour tous les sites corporels, mais non pour l'urine • ces épreuves conviennent aux fins médicolégales • les résultats faux-positifs sont rares
Anticorps monoclonal conjugué à la fluorescine/détection par immunofluorescence directe (DFA)	
méthode : • écouvillon tourné sur le puits d'une lamelle • séchage à l'air • fixation à l'acétone • réaction avec un anticorps monoclonal conjugué à la fluorescéine • lecture au microscope à fluorescence après 30 minutes	interprétation : • la lecture sur lamelle est subjective • le nombre de corps d'inclusion nécessaires pour déclarer des résultats positifs dépend de la marque du test et de l'expérience du personnel de laboratoire • la présence de cellules l'épithéliales permet de déterminer les échantillons appropriés • site : urètre, région endocervicale, urine de première miction • un certain nombre de résultats faux-positifs peuvent être obtenus, notamment dans une population où la prévalence est faible – ce test ne convient PAS aux échantillons génitaux prélevés sur des enfants • ces épreuves peuvent être utilisées pour les échantillons prélevés par aspiration nasopharyngique et les écouvillons de la conjonctive prélevés chez les nouveau-nés

Diagnostic en laboratoire de la chlamydiose (suite).....

Immunoessai enzymatique (EIA) (pour la détection des antigènes)	
méthode : • l'écouvillon doit être placé immédiatement dans le flacon spécial fourni dans la trousse et transporté au laboratoire à la température ambiante • l'urine de première miction centrifugée (20 mL) peut donner des taux de positivité égaux à ceux des écouvillons lorsque ceux-ci sont prélevés chez les sujets masculins symptomatiques • lire les résultats au spectrophotomètre • les résultats positifs doivent être confirmés par un test de blocage ou au moyen d'une autre trousse de détection des antigènes (consulter le laboratoire local)	interprétation : • la lecture des résultats est objective • cette épreuve ne peut établir si l'échantillon convient sur des négatifs • sites : urètre, région endocervicale, urine de première miction • un certain nombre de résultats faux-positifs peuvent être obtenus, notamment dans les populations où la prévalence est faible. Ces épreuves ne conviennent PAS aux spécimens génitaux prélevés chez des enfants • ces épreuves peuvent servir pour des échantillons prélevés par aspiration nasopharyngée et les écouvillons de la conjonctive prélevés chez des nouveau-nés
Fixation du complément (FC), microimmunofluorescence (MIF) et immuno-essai enzymatique (EIA) (pour la détection des anticorps)	
méthode : • sérums traités selon les techniques immunologiques standard • les échantillons peuvent interréagir avec *C. psittaci* ou *C. pneumoniae* selon les antigènes qui servent aux épreuves.	interprétation : • FC utile dans le diagnostic du lymphogranulome vénérien – les sérums appariés prévelés à des intervalles de 2 semaines et analysés à des fins diagnostiques voient leur titre quadrupler. • les sérums appariés sont utiles pour le diagnostic de la périhépatite attribuable à *C. trachomatis*. • les nouveau-nés atteints de pneumonie à *C. trachomatis* ont un IgM spécifique mesuré par EIA ou MIF
Hybridation de l'acide nucléique (pour la détection du matériel génétique)	
méthode : • notamment la réaction de polymérase en chaîne (RPC)	interprétation : • encore à l'état expérimental, d'autres épreuves sur le terrain sont nécessaires pour démontrer l'utilité de cette technique.

Principes généraux

- Le diagnostic de la syphilis diffère de celui de la plupart de MTS parce que l'étude sérologique nécessaire est cruciale et qu'il est impossible de faire des cultures.
- Comme pour les autres types de MTS, la détection directe de l'organisme est utile.

Microscopie sur fond noir

- L'examen sur fond noir se fait sur les fluides séreux exprimés de la lésion ou qui en sont extraits par un grattage vigoureux.

Avantages

- Les échantillons sont observés immédiatement et permettent donc d'obtenir des résultats rapides.
- Cette méthode donne souvent des résultats positifs lorsque les résultats des tests sérologiques sont encore négatifs.

Inconvénients

- Nécessite une évaluation immédiate.
- Sensibilité aux médications topiques et aux antimicrobiens systémiques (qui donnent des résultats faux-négatifs).
- Expertise nécessaire.
- Inutile dans le cas de lésions orales ou rectales.

Test de détection des anticorps par fluorescence directe

- Les échantillons obtenus de la même façon que dans le cas de l'examen sur fond noir peuvent être placés sur une lame, séchés à l'air et transportés à un laboratoire.
- Le test est une solution de rechange convenable lorsque l'examen sur fond noir ne peut être effectué immédiatement.
- Utile dans le cas des lésions orales ou rectales.

Étude sérologique

- Le test sérologique est la méthode la plus importante pour le diagnostic et le suivi de la syphilis et la seule méthode pour détecter une syphilis latente ou tertiaire.

Étude sérologique (suite).....

Il existe deux grandes catégories de tests :

Tests non tréponémiques :

- p. ex., le VDRL, le test rapide des réagines plasmatiques (RPR), le test des réagines automatisé (ART), le test de serum non chauffé au rouge de toluidine (TRUST) et le test de dépistage des réagines (RST) et l'immuno-essai enzymmatique (EIA).
  - Ces tests détectent une réaction aux antigènes non spécifique aux tréponèmes.

Avantages

- Rapides.
- Simples du point de vue technique.
- Automatisables.
- Utiles pour l'évaluation du liquide céphalo-rachidien (VDRL seulement)
- Utiles come indicateur de réinfection.
- Permettent de quantifier le degré de réactivité et d'évaluer l'adéquation du traitement par la diminution du tirage.

