



Santé  
Canada Health  
Canada

# L'essentiel

---

**des Lignes directrices  
canadiennes pour les MTS  
Édition 1998**

*Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes  
à maintenir et à améliorer leur état de santé.*

*Santé Canada*

**Données de catalogage avant publication (Canada)**

Groupe d'experts du Laboratoire de lutte contre la maladie pour les Lignes  
directrices canadiennes pour les MTS

L'essentiel des Lignes directrices canadiennes pour les MTS, édition 1998.

Publiée aussi en anglais sous le titre : Highlights, 1998 edition of the Canadian STD  
Guidelines.

ISBN 0-662-83363-5

N° de cat. H49-119/1998-1F

1. Maladies transmises sexuellement — Diagnostic
  2. Maladies transmises sexuellement — Traitement
  3. Maladies transmises sexuellement — Canada — Prévention
- I. Laboratoire de lutte contre la maladie (Canada). Division de la prévention et de la  
lutte contre les MTS
- II. Titre

RA644-V4L4214 1998      616.95'1      C98-980395-3

© SA MAJESTÉ LA REINE AUX DROITS DU CANADA (1998)  
représentée par le ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998.

## Au sujet du présent document

- *L'essentiel* des Lignes directrices canadiennes pour les maladies transmissibles sexuellement (MTS) est un sommaire des *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*, Édition 1998 concernant les MTS les plus fréquentes.

- Pour toute correspondance, veuillez vous adresser à :

Division de la prévention et de la lutte  
contre les MTS

Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose

Laboratoire de lutte contre la maladie

Immeuble Brooke Claxton

Adresse : 0900B1, pré Tunney

Ottawa (Ontario) K1A 0L2

Télécopieur : (613)957-0381

Ce document est aussi disponible sur le site Web de  
Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah>

### Les lignes directrices présentées dans ce document reflètent l'opinion du Groupe d'experts du Laboratoire de lutte contre la maladie pour les Lignes directrices canadiennes pour les MTS :

<b>Président</b>	David Patrick, MD, British Columbia Centre for Disease Control Society, Vancouver
<b>Coprésidente</b>	Barbara Romanowski, MD, Alberta Health, Edmonton
<b>Collaboration spéciale</b>	Marc Steben, MD, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Montréal-Centre, pour les conseils, les révisions et la promotion Rosanna Peeling, PhD, Laboratoire national pour les MTS, LLCM, Winnipeg, pour la révision
<b>Membres</b>	Joanne Embree, MD, University of Manitoba, Winnipeg William Fisher, PhD, University of Western Ontario, London Noni MacDonald, MD, Université d'Ottawa, Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa Deborah Money, MD, University of British Columbia, Vancouver Sam Ratnam, PhD, Newfoundland Public Health Laboratory, St. John's Bruno Turmel, MD, Régie régionale de la santé et des services sociaux, Montréal-Centre Sylvie Venne, MD, Centre québécois de coordination sur le sida, Montréal John Sellors, MD, Département de médecine familiale, McMaster University, Hamilton

### Avec l'aide de :

<b>Santé Canada</b>	Donald Sutherland, MD, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Ottawa Louise Pilon, MD, Division de la prévention et de la lutte contre les MTS, LLCM, Ottawa, Jo-Anne Doherty, MSc, Louise Cormier, McommH, et tous les membres de la Division de la prévention et de la lutte contre les MTS, LLCM, Ottawa
<b>Collaborateurs</b>	Brian Conway, MD, BC Centre for Excellence, Vancouver Paul Gully, MD, LLCM, Santé Canada, Ottawa Stephen Shafran, MD, University of Alberta Hospital, Edmonton Infirmières praticiennes du Programme de santé-sexualité, Ottawa Martin Tepper, MD, LLCM, Santé Canada, Ottawa Comité des MTS/VIH, Société canadienne des maladies infectieuses
<b>Éditrice</b>	Maria Nengeh Mensah, MA, Montréal

# Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>page 1</b>
<b>Aucun symptôme mais sujet à risque</b>	<b>page 2</b>
<b>Urétrite et cervicite</b>	<b>page 2</b>
<b>Atteinte inflammatoire pelvienne</b>	<b>page 3</b>
<b>Épididymite</b>	<b>page 3</b>
<b>Ulcérations génitales</b>	<b>page 4</b>
<b>Lésions génitales papuleuses</b>	<b>page 5</b>
<b>Rectite</b>	<b>page 5</b>
<b>Infection par le virus de l'immunodéficience humaine</b>	<b>page 6</b>
<b>Pertes génitales</b>	<b>page 6</b>
<b>Arbres de décision :</b>	
<b>1- Pertes génitales, 2- Pertes cervicales anormales</b>	<b>page 7-8</b>
<b>3- Urétrite chez l'homme, 4- Lésions génitales</b>	<b>page 9-10</b>
<b>5- Hépatites virales</b>	<b>page 11</b>
<b>6- Épreuves sérologiques pour la syphilis</b>	<b>page 12</b>
<b>Interprétation des tests sérologiques : syphilis, hépatite B, VIH</b>	<b>page 13-15</b>
<b>Les 20 principaux changements des nouvelles Lignes directrices canadiennes pour les MTS</b>	<b>page 16</b>
<b>Connaissez vos ressources dans le domaine des MTS</b>	<b>page 17</b>

# Introduction

L'essentiel des Lignes directrices canadiennes pour les MTS a été écrit à l'intention des intervenants de première ligne, en particulier les médecins et les infirmières. Il a pour objet d'aider à la prévention et au traitement adéquat des maladies transmises sexuellement (MTS) au Canada.

Les zones ombragées en bleu indiquent des questions cliniques pour lesquelles il faudrait consulter des collègues ayant une expertise dans ce domaine.

## Prévention :

- La prévention primaire des MTS est plus efficace que le traitement des MTS et de leurs séquelles. Il y a lieu de discuter des questions entourant les risques et la prévention des MTS avec chaque patient, le cas échéant.
- Parmi les mesures préventives les meilleures à prodiguer aux patients, l'on peut leur conseiller de TOUJOURS utiliser un condom ou de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels et de discuter avec eux des moyens pour y arriver.

## Agressions et abus sexuels :

- Lorsqu'on détecte une MTS chez un enfant ou un adolescent qui n'est pas sexuellement actif, il faut chercher à savoir si le sujet a été victime d'abus sexuels.
- Il faut faire preuve d'une grande sensibilité lorsqu'on évalue une personne (enfant, adolescent ou adulte) qui a été victime d'agression ou d'abus sexuels.

## Grossesse :

- Toutes les femmes enceintes devraient se voir offrir un test de dépistage du VIH et des services de counselling appropriés.
- Toutes les femmes enceintes qui ont actuellement ou qui ont eu dans le passé des comportements à risque pour les MTS devraient faire l'objet d'un dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de la gonococcie.
- Les femmes enceintes qui sont à risque élevé de syphilis englobent : le groupe de < 25 ans, les utilisatrices de drogues injectables, les travailleuses du sexe, les jeunes de la rue et les femmes originaires de pays où la syphilis est endémique ou ayant eu des relations sexuelles avec une personne originaire de ces régions.
- Le dépistage de l'hépatite B (HBsAg) est fortement recommandé pour toutes les femmes enceintes, en particulier les femmes à risque, et tous les enfants nés de mères séropositives pour l'HBsAg devraient recevoir une immunisation active ET passive contre l'hépatite B.
- La mise en route d'un traitement antirétroviral durant la grossesse est critique pour la survie des enfants nés de mères infectées par le VIH parce qu'il réduit considérablement le risque de transmission verticale de l'infection (de 80 %).

Syndrome	Qui	Agent causal	Symptômes et signes	Particularités diagnostiques	Prélèvements et tests	Traitement	Traitement des contacts
<b>Aucun symptôme mais à risque</b>	<b>À risque :</b>	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<b>Aucun</b>  <b>OU</b>  <b>discrets</b>	Si le contact sexuel est survenu < 1 semaine auparavant, il est possible que les tests ne soient pas encore positifs.  NOTE : la séroconversion au VIH peut prendre jusqu'à 3 mois.	Écouvillonnages cervicaux/urétraux OU échantillon d'urine pour <i>C. trachomatis</i>  Écouvillonnages cervicaux/urétraux pour <i>N. gonorrhoeae</i> et tests sérologiques pour la syphilis si « risque élevé »  Recherche d'ulcères/papules Test pour le VHS en présence de lésions Counselling et test pour le VIH	En cas de contact connu avec une personne atteinte d'une MTS, traitement approprié d'emblée.  Autrement, traiter selon les résultats des tests de dépistage.  Envisager l'immunisation contre l'hépatite B pour toutes les personnes « à risque », et l'immunisation contre l'hépatite A pour les HRSH.	Si les tests sont positifs pour le cas index, traiter les contacts en conséquence et selon les recommandations des lignes directrices pour le cas index diagnostiqué.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>hommes et femmes actifs sexuellement &lt; 25 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Neisseria gonorrhoeae</i></li> <li>Virus <i>Herpès simplex</i> (VHS)</li> <li>Virus du papillome humain</li> <li>Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)</li> <li>Virus de l'hépatite A, surtout chez les HRSH</li> <li>Virus de l'hépatite B</li> <li>Virus de l'hépatite C, en particulier chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI)</li> <li>Autres (syphilis)</li> </ul>					
<b>Aucun symptôme mais à risque</b>	<b>Risque élevé :</b>						
	<ul style="list-style-type: none"> <li>contact avec un cas connu de MTS</li> <li>jeune de la rue et/ou usager de drogues</li> <li>relations sexuelles non protégées</li> <li>nouveau partenaire ou &gt; 2 partenaires dans les 6 derniers mois</li> <li>hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH)</li> <li>diagnostic antérieur de MTS</li> </ul>						
<b>Urétrite et cervicite</b>	<b>À risque :</b>	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<b>Hommes :</b>	<b>Hommes :</b>	<b>Hommes :</b>	≥ 9 ans :	Traiter tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec le cas primaire au moins dans les 60 jours avant l'apparition des symptômes avec :
	<ul style="list-style-type: none"> <li>hommes et femmes actifs sexuellement &lt; 25 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Neisseria gonorrhoeae</i></li> <li><i>Trichomonas vaginalis</i></li> <li>Virus <i>Herpès simplex</i> (VHS)</li> <li>Autres</li> </ul>					
<b>Urétrite et cervicite</b>	<b>Risque élevé :</b>		<b>Femmes :</b>	<b>Femmes :</b>	<b>Femmes :</b>	Garçons < 9 ans	Les patients et les contacts devraient s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à 7 jours après la fin du traitement des deux partenaires.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>sexuellement actif ET</li> <li>contact avec un cas connu de MTS</li> <li>jeune de la rue et/ou usager de drogues</li> <li>nouveau partenaire ou &gt; 2 partenaires au cours des 6 derniers mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Virus Herpès simplex</i> (VHS)</li> <li>Autres</li> </ul>					
		<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Cause possible d'urétrite mais non cervicite :</b></li> <li><i>Mycoplasma hominis</i></li> <li><i>Ureaplasma urealyticum</i></li> </ul>	<b>Examiner pour douleurs abdominales</b>				

\* Frottis = à l'état frais ou coloration de Gram. Odeur d'amine = Test KOH.