Inconvénients

- Délai de 1 à 4 semaines entre le moment où apparaît le chancre primaire et la détection de l'anticorps.
- Possibilité de résultats faux-positifs à cause de la réactivité croisée non spécifique (voir tableau ci-dessous).
- Ces tests ne suscitent aucune réaction dans jusqu'à 40 % des cas de syphilis primaire et 25 % des cas de syphilis latente tardive non traitée.

Tests tréponémiques spécifique :

- Ces tests mesurent les anticorps des composantes cellulaires des tréponèmes, p. ex., le test de microhémaglutination pour *treponema pallidum* (MHA-TP) et le test d'immunofluorescence (FTA-ABS).

Avantages

- Le test FTA-ABS est le premier test sérologique à donner un résultat positif dans le cas de la syphilis infectieuse.
- Ces tests servent avant tout à différencier entre les résultats vraiment positifs et les résultats faux-positifs des tests non tréponémiques, et à diagnostiquer la syphilis latente lorsque les tests non tréponémiques, et à diagnostiquer la syphilis latente lorsque les tests non tréponémiques peuvent donner des résultats négatifs.

Inconvénients

- Résultats faux-positifs.
- Réaction croisée avec les tréponématoses non vénériennes, c.-à-d. pian, pinta et syphilis non vénérienne.
- Avantage douteux pour l'évaluation du liquide céphalo-rachidien.
- À cause de la persistance de l'anticorps, ces tests ne peuvent servir à l'évaluation de la réponse au traitement ou à la surveillance de la réinfection.

Diagnostic en laboratoire de la syphilis (suite).....

SENSIBILITÉ ET SPÉCIFICITÉ DU DIAGNOSTIC SÉROLOGIQUE DE LA SYPHILIS

Type de tests	Sensibilité, %; Stade			Spécificité
	Primaire	Secondaire	Latente	
Tests non tréponémiques				
VDRL	80 %	100 %	71 %	98 %
Épreuve rapide des réagines plasmatiques (RPR)	86 %	100 %	73 %	98 %
Tests tréponémiques				
Microhémagglutination pour pallidum (MHA-TP)	82 %	100 %	94 %	99 %
Test d'immunofluorescence avec absorption des anticorps tréponémiques (FTA-ABS)	98 %	100 %	96 %	98 %

CAUSES DES TESTS SÉROLOGIQUES FAUX-POSITIFS POUR LE SYPHILIS

Tests non tréponémiques (RPR et VDRL)

- Causes d'infection
  - Bactérienne :
    - Pneumonie pneumococcique
    - Endocardite bactérienne
    - Chancroïde
    - Malaria
    - Lèpre
    - Réaction croisée avec d'autres infections tréponémiques – pian et pinta
    - Rickettsiose
    - Pneumonie à *Mycoplasma pneumoniae*
    - Lymphogranulome vénérien
    - Tuberculose
  - Virale :
    - Rougeole
    - Varicelle
    - Mononucléose infectieuse
    - Hépatite virale
- Causes non infectieuses
  - Grossesse
  - Consommation de drogue injectable
  - Maladie du tissu conjonctif p. ex., lupus érythémateux aigu disséminé
  - Vieillissement
  - Hépatite chronique active
  - Myélome multiple
  - Malignité avancée
  - Syndromes des anticorps anti-cardiolipine

Tests tréponémiques (FTA-ABS et MHA-TP)

- Causes infectieuses
  - Maladie de Lyme
  - Lèpre
  - Réaction croisée avec d'autres infections tréponémiques – pian et pinta
  - Mononucléose infectieuse
  - Malaria
- Causes non infectieuses
  - Lupus érythémateux aigu disséminé
  - Thyroïdite

Principes généraux

- Ce diagnostic nécessite :
  - un tableau clinique classique **ET**
  - sa confirmation par une culture (ou une autre épreuve spécifique au type viral).
- La sérologie n'a aucun rôle dans la confirmation régulière en laboratoire de la maladie.

Prélèvement des échantillons (voir la section sur le prélèvement et le transport des échantillons, page 193)

NOTES

Patients symptomatiques

- Causes des résultats faux-négatifs :
  - Les lésions frottées ne sont pas directement observées.
  - Les spécimens prélevés à l'aide d'autres méthodes donnent souvent des résultats négatifs, sauf dans le cas de l'herpès chez les nouveau-nés, p. ex., conjonctivite, bouche.

Patients asymptomatiques

- Aucun échantillon ne devrait être prélevé chez les patients symptomatiques, sauf :
  - chez les femmes enceintes à la fin d'une phase clinique active et dont le diagnostic n'a pas été confirmé;
  - chez les femmes en phase de travail qui ont des antécédents d'ulcères génitaux ou une lésion évolutive, pour détecter les nouveau-nés à haut risque;
  - chez les nouveau-nés de mères ayant des antécédents d'herpès génital au moment de l'accouchement;
- Les tests prénatals systématiques NE sont PAS indiqués pour les femmes enceintes.
- Méthode de prélèvement d'échantillons chez les femmes asymptomatiques :
  - À l'aide d'un écouvillon préhumidifié dans une solution physiologique :
    frotter le capuchon clitoridien, les petites lèvres, les grandes lèvres, le périnée et la région périanale, et placer dans un milieu de transport.
- Les écouvillons cervicaux pour le virus herpès simplex (VHS) ne doivent en général être prélevés que dans le cas d'un herpès primaire soupçonné.

Diagnostic en laboratoire des infections à virus herpès simplex (suite).....

Prélèvement des échantillons (suite).....

Patients asymptomatiques (suite).....

- À l'aide d'un écouvillon préhumidifié dans une solution saline: appliquer délicatement sur la conjonctive, insérer dans la bouche et frotter doucement autour des lèvres, dans le canal extérieur de l'oreille, l'ombilic, les aisselles et l'aine et, placer l'écouvillon dans un milieu de transport.