⇒ On ne peut pas dire qu'on a traité une personne atteinte de MTS sans avoir pris en charge ses contacts.

Syndrome	Qui	Agent causal	Symptômes et signes	Particularités diagnostiques	Prélèvements et tests	Traitement	Traitement des contacts
<b>Atteinte inflammatoire pelvienne (AIP)</b>	<p><b>À risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>femmes actives sexuellement</li> </ul> <p><b>Risque élevé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>jeunes &lt; 25 ans</li> <li>épisode antérieur d'AIP</li> <li>intervention génitale haute récente</li> <li>présence d'un stérilet</li> </ul>	<p><i>Neisseria gonorrhoeae</i></p> <p><i>Chlamydia trachomatis</i></p> <p>Bacilles Gram négatif avec bactéries anaérobies</p>	<p><b>Surtout discrets</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>douleurs abdominales basses</li> <li>dyspareunie profonde</li> <li>saignements anormaux</li> <li>sensibilité à la mobilisation du col ou des annexes</li> <li>douleurs à l'hypochondre droit</li> <li>cervicite chez 30 % ou moins</li> <li>fièvre dans les cas sévères seulement (&lt; 40 %)</li> <li>masse annexielle dans les cas compliqués</li> </ul>	<p><b>Être à l'affût</b></p> <p>La sensibilité à la mobilisation du col ou des annexes est suffisante pour porter le diagnostic mais n'est pas spécifique.</p> <p>Une échographie négative ne permet pas d'écarter ce diagnostic.</p> <p><b>Hospitaliser si :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>on ne peut exclure une urgence chirurgicale</li> <li>on soupçonne un abcès tubo-ovarien</li> <li>l'atteinte est grave</li> <li>la médication orale est inefficace</li> <li>le suivi est incertain</li> </ul> <p><b>Envisager l'hospitalisation si :</b></p> <p>Infection à VIH, jeune (si l'observance du traitement est incertaine), grossesse.</p>	<p>Test de grossesse (urine ± sérum) pour écarter une grossesse ectopique.</p> <p><b>Écouvillonnage vaginal pour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>mesure du pH, odeur d'amine, frottis à l'état frais, coloration de Gram*</li> </ul> <p><b>Écouvillonnage endocervical pour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>culture pour <i>N. gonorrhoeae</i>, test pour <i>C. trachomatis</i></li> </ul> <p>Alternative pour <i>C. trachomatis</i> : tests d'amplification génique (ex. : PCR endocervical)</p> <p>Envisager une biopsie de l'endomètre.</p> <p>La numération leucocytaire peut être élevée si la patiente est fébrile.</p> <p>Échographie si l'on soupçonne un abcès tubo-ovarien.</p>	<p>Les femmes qui suivent bien le traitement peuvent recevoir un traitement oral uniquement.</p> <p>Réévaluer toutes les patientes le troisième jour du traitement. Si aucune amélioration n'est observée, consultez un collègue ayant de l'expérience dans ce domaine.</p> <p><b>Traitement IV :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>céfoxitine, 2 g IV toutes les 8 heures PLUS doxycycline, 100 mg IV ou per os bid (les deux pendant au moins 48 heures)</li> </ul> <p><b>Faire suivre par :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>céfixime, 400 mg per os bid PLUS doxycycline, 100 mg per os bid pour un traitement de 14 jours</li> </ul> <p><b>Traitement oral :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>céfixime, 800 mg per os en dose unique PLUS doxycycline, 100 mg per os bid pendant 14 jours</li> </ul> <p>Voir <i>Lignes directrices canadiennes pour les MTS</i> pour d'autres traitements.</p>	<p>Traiter tous les partenaires qui ont eu des contacts sexuels avec le cas index au moins dans les 60 jours avant l'apparition des symptômes avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>céfixime, 400 mg PLUS azithromycine, 1 g per os en dose unique</li> </ul> <p>Les patients et les contacts devraient s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à au moins 7 jours après la fin du traitement des deux partenaires.</p>
	<b>Épididymite</b>	<p><b>Risque élevé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>hommes &gt; 35 ans</li> </ul>	<p>Bactéries à Gram négatif (augmentation chez les hommes &gt; 35 ans)</p> <p><i>Chlamydia trachomatis</i></p> <p><i>Neisseria gonorrhoeae</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>tuméfaction et/ou douleur unilatérale du scrotum maximale au-dessus de la tête de l'épididyme, parfois bilatérale</li> <li>parfois érythème et œdème de la peau sous-jacente</li> <li>avec ou sans écoulement</li> <li>rougeurs, œdème et fièvre, seulement dans les cas sévères</li> </ul>	<p><b>Apparition soudaine :</b></p> <p>s'il y a possibilité de torsion du testicule, il s'agit d'une urgence chirurgicale</p>	<p><b>Écouvillonnage urétral pour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>coloration de Gram, culture pour <i>N. gonorrhoeae</i>, test pour <i>C. trachomatis</i></li> </ul> <p>Alternative pour <i>C. trachomatis</i> : tests d'amplification génique (ex. : PCR sur urine).</p> <p>Échantillon d'urine mi-jet pour culture et sensibilité bactérienne (recherche d'un pathogène causant une infection des voies urinaires).</p>	<p><b>Due à <i>N. gonorrhoeae/ C. trachomatis</i> :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>céfixime, 800 mg per os en dose unique PLUS doxycycline, 100 mg bid pour 10 jours</li> </ul> <p><b>Due à un organisme entérique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ofloxacin, 300 mg per os bid pendant 10 jours</li> </ul>

\* Frottis = à l'état frais ou coloration de Gram. Odeur d'amine = Test KOH.

Syndrome	Qui	Agent causal	Symptômes et signes	Particularités diagnostiques	Prélèvements et tests	Traitement	Traitement des contacts
<b>Ulcérations génitales</b>	<b>Risque élevé :</b>	Virus <i>Herpès simplex</i> (VHS) <i>Treponema pallidum</i> (syphilis) <i>Haemophilus ducreyi</i> (chancres mou) Le lympho-granulome vénérien et le granulome inguinal sont très rares à moins que la personne ait eu des relations sexuelles avec une personne originaire d'un pays où ces maladies sont endémiques. Ulcères non infectieux Néoplasie	<b>Herpès génital :</b> La majorité des cas de VHS peuvent présenter des signes/symptômes discrets ou non reconnus. Être à l'affût en présence de : <ul style="list-style-type: none"> <li>vésicules multiples regroupées → ulcères circulaires superficiels</li> <li>bords lisses et base érythémateuse</li> <li>lésions peu profondes</li> </ul> Si les lésions sont atypiques, voir l' <i>Arbre de décision 4 pour les ulcérations génitales</i> , à la page 10.	<b>Herpès génital :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ulcères typiques habituellement douloureux</li> <li>douleur dans la région génitale</li> <li>augmentation du volume des ganglions lymphatiques inguinaux, non fluctuants et sensibles</li> <li>fièvre et malaise (surtout lors de la primo-infection)</li> </ul>	<b>Herpès génital :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>écouvillonner la base d'une vésicule décapée ou d'un nouvel ulcère pour une culture du VHS</li> <li>les diagnostics qui ne sont pas fondés sur une culture sont moins exacts</li> <li>toujours procéder à un test pour la syphilis</li> </ul>	<b>Herpès génital :</b> Le traitement topique n'a aucune valeur. <b>Premier épisode :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>acyclovir, 400 mg tid pendant 5 à 7 jours</li> <li>OU</li> <li>famciclovir, 250 mg tid pendant 5 à 7 jours</li> <li>OU</li> <li>valacyclovir, 500-1000 mg bid pour 5 à 7 jours</li> </ul> <b>Herpès génital récurrent avec prodrome :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>acyclovir, 400 mg tid pour 5 jours</li> <li>OU</li> <li>famciclovir, 125 mg bid pour 5 jours</li> <li>OU</li> <li>valacyclovir, 500 mg bid pour 5 jours</li> </ul> <b>Traitement suppressif quotidien :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>acyclovir, 400 mg bid per os</li> <li>OU</li> <li>famciclovir, 250 mg bid per os</li> <li>OU</li> <li>valacyclovir, 500 mg per os, en 1 ou 2 doses</li> </ul>	<b>Herpès génital :</b> Les patients et leurs contacts devraient s'abstenir de toute activité sexuelle pendant que les lésions sont présentes et informer leurs partenaires sexuels qu'ils ont des ulcères génitaux. <ul style="list-style-type: none"> <li>donner du counselling et expliquer l'histoire naturelle de la maladie</li> <li>il faut expliquer l'excrétion asymptomatique, la transmission sexuelle et le risque d'infection néonatale</li> </ul>
				<b>Syphilis :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>papule → chancre</li> <li>indurée avec exsudat séreux</li> <li>un seul chancre dans 70 % des cas</li> <li>bords et base lisses</li> </ul>	<b>Syphilis :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ulcères souvent indolores</li> <li>ganglions souvent fermes, hypertrophiés, non mobiles et non sensibles</li> </ul>	<b>Syphilis :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>la sérologie de la syphilis devrait inclure un test non tréponémique (p. ex., RPR ou VDRL) et au moins une réaction tréponémique (p. ex., TP-PA, MHA +/- FTA)</li> <li>obtenir un échantillon de la sérosité pour examen au microscope à fond noir ou test de fluorescence</li> </ul>	<b>Syphilis :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>pénicilline-benzathine G 2,4 à 7,2 millions U, IM (selon le stade de la maladie)</li> </ul>

⇒ On ne peut pas dire qu'on a traité une personne atteinte de MTS sans avoir pris en charge ses contacts.