Transport des échantillons

(voir la section sur le prélèvement et le transport des échantillons, page 193)

- Avoir recours au transport rapide réfrigéré, mais NE PAS SURGELER, à moins d'en avoir été instruit de façon précise par le laboratoire.

Méthodes de détection en laboratoire

Test		Sensibilité %	Spécificité %	Commentaires
Culture (a)	Méthodes normalisées	> 99 %	100 %	• Étalon or • 75 % des échantillons positifs après 2 jours • Possibilité de stocker les isolats • Possibilité de typage
	Méthodes rapides (cultures en flacon)	85 %	100 %	• Centrifugation nécessaire • Possibilité de détection de l'antigène en une nuit • Possibilité de typage
Méthodes de détection de l'antigène IFA ou EIA		50-90 %	65-90 %	• Ne conviennent pas aux échantillons cervicaux ou aux échantillons provenant de patients asymptomatiques • Possibilité de typage
Méthodes cytologiques (TZANCK)		40-60 %	100 % pour le groupe virus herpès	• Les vésicules sont le site préféré pour les tests • Détection des changements cytopathologiques • Typage impossible
Microscopie électronique		• insensibilité	100 % pour le groupe virus herpès	• Échantillon de liquide obtenu par aspiration nécessaire • Typage impossible

(a) La culture demeure la méthode de diagnostic de laboratoire préférée à moins que le transport des échantillons influe sur la viabilité du virus.

Diagnostic en laboratoire des infections à virus herpès simplex (suite).....

Méthodes de détection en laboratoire (suite).....

NOTES

- Une sérologie peut être utilisée pour :
  - différencier entre les épisodes primaires et les autres chez les patients aux prises avec un premier épisode de clinique;
  - documenter la séroconversion chez les enfants et les victimes d'agression sexuelle qui n'ont aucun antécédent de maladie herpétique;
  - déterminer si un patient greffé présente des risques pour le VHS pendant la période d'immunosuppression.
- L'interprétation des résultats demande un counselling élaboré.
- La sérologie ne peut remplacer la culture virale.

Épreuves et intreprétation

Sérologie pour détecter les anticorps anti-VIH

NOTE : Les résultats des tests positifs pour les anticorps du VIH effectués sur de la salive ou de l'urine devraient être répétés sur du sérum ou du plasma.

Méthode :
- Habituellement, le test immunoenzymatique.
- Ce test peut être effectué sur du sérum ou du plasma.

Interprétation :
- Ce test, lorsque les résultats sont positifs, est suivi d'une épreuve de confirmation, telle que l'immunotransfert, l'immunofluorescence indirecte (IFA) et/ou la radioimmunoprécipitation (RIPA).
- Des résultats positifs confirmés à un test sérologique révèlent qu'il y a infection à VIH, mais non un état maladif.
- Les résultats au test des anticorps anti-VIH sont déclarés comme positifs, négatifs et indéterminés.
- Des résultats **POSITIFS** signifient la présence d'anticorps anti-VIH spécifiques, résultats d'une infection à VIH ou d'une transmission passive de la mère à l'enfant.
- Des résultats **NÉGATIFS** indiquent qu'aucun anticorps spécifique du VIH n'a été détecté.
  - Une personne dans la phase de primo-invasion («fenêtre») qui suit l'infection par le VIH peut obtenir des résultats négatifs au test des anticorps.

  Les résultats sont dits **INDÉTERMINÉS** lorsque l'échantillon donne une réaction répétée aux tests de dépistage et que les résultats des tests de confirmation ne sont ni négatifs, ni positifs selon la définition de la positivité pour le VIH.
  - Les personnes qui obtiennent des résultats indéterminés peuvent être soumises à de nouveaux tests à des intervalles de six semaines.
  - L'incertitude des résultats de laboratoire peut habituellement être résolue par un nouveau test.
  - À l'occasion, certaines procédures spécialisées peuvent devoir être utilisées pour lever l'ambiguïté des résultats au test des anticorps.
- Les personnes qui n'ont aucune activité à risque et qui obtiennent des résultats positifs devraient être soumises de nouveau à un test sur un nouvel échantillon.
- Vu l'extrême sensibilité des tests commerciaux de détection des anticorps, certains échantillons contaminés (contamination croisée) peuvent être déclarés positifs. C'est pourquoi les échantillons doivent être prélevés avec soin.
- Un test positif des anticorps du VIH chez un nouveau-né peut n'indiquer que la présence d'un anticorps transmis de façon passive par la mère; le nouveau-né n'est donc pas nécessairement infecté. Le test des anticorps du VIH est à ce point sensible que les anticorps de la mère peuvent être détectés pendant une période pouvant aller jusqu'à 15 mois chez un enfant qui n'est pas infecté par le VIH. Il existe des épreuves de laboratoire qui peuvent aider à déterminer quels nouveau-nés sont infectés à un stade plus hâtif, p. ex., le test RPC pour le génome viral; le test spécifique à IgA, le test de l'antigène p24 et l'isolement du virus (voir ci-dessous). Ces tests ne sont cependant pas offerts de façon généralisée.

Diagnostic en laboratoire de l'infection à VIH et du sida (suite).....

Antigènes du VIH circulant	
méthode : • dosage du VIH p24	interprétation : • tous les résultats positifs obtenus à l'aide de ces dosages doivent être confirmés par une épreuve de blocage (un deuxième test). • cette méthode peut être utile dans certaines situations limitées, telles que pendant la phase de primo-invasion qui précède le développement des anticorps anti-VIH après l'infection, pour le pronostic et pour confirmer l'infection chez les nouveau-nés ayant obtenu des résultats positifs aux tests des anticorps.
Isolement du VIH par culture	
méthode : • isolement du VIH dans les lymphocytes sanguins périphériques ou dans d'autres fluides organiques, tels que le LCR. • ce test se fait au moyen d'une technique de co-culture. • le virus peut être isolé chez presque toutes les personnes ayant obtenu des résultats positifs au test des anticorps du VIH (> 99 %). • ce test n'est pas un test systématique. • l'isolement peut être tenté dans le cadre d'essais cliniques ou lorsque les résultats sérologiques sont ambigus. • les conditions précises d'une culture du VIH exigent que les médecins communiquent avec le laboratoire avant de lui envoyer les échantillons.	interprétation : • les résultats sont déclarés comme positifs ou négatifs. • bien que le virus puisse être isolé chez presque toutes les personnes ayant obtenu des résultats positifs au test des anticorps du VIH, il arrive qu'il faille plusieurs tentatives avant de pouvoir isoler le virus chez des personnes infectées.
Détection du matériel génétique du VIH par réaction de polymérisation en chaîne (RPC) **Détection de IgA sérique**	
• RPC : • Ce test est extrêmement sensible, mais son application au diagnostic de l'infection à VIH est limitée. • Le test est utile dans les cas suivants : – quantification du virus – détermination de l'état des nouveau-nés de mères séropositives quant à l'infection – typage des isolats du VIH – études épidémiologiques moléculaires RPC et IgA : • Ces épreuves expérimentales ne sont offertes que dans quelques centres au Canada; on y a recours comme complément aux tests généralement offerts et non à la place des tests standard (dosage des anticorps du VIH).	

Sensibilité et spécificité des épreuves de laboratoires

Avec une culture, les résultats faux-négatifs sont possibles, mais les résultats faux-positifs sont rares.
Les méthodes autres que la culture peuvent donner des résultats faux-positifs et des résultats faux-négatifs dans des proportions inversement proportionnelles et cela dépend de la teneur limite pour la positivité établie par le fabricant du test.

- Sensibilité : Parmi toutes les personnes qui ont contracté la maladie, combien ont des résultats positifs?
- Spécificité : Parmi toutes les personnes qui n'ont pas la maladie, combien ont des résultats négatifs?

- La sensibilité et la spécificité *ne* dépendent *pas* de la prévalence de la maladie dans la population. Il s'agit simplement de mesures de l'efficacité du test.

- Valeur prédictive positive (VPP) : Parmi toutes les personnes qui ont obtenu un résultat positif, combien ont la maladie?
- Valeur prédictive négative (VPN) : Parmi toutes les personnes qui ont obtenu un résultat négatif, combien n'ont pas la maladie?

- Les valeurs positives dépendent de la prévalence de la maladie dans la population et déterminent l'utilité d'un test dans une population précise.
- On peut déterminer *qui* a la maladie par le test de laboratoire le plus précis (étalon or) ou en effectuant plusieurs tests qui peuvent indiquer un diagnostic positif.

Voir les exemples ci-dessous.

Sensibilité et spécificité des épreuves de laboratoire (suite).....

Exemples :

- On évalue un nouveau test diagnostic pour Chlamydia dans une clinique pour adolescents : 2 000 femmes subissent le test, dont 200 ont la maladie (prévalence de 10 %).

		Maladie		
		+	–	Total
Test	+	190	50	240
	–	10	1750	1760
	Total	200	1800	2000

Sensibilité = 190/200 = (95,0 %)
Spécificité = 1750/1800 = (97,2 %)
VPP = 190/240 = (79,2 %)
VPN = 1750/1760 = (99,4 %)

- On essaie le nouveau test dans une clinique de médecine familiale : 2 000 femmes subissent le test, dont 20 ont la maladie (prévalence de 1 %)

		Maladie		
		+	–	Total
Test	+	19	55	74
	–	1	1925	1926
	Total	20	1980	2000

Sensibilité = 19/20 = (95,0 %)
Spécificité = 1925/1980 = (97,2 %)
VPP = 19/74 = (25,7 %)
VPN = 1925/1926 = (99,9 %)

- Dans un contexte où la prévalence de la maladie est peu élevée, le test garde la même sensibilité et la même spécificité, mais voit sa VPP chuter de 79,2 % à 25,7 %. Ainsi, dans la clinique de médecine familiale, de toutes les personnes ayant obtenu des résultats positifs (n = 74), seulement 19 (25,7 %) auront effectivement la maladie. Le risque que présente une fausse détermination est particulièrement important dans le cas des MTS à cause des éventuelles conséquences que cela peut avoir dans une relation de couple et pour les enfants.

Annexe III

Échelle de Tanner pour l'évaluation de la maturité sexuelle

- Les cotes de maturité sexuelle ont remplacé les indicateurs traditionnels des étapes de la croissance comme la taille, le poids et l'épaisseur du pli cutané. Ces cotes se sont révélées utiles dans l'évaluation de la croissance et du développement pendant l'adolescence.
- La classification des malades peut se faire lors d'un examen physique général et n'exige aucune technique spéciale.
- L'échelle de développement est basée sur des caractéristiques sexuelles secondaires. Il y a cinq échelons, le premier représentant l'enfant impubère et le cinquième, l'adulte.

Chez les garçons : développement des gonades

- Stade 1 : Préadolescence. La taille des testicules, du scrotum et du pénis, et leur proportion sont à peu près les mêmes que dans la première enfance.
- Stade 2 : Légère augmentation du volume des testicules et du scrotum avec modification de la peau du scrotum qui rougit et change de texture. Peu ou pas d'augmentation de la taille du pénis.
- Stade 3 : Le pénis augmente de longueur et, dans un moindre degré de largeur. Le volume des testicules s'accroît ainsi que celui du scrotum.
- Stade 4 : Le pénis est encore allongé et élargi. Le gland s'accroît. La croissance des testicules et du scrotum se poursuit et la peau du scrotum se pigmente.
- Stade 5 : Stade adulte.