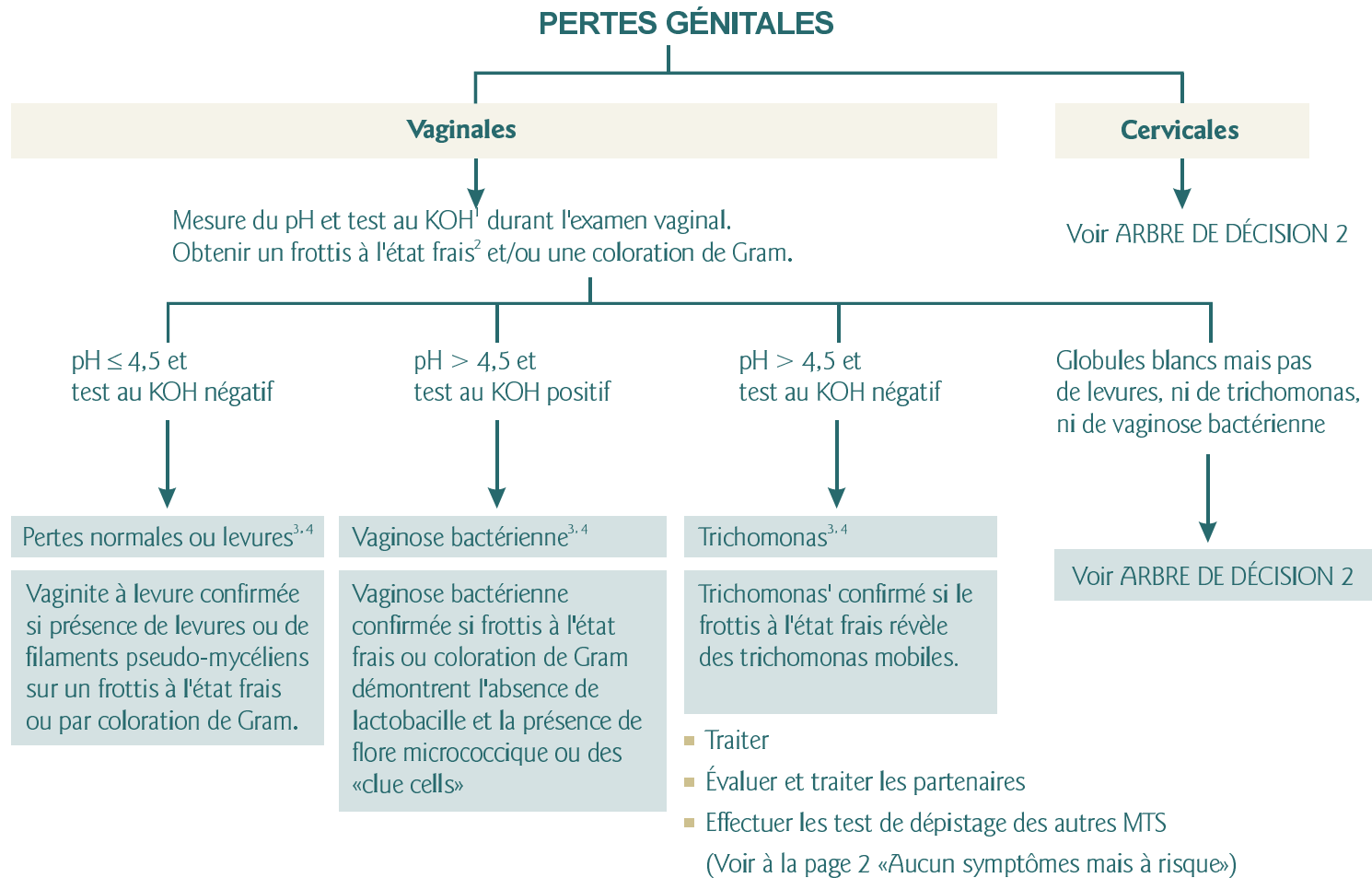
Syndrome	Qui	Agent causal	Symptômes et signes	Particularités diagnostiques	Prélèvements et tests	Traitement	Traitement des contacts
Lésions génitales papuleuses	<b>À risque :</b>	Virus du papillome humain (VPH) <i>Molluscum contagiosum</i> Acrochordons Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>excroissances sur la peau ou les muqueuses de la région ano-génitale (condylomes acuminés), souvent multiples et polymorphes</li> <li>les molluscums peuvent guérir spontanément en 2 ou 3 mois et laisser ou non des cicatrices; l'infection peut durer plus longtemps et nécessiter un traitement</li> </ul>	Souvent sub-cliniques ou cliniques mais asymptomatiques.  <b>Verrues (VPH) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>en chou-fleur</li> <li>habituellement asymptomatiques</li> <li>peuvent saigner et être prurigineuses</li> </ul> <b>Molluscum :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>papules circulaires ombiliquées</li> </ul> <b>Cancer :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>lésion chronique surtout associée à une ulcération ou une pigmentation irrégulière</li> </ul>	Examen direct des organes génitaux externes, avec une loupe ou un colposcope.  <b>Femmes :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>test de Papanicolaou si &gt; 1 an depuis le test précédent</li> </ul> Si anormal, orienter vers un collègue ayant de l'expérience dans ce domaine.  <b>Biopsie si l'on soupçonne un cancer.</b>	<b>VPH :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>surtout pour des raisons esthétiques ou pour le soulagement des symptômes. Le traitement n'élimine pas le portage, les récives ou la contagiosité du VPH</li> </ul> <b>Conservateur :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>traitement local avec de l'azote liquide ou de la podophylotoxine</li> </ul> Voir les <i>Lignes directrices canadiennes pour les MTS</i> pour d'autres traitements.	Il faut rappeler à toutes les femmes la nécessité de subir régulièrement un test de Papanicolaou : <ul style="list-style-type: none"> <li>chaque année jusqu'à l'obtention de 2 frottis normaux consécutifs, ensuite</li> <li>tous les 2 ou 3 ans, selon les lignes directrices locales</li> </ul> Les patients et les contacts devraient s'abstenir de toute activité sexuelle pendant que les verrues sont présentes et informer leur(s) partenaire(s) qu'ils ont des verrues génitales.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>hommes et femmes actifs sexuellement</li> </ul>						
Rectite	<b>Risque élevé :</b>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> Virus <i>Herpès simplex</i> (VHS) <i>Treponema pallidum</i> (syphilis) Autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>douleur ano-rectale</li> <li>avec/sans écoulement</li> <li>ténésme</li> <li>érythème et ulcération des muqueuses à la rectoscopie</li> <li>pus</li> <li>possibilité de lésions herpétiques péri-anales avec adénopathies inguinales</li> </ul>	Plusieurs pathogènes peuvent être présents en même temps.  En présence de diarrhée ou de crampes abdominales, consultez un collègue qui possède de l'expérience dans ce domaine.	Écouvillonnage rectal pour <i>C. trachomatis</i> / <i>N. gonorrhoeae</i> (les épreuves EIA/DFA ne sont pas recommandées pour l'anus).  Écouvillonner les lésions suspectes pour un test diagnostique du VHS.  Sérologie de la syphilis.  Écouvillonnage rectal pour une coloration de Gram.  Tenter de réduire au minimum la contamination des écouvillons par des selles.	<b>Si aucune évidence de VHS :</b> <b>Traiter pour une rectite due à <i>N. gonorrhoeae</i>/<i>C. trachomatis</i> :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>céfixime, 400 mg PLUS azithromycine, 1 g per os en dose unique</li> </ul> <b>Si indication de VHS :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>traiter comme l'infection à VHS (voir <i>Ulcérations génitales</i>, page 4)</li> </ul>	Faire subir un test pour <i>C. trachomatis</i> / <i>N. gonorrhoeae</i> et, s'il y a lieu, traiter tous les contacts au moins des 60 derniers jours avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>céfixime, 400 mg PLUS azithromycine, 1 g per os en doses uniques</li> </ul> Les patients et les contacts devraient s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à au moins 7 jours après la fin du traitement des deux partenaires.