Chez les filles : développement des seins

- Stade 1 : Préadolescence. Seul le mamelon est surélevé.
- Stade 2 : Stade du début du développement des seins. L'aréole augmente de diamètre et est légèrement surélevée.

Échelle de Tanner (suite).....

Chez les filles : développement des seins (suite).....

- Stade 3 : L'aréole augmente encore de diamètre; les contours du sein se dessinent.
- Stade 4 : L'augmentation de l'aréole se poursuit pour former une protubérance qui se projete sur les contours du sein qui se développe.
- Stade 5 : Maturité. La protubérance aréolaire a disparu; le sein a son aspect adulte.

Pour les deux sexes : poils pubiens

- Stade 1 : Préadolescence. Il n'y a pas de vrais poils pubiens; stade infantile.
- Stade 2 : Apparition de poils longs et légèrement pigmentés, droits ou légèrement frisés, principalement à la base du pénis et le long des grandes lèvres.
- Stade 3 : Les poils sont plus sombres, plus drus et plus frisés et n'occupent qu'une petite partie du pubis.
- Stade 4 : Les poils sont de type adulte, mais forment sur le pubis un triangle de dimension inférieure à celui des adultes. Les poils ne s'étendent pas aux cuisses.
- Stade 5 : Les poils sont adultes en quantité et en type et leur répartition est horizontale (ou type féminin «classique» chez les femmes). Les poils s'étendent à la face médiane des cuisses, mais pas le long de la ligne blanche ou ailleurs, au-dessus de la base du triangle inversé (la croissance des poils le long de la ligne blanche survient plus tard et on parle alors du stade 6).

Annexe IV

Preuve médico-légale

- Bien que les enfants qui disent avoir été victimes d'abus sexuel mentent rarement, toute preuve médico-légale est un élément fort précieux pour soutenir leur témoignage. C'est d'ailleurs également le cas pour les adultes.
- Le but de l'analyse médico-légale des échantillons est d'établir s'il y a eu contact sexuel ou non. À cette fin, il faut confirmer la présence de sperme ou de salive, ou des deux, et démontrer que l'antigénicité de toute sécrétion (p. ex., du sperme, de la salive et du sang) est compatible avec le profil antigénique de l'accusé.
- Il est parfois impossible de prélever certains échantillons en vue d'une analyse médico-légale. La possibilité du prélèvement dépend du sexe de l'auteur du délit, de la nature de l'abus (attouchements ou pénétration) et du temps qui s'est écoulé entre l'événement et l'examen. L'écoulement d'un intervalle de plus de 48 heures ou le fait d'avoir lavé les endroits du corps qui ont fait l'objet de l'abus sexuel réduisent la possibilité de prélever des échantillons et la solidité de la preuve médico-légale.
- Lorsqu'on prélève des échantillons à des fins médico-légales dans le but d'établir l'identité de l'auteur du délit, il faut suivre certaines directives rigoureuses. Cela est en effet essentiel pour que les renseignements recueillis soient acceptés d'emblée par la Cour. Il faut porter particulièrement attention à la façon dont les échantillons sont prélevés, à leur étiquetage et à leur identification, et obtenir un consentement écrit. Pour en savoir davantage sur le prélèvement des échantillons en vue d'une analyse médico-légale, on doit consulter les autorités policières locales (voir ci-dessous).

Prélèvement d'échantillons

- Il faut tenter de prélever des échantillons de sperme dans toutes les localisations possibles à l'aide d'écouvillons de coton stérilisés qu'on laisse ensuite sécher à l'air. Le laboratoire judiciaire utilisera ces échantillons pour la numération des spermatozoïdes, les tests de phosphatase acide, l'identification des antigènes ABO et de la protéine 30, et le traçage des gènes.

Preuve médico-légale (suite).....

Prélèvement d'échantillons (suite).....

- Un échantillon de sang (2 mL dans un tube Vacutainer® [Becton-Dickinson, Mountainview, Californie] contenant de l'éparine) est nécessaire pour identifier les antigènes ABO.
- Tout liquide résiduel provenant des zones touchées, telles que l'entrée du vagin, doit être prélevé par aspiration. L'instrument idéal à utiliser à cette fin chez les enfants est un compte-gouttes stérile. Avant de procéder à l'aspiration, la zone doit être humidifiée à l'aide de 1 à 2 mL de solution physiologique stérile pour les échantillons qui doivent faire objet de culture. Pour les tests autres que des cultures, on peut utiliser de 1 à 2 mL de solution physiologique non bactéricide stérile ou d'eau distillée non bactéricide. Lorsqu'on utilise une solution physiologique, les échantillons peuvent être examinés au moyen de la méthode à goutte suspendue pour trouver les spermatozoïdes mobiles. Un résultat positif est l'indice d'une activité sexuelle qui a eu lieu moins de six heures auparavant. L'eau distillée stérile peut immobiliser les spermatozoïdes. Un frottis du matériel obtenu, coloré à l'éosine-fuchsine ou au colorant «Christmas tree» permet de détecter tout spermatozoïde présent lorsqu'on l'examine à raison d'un grossissement X 1 000. Il est essentiel d'obtenir une confirmation du laboratoire judiciaire pour garantir l'acceptabilité de la preuve devant le tribunal.
- La présence confirmée de salive sur le corps ou les vêtements de la victime d'abus ou d'agression peut constituer une preuve supplémentaire. L'amylase salivaire peut être détectée des jours et même des semaines après le dépôt. Des échantillons peuvent être prélevés avec n'importe quel écouvillon de coton propre. L'écouvillon doit être humidifié légèrement à l'eau distillée et frotté sur la zone touchée du corps ou du vêtement. Il faut ensuite le laisser sécher, puis l'emballer et l'étiqueter. Si l'enfant ou l'adulte est imprécis au sujet des zones qui ont été touchées, les zones cibles les plus courantes (le cou, la poitrine, le ventre, la zone génitale, le pénis, les cuisses et les fesses) peuvent être échantillonnées; un écouvillon distinct devrait être utilisé pour chaque zone et étiqueté en conséquence. Les zones adjacentes devraient être échantillonnées à titre d'échantillon témoin.
- Il faut faire preuve de jugement pour décider de la pertinence de ces recherches. Il est inutile en effet de prélever ce genre d'échantillon si l'incident a eu lieu il y a de nombreuses semaines ou si les zones critiques ont été lavées depuis.
- Le corps de la victime et les vêtements qu'elle portait au moment de l'incident devraient être soigneusement examinés pour y déceler toute trace (matériel étranger laissé par l'auteur de l'agression). Parmi les articles couramment recherchés, mentionnons les cheveux et les poils, les fibres de vêtements, les lubrifiants, la gelée de pétrole et le rouge à lèvres. Tout matériel suspect doit être prélevé à l'aide de pinces, inséré dans le creux d'un papier propre plié et déposé dans une enveloppe distincte étiquetée en conséquence.

Preuve médico-légale et services de médecine légale (suite).....

Preuve médico-légale (suite).....

Prélèvement d'échantillons (suite).....

- Lorsque la victime de l'agression ou de l'abus a atteint la puberté, les poils pubiens devraient être peignés et les poils qui se détachent insérés dans une feuille de papier pliée ou dans un papier mouchoir et mis dans une enveloppe étiquetée.
- Les cheveux et les poils ne peuvent servir de preuve que lorsqu'on peut les comparer à des échantillons de cheveux et de poils prélevés sur l'auteur présumé de l'agression. Il faut prélever plusieurs échantillons de cheveux et de poils non seulement sur le suspect, mais également sur la victime d'agression ou d'abus. Pour être absolument fiables, les cheveux et les poils (habituellement des poils pubiens) de la victime doivent être arrachés séparément avec leur racine. Entre 8 et 12 poils sont nécessaires. Comme l'opération peut être douloureuse, il n'est pas nécessaire de prélever des poils sur la victime tant qu'un suspect n'a pas été identifié et qu'on n'a pas prélevé sur lui des échantillons de cheveux et de poils.
- Le prélèvement de morceaux d'ongles et l'examen des vêtements et des zones du corps à la lumière ultraviolette ne sont plus considérés comme des preuves valables du point de vue médico-légal.

Services de médecine légale

- Il existe, partout au pays, des services de laboratoire qui font des investigations et des recherches scientifiques médico-légales pour détecter des preuves d'agression sexuelle.
- Ces services sont dispensés par la Gendarmerie royale du Canada et par les forces policières des provinces, des régions et des localités.
- La Loi sur les mauvais traitements à l'égard des enfants oblige les médecins à avertir les services locaux de protection de l'enfance de ces cas. Ces services locaux sont en liaison étroite avec des membres des forces policières qui connaissent bien la marche à suivre dans les enquêtes sur les cas suspects d'abus et les services de laboratoire judiciaire disponibles.
- Les médecins ne doivent pas envoyer eux-mêmes des échantillons au laboratoire judiciaire. Ils doivent plutôt s'adresser aux services de police.
- Les médecins qui désirent consulter des scientifiques sur des questions médico-légales peuvent le faire en s'adressant au laboratoire le plus rapproché.
- La plupart des évaluations médico-légales ne comprennent pas de test pour la détection des MTS.

Laboratoires judiciaires

Manager
Forensic Laboratory
Royal Canadian Mounted Police
5201 Heather St.
Vancouver, British Columbia
V5Z 3L7
(604) 264-3405

Officer-in-Charge
Forensic Laboratory
Royal Canadian Mounted Police
15707 1118th Ave.
Edmonton, Alberta
T5V 1B7
(403) 451-7400

Officer-in-Charge
Forensic Laboratory
Royal Canadian Mounted Police
Box 6500
Regina, Saskatchewan
S4P 3J7
(306) 780-5810

Officer-in-Charge
Forensic Laboratory
Royal Canadian Mounted Police
621 Academy Rd.
Winnipeg, Manitoba
R3N 0E7
(204) 983-4280

Director
Centre of Forensic Sciences
25 Grosvenor St.
Toronto, Ontario
M7A 2G8
(416) 965-2561

Officier responsable
Laboratoire judiciaire central
Gendarmerie royale du Canada
C.P. 8885
Ottawa (Ontario)
K1G 3M8
(613) 993-0986

Officier responsable
Laboratoire judiciaire
Gendarmerie royale du Canada
Division «C»
C.P. 559
Westmount (Québec)
H3Z 2T4
(514) 939-8342

Officer-in-Charge
Forensic Laboratory
Royal Canadian Mounted Police
Box 1320
Sackville, New Brunswick
E0A 3C0
(506) 536-1527

Officer-in-Charge
Forensic Laboratory
Royal Canadian Mounted Police
3151 Oxford St.
P.O. Box 1802
Halifax, Nova Scotia
B3K 5L9
(902) 426-8886

Annexe V

Centres de référence pour les enfants atteints de MTS

Cette liste des centres de traitement pour les enfants victimes d'abus sexuel n'est pas exhaustive; toutefois, elle peut être utilisée comme source de référence pour obtenir des informations plus précises.