⇒ On ne peut pas dire qu'on a traité une personne atteinte de MTS sans avoir pris en charge ses contacts.

Syndrome	Qui	Agent causal	Symptômes et signes	Particularités diagnostiques	Prélèvements et tests	Traitement	Traitement des contacts
<b>Infection due au virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)</b>	Toutes les femmes enceintes devraient se voir offrir le test de dépistage du VIH et le counselling.	Virus de l'immuno-déficience humaine (VIH).	<b>La plupart des cas sont asymptomatiques.</b>	La séroconversion peut être accompagnée de symptômes pseudo-grippaux, d'exanthème et d'adénopathie.  <b>Les symptômes de l'infection peuvent inclure :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>fièvre inexplicable et persistante, diarrhée, toux sèche, perte de poids, fatigue</li> <li>adénopathie généralisée</li> <li>candidose cutanéomuqueuse récurrente</li> <li>nouvelles lésions nodulaires cutanées ou muqueuses de couleur rouge/violacée (SK)</li> <li>encéphalopathie</li> <li>zona</li> <li>arrêt ou retard de croissance chez un enfant en bas âge</li> </ul>	Il faut faire subir un test pour le VIH à toute personne qui en fait la demande.  La recherche des anticorps anti-VIH devrait être effectuée seulement avec le consentement du sujet et il faut assurer un counselling pré-test et post-test approprié.  <b>Enfants :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>les médecins doivent expliquer clairement la nécessité de faire subir le test à l'enfant et les répercussions d'un résultat positif pour la mère</li> <li>il faut avoir recours à une technique de détection directe de l'antigène du VIH (p. ex., PCR) pour diagnostiquer une infection à VIH chez les bébés de &lt; 18 mois, nés d'une mère séropositive pour le VIH.</li> </ul>	Il s'agit d'une question de plus en plus complexe étant donné les changements rapides des traitements disponibles.  Les recommandations pour un patient donné doivent être faites en collaboration avec un collègue avec expérience dans ce domaine.  <b>Traitement antirétroviral :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>il est souhaitable d'utiliser au moins 3 médicaments (éviter la monothérapie)</li> </ul> <b>Prophylaxie :</b> Primaire <ul style="list-style-type: none"> <li>pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i> (PCP)</li> <li>complexe <i>Mycobacterium avium</i> (CMA)</li> </ul> Par immunisation Des infections secondaires	Il faudrait offrir du counselling et un test de dépistage aux partenaires sexuels du sujet et aux personnes avec qui il a partagé seringue/équipement.
	<b>Risque élevé :</b> Les bébés nés de mères infectées par le VIH. Les personnes qui ont : <ul style="list-style-type: none"> <li>des relations sexuelles non protégées</li> <li>des relations sexuelles avec une personne qu'on sait infectée par le VIH</li> <li>de multiples partenaires sexuels</li> <li>des relations sexuelles anales</li> <li>partagé de seringue/équipement</li> <li>déjà eu une hépatite B ou une autre MTS</li> <li>et les jeunes de la rue</li> </ul> Des personnes originaires de pays où le VIH est endémique.						
<b>Pertes génitales</b>	<b>À risque :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>toute femme pubère</li> </ul>	Vaginose bactérienne (VB) Levures <i>Trichomonas vaginalis</i> (maintenant plus rare) Perte physiologique Autre	<b>VB :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>pertes malodorantes (odeur de poisson), plus intense après les rapports sexuels</li> <li>pertes</li> </ul> <b>Levures :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>prurit/rougeur</li> <li>pertes blanches grumeleuses</li> </ul> <b>T. vaginalis :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>prurit/rougeur</li> <li>leucorrhée</li> </ul>	Si les épisodes sont récurrents ou tous les tests sont négatifs, adresser vers un collègue ayant une expertise dans ce domaine.  <b>VB :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>pH &gt; 4,5</li> <li>test au KOH* : odeur d'amine positif</li> <li>microscopie* : « clue cells »</li> <li>écoulement malodorant</li> </ul> <b>Levures :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>pH &lt; 4,5</li> <li>test au KOH* : odeur d'amine négatif</li> <li>microscopie* : levures ou hyphes.</li> </ul> <b>T. vaginalis :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>pH &gt; 4,5</li> <li>microscopie* : <i>Trichomonas</i> mobiles.</li> </ul>	<b>Écouvillonnage vaginal pour :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>test du pH/test au KOH : odeur d'amine/préparation d'état frais/coloration de Gram.</li> </ul> <b>Écouvillonnage endocervical pour :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>culture pour <i>N. gonorrhoeae</i>, et test pour <i>C. trachomatis</i> OU</li> <li>urine pour <i>C. trachomatis</i></li> </ul> Les cultures pour les levures ne sont pas nécessaires dans les infections aiguës. Les cultures pour <i>Gardnerella vaginalis</i> ne sont jamais utiles pour le diagnostic.	<b>VB :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>métronidazole, 500 mg per os bid pendant 7 jours</li> </ul> <b>Levures :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>traitement topique (au comptoir), imidazole OU fluconazole, 150 mg per os en dose unique</li> </ul> <b>T. vaginalis :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>métronidazole, 2 g per os en dose unique</li> </ul>	<b>VB :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>non requis</li> </ul> <b>Levures :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>seulement en présence de symptômes</li> </ul> <b>T. vaginalis :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>tester tous les contacts au cours des 60 jours antérieurs et donner le même traitement que le cas index</li> </ul>