Terre-Neuve
Child Protection Team
Dr. Charles A. Janeway Child Health Centre
710 Newfoundland Dr.
St. John's, Newfoundland
A1A 1R8
(709) 778-4607

Nouvelle-Écosse
Child Abuse Team
Izaak Walton Killam Hospital for Children
5850 University Ave.
Halifax, Nova Scotia
B3J 3Y9
(902) 424-3121

Nouveau-Brunswick
Child Protection Consultation Team
Moncton Hospital
135 MacBeath Ave.
Moncton, New Brunswick
EIC 6Z8
(506) 855-1600, poste 292

Child Abuse Team
Saint John Regional Hospital
P.O. Box 2100
Saint John, New Brunswick
E2L 4L2
(506) 648-6811

Centre de documentation (suite).....

Québec
Centre local de services communautaires centre-sud
1710, rue Amherst
Montréal (Québec)
H2L 3L5
(514) 527-2361

Child Protection Clinic
Montreal Children's Hospital
2300, Tupper St.
Montréal (Québec)
H3H 1P3
(514) 937-8511

Comité de prévention de l'enfance maltraitée
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
5415, boul. de l'Assomption
Montréal (Québec)
H1T 2M4
(514) 254-8341

Offenses sexuelles
Hôpital Sainte-Justine
3175, ch. de la Côte Ste-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 1C5
(514) 345-4721

Comité de prévention de l'enfance maltraitée
Centre hospitalier de l'université Laval
2705, boul. Laurier
Ste-Foy (Québec)
G1V 4G2
(418) 656-4141

Comité de prévention de l'enfance maltraitée
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Sherbrooke (Québec)
J1H 5N4
(819) 563-5555

Ontario
Child Abuse Committee
Peel Memorial Hospital
20 Lynch St.
Brampton, Ontario
L6W 2Z8
(416) 451-1710

Child Protection Team
McMaster University Medical Centre
P.O. Box 2000, Stn. A
Hamilton, Ontario
L8N 3Z5
(416) 521-2100

Child Protection Team
Hotel Dieu Hospital
166 Brock St.
Kingston, Ontario
K7L 5G2
(613) 544-3310

Child Abuse Team
Children's Hospital of Western Ontario
800 Commissioners Rd. E
London, Ontario
N6A 4G5
(519) 681-6711

Centre de documentation (suite).....

Child Abuse Team
Mississauga Hospital
100 Queensway W
Mississauga, Ontario
L5B 1B8
(416) 279-7330

Child Protection Program
Children's Hospital of Eastern Ontario
401 Smyth Rd.
Ottawa, Ontario
K1H 8L1
(613) 737-2317

Child Abuse Committee
Sarnia General Hospital
483 North East St.
Sarnia, Ontario
N7T 6Y7
(519) 364-3661

Child Abuse Team
Scarborough Centenary Hospital
2867 Ellesmere Rd.
Scarborough, Ontario
M1E 4B9
(416) 284-8131

Chief of Pediatrics
St. Joseph's General Hospital
35 N Algoma St.
P.O. Box 3251
Thunder Bay, Ontario
P7B 5G7
(807) 343-2431

Suspected Child Abuse and Neglect Program
Hospital for Sick Children
555 University Ave.
Toronto, Ontario
M5G 1X8
(416) 598-6275

Child Abuse Team
North York General Hospital
4001 Leslie St.
Willowdale, Ontario
M2K 1E1
(416) 492-4648

Manitoba

Dauphin and St. Rose SCAN Teams
15 1st Ave. SW
Dauphin, Manitoba
R7N 1R9
(204) 638-7024

Child Protection Centre
Children's Hospital of Winnipeg
Health Sciences Centre
685 William Ave.
Winnipeg, Manitoba
R3E OW1
(204) 787-2811

Saskatchewan

Child Abuse Team
Regina General Hospital
1440 14th Ave.
Regina, Saskatchewan
S4P OW5
(306) 359-4444

Centre de documentation (suite).....

Child and Youth Service
Department of Psychiatry
University Hospital
Saskatoon, Saskatchewan
S7N 0X0
(306) 244-2323

Alberta
Child Abuse Program
Alberta Children's Hospital
1820 Richmond Rd. SW
Calgary, Alberta
T2W 3P1
(403) 229-7886

Department of Pediatrics
University of Alberta Hospital
4th Floor, CSB
University of Alberta
Edmonton, Alberta
T6G 2E2
(403) 492-6370

Colombie-Britannique
Child Protection Service
Royal Columbian Hospital
204-250 Keary St.
New Westminster, British Columbia
V3L 5E7
(604) 526-1891

Children's Hospital
4480 Oak St.
Vancouver, British Columbia
V6H 3V4
(604) 875-2345

Sexual Assault Assessment Project
Department of Family Practice
University of British Columbia
5804 Fairview Ave.
Vancouver, British Columbia
V6T 1W5
(604) 228-5431 ou 738-4121

Suspected Child Abuse and Neglect Team
Victoria General Hospital
35 Helmcken Rd.
Victoria, British Columbia
V8Z 6R5
(604) 727-4212

Territoires du Nord-Ouest
Infectious Disease Control
Department of Health
Government of the Northwest Territories
Box 1320
Yellowknife, Northwest Territories
X1A 2L9
(403) 920-8646

Yukon
Infectious Disease Control Officer
Yukon Region
Whitehorse General Hospital
5 Hospital Rd.
Whitehorse, Yukon Territory
Y1A 3H7
(403) 668-9444

Annexe VI

Pour en savoir davantage sur la lutte contre les MTS, consultez d'abord les autorités sanitaires de votre localité ou le directeur provincial/territorial de la lutte contre les MTS (voir ci-dessous).