\* Frottis à l'état frais, coloration de Gram. Odeur d'amine = Test KOH.

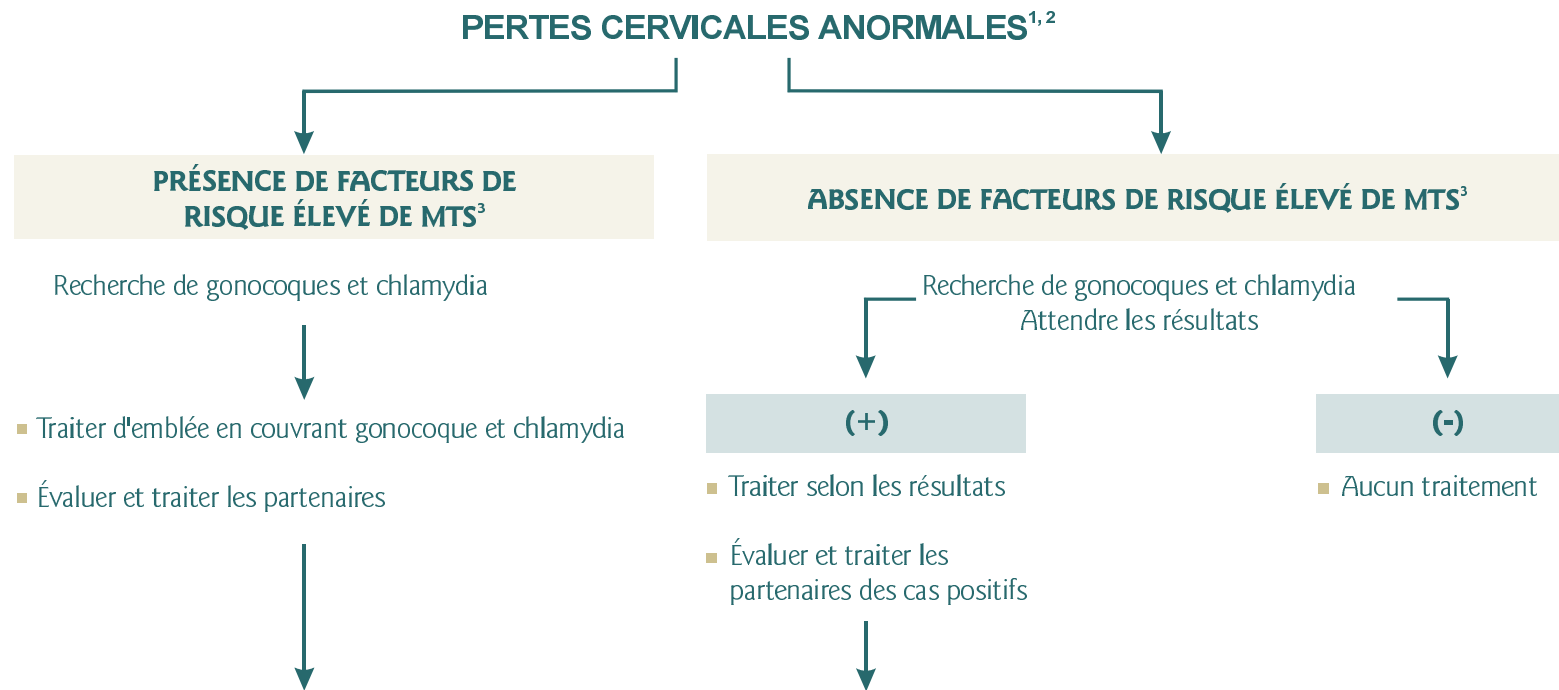
# Arbre de décision I : Pertes génitales



## NOTES :

1. **Test au KOH** : 1 goutte de KOH à 10 % pour mettre en évidence des odeurs d'amine (poisson).
2. **État frais** : frottis sur lame avec 1 goutte de salin. Visualiser à 400 X.
3. Traitement selon la présentation clinique; dépistage des autres MTS selon l'histoire clinique.
4. Une confirmation microscopique est recommandée.