Director
Disease Control & Epidemiology
Department of Health
P.O. Box 8700
St. John's, Newfoundland
A1B 4J6 **(709) 729-3430**

Provincial Epidemiologist
Department of Health
P.O. Box 2000, Sullivan Bldg.
Charlottetown, Prince Edward Island
C1A 7N8 **(902) 368-4978**

Provincial Epidemiologist
Department of Health & Fitness
P.O. Box 488
Halifax, Nova Scotia
B3J 2R8 **(409) 424-8698**

Provincial Epidemiologist
Department of Health & Community Services
P.O. Box 5100, Carleton Place
Fredericton, New Brunswick
E3B 5G8 **(506) 453-3092**

Prévention et Promotion de la santé
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Ste-Foy
Québec (Québec)
G1S 2M1 **(418) 643-6390**

Senior Medical Consultant
Disease Control Service
Ontario Ministry of Health
15 Overlea Blvd., 5th Floor
Toronto, Ontario
M4H 1A9 **(416) 327-7428**

Directeurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre les MTS (suite).....

Director
Health Promotion, Protection and Disease Prevention
Manitoba Health
3 – 800 Portage Avenue
Winnipeg, Manitoba
R3G 0N4 **(204) 945-6839**

Director
Microbiology and Communicable Disease
Saskatchewan Health
3211 Albert Street
Regina, Saskatchewan
S4S 5W6 **(306) 787-8316**

Director
Sexually Transmitted Disease Control
Alberta Health
Executive Building – 4th Floor
10105 – 109th Street
Edmonton, Alberta
T5J 1M8 **(403) 427-2830**

Director, STD Control
BC Centre for Disease Control
828 West 10 th Avenue
Vancouver, British Columbia
V5Z 1L8 **(604) 660-6178**

Chief Medical Officer
Infectious Disease Control
Medical Directorate, Department of Health
P.O. Box 1320
Government of Northwest Territories
Yellowknife, Northwest Territories
X1A 2L9 **(403) 920-8646**

Infectious Disease Control Officer
Yukon Region
Whitehorse General Hospital
No. 5 Hospital Road
Whitehorse, Yukon Territory
Y1A 3H7 **(403) 668-9444**

Annexe VII

Laboratoires provinciaux de santé publique

Pour en savoir davantage sur le diagnostic en laboratoire des MTS, consultez d'abord le laboratoire de votre localité ou le laboratoire de santé publique le plus près (voir ci-dessous).

Director
Newfoundland Public Health Laboratories
The Leonard A. Miller Centre for Health Services
100 Forest Road, P.O. Box 8800
St. John's, Newfoundland
A1B 3T2 **(709) 737-6565**

Director of Laboratories
Department of Public Health
Pathology Institute
5788 University Avenue
Halifax, Nova Scotia
B3H 1V8 **(902) 428-4110 ou 3629**

Director, Division of Laboratories
Provincial Health Laboratory
Queen Elizabeth Hospital
P.O. Box 6600, Riverside Drive
Charlottetown, Prince Edward Island
C1A 8T5 **(902) 566-6309**

Director
Department of Laboratory Medicine
P.O. Box 2100, University Avenue
Saint John, New Brunswick
E2L 4L2 **(506) 648-6501**

Directeur scientifique
Ministère des Affaires sociales
Direction des Laboratoires
20045 ouest, chemin Ste-Marie
Ste-Anne-de-Bellevue (Québec)
H9X 3R5 **(514) 457-2070**

Laboratoires provinciaux (suite).....

Director
Laboratory Services Branch
Ontario Ministry of Health
P.O. Box 9000, Terminal A
Toronto, Ontario
M5W 1R5
(416) 235 5941

Ontario Regional Laboratories

Director
Ottawa Public Health Laboratory
2380 Saint Laurent Blvd.
Ottawa, Ontario
K1G 5A4
(613) 736-6800

Director
Kingston Public Health Laboratory
Box 240
Kingston, Ontario
K7L 4V8
(613) 548-6630

Director
Peterborough Public Health
Laboratory
Box 265
Peterborough, Ontario
K9J 6Y8
(705) 743-6811

Director
Orillia Public Health Laboratory
Box 600
Orillia, Ontario
L3V 6K5
(705) 325-7449

Director
Hamilton Public Health Laboratory
Box 2100
Hamilton, Ontario
L8N 3R5
(416) 385-5379

Director
Palmerston Public Health
Laboratory
Box 700
Palmerston, Ontario
N0G 2P0
(519) 343-3102

Director
London Public Health Laboratory
Box 5704, Terminal «A»
London, Ontario
N6A 4L6
(519) 455-9310

Director
Windsor Public Health Laboratory
Box 1616
Windsor, Ontario
N9A 6S2
(519) 969-4341

Director
Timmins Public Health Laboratory
67 Wilson Avenue
Timmins, Ontario
P4N 2S5
(705) 267-6633

Laboratoires provinciaux (suite).....

Director
Sault Ste. Marie Public Health Laboratory
Box 220
Sault Ste. Marie, Ontario
P6A 5L6
(705) 254-7132

Director
Thunder Bay Public Health Laboratory
Box 1100, Station «F»
Thunder Bay, Ontario
P7C 4X9
(807) 622-6449

Director
Cadham Provincial Laboratory
7650 William Avenue
P.O. Box 8450
Winnipeg, Manitoba
R3C 3Y1
(204) 944-0270

Director, Laboratory and Disease Control Services Branch
Saskatchewan Health
H.E. Robertson Laboratory
3211 Albert Street
Regina, Saskatchewan
S4S 5W6
(306) 787-3129

Director
Provincial Laboratory of Public Health for Northern Alberta
University of Alberta
Edmonton, Alberta
T6J 2J2
(403) 492-8903

Director
Provincial Laboratory of Public Health
3030 Hospital Drive N.W.
P.O. Box 2490
Calgary, Alberta
T2P 2M7
(403) 270-1201

Director, Division of Laboratories Health Branch
828 West 10th Avenue
P.O. Box 34020, Postal Station D
Vancouver, British Colombua
V6J 4M3
(604) 660-6032

NOTES