## Arbre de décision 2 : Pertes cervicales anormales



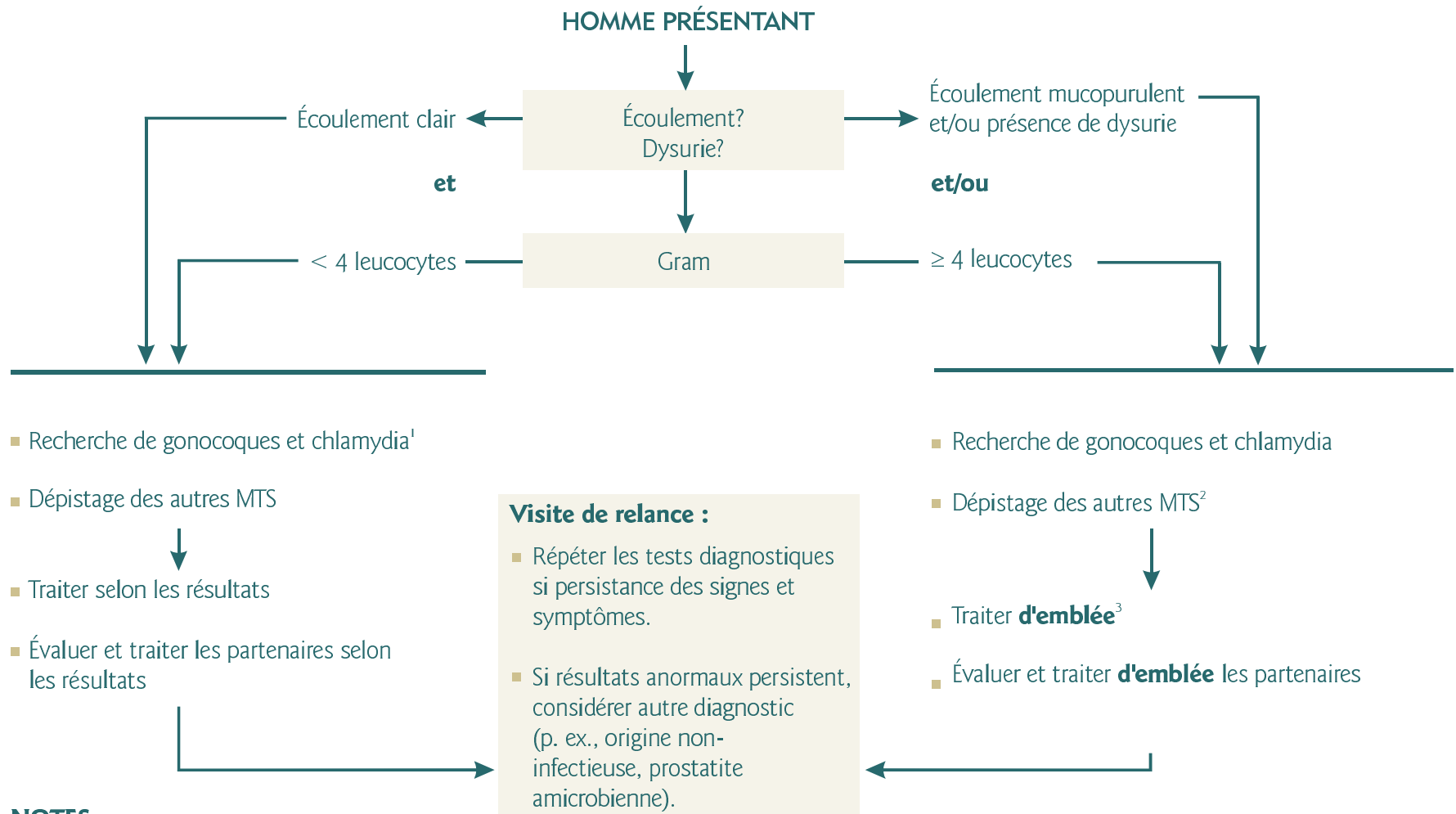
### Visite de relance :

- 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 habituellement pas recommandé de répéter les tests de détection de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis*.
- Si pertes cervicales anormales persistent, considérer autre diagnostic (p. ex., origine non-infectieuse).

### NOTES :

1. De couleur jaunâtre, blanc-grisâtre, verdâtre.
2. **Swab test** : présence de pus sur l'écouvillon après le passage de celui-ci dans l'endocol. Tout cas à haut risque avec «Swab test» positif exige un traitement présomptif. Pour un cas à risque réduit avec résultats positifs, le traitement présomptif peut être retenu vu la corrélation entre les résultats du test et une mauvaise valeur prédictive pour cette population.
3. Tel que définie à la page 2 dans «Aucun symptôme mais à risque».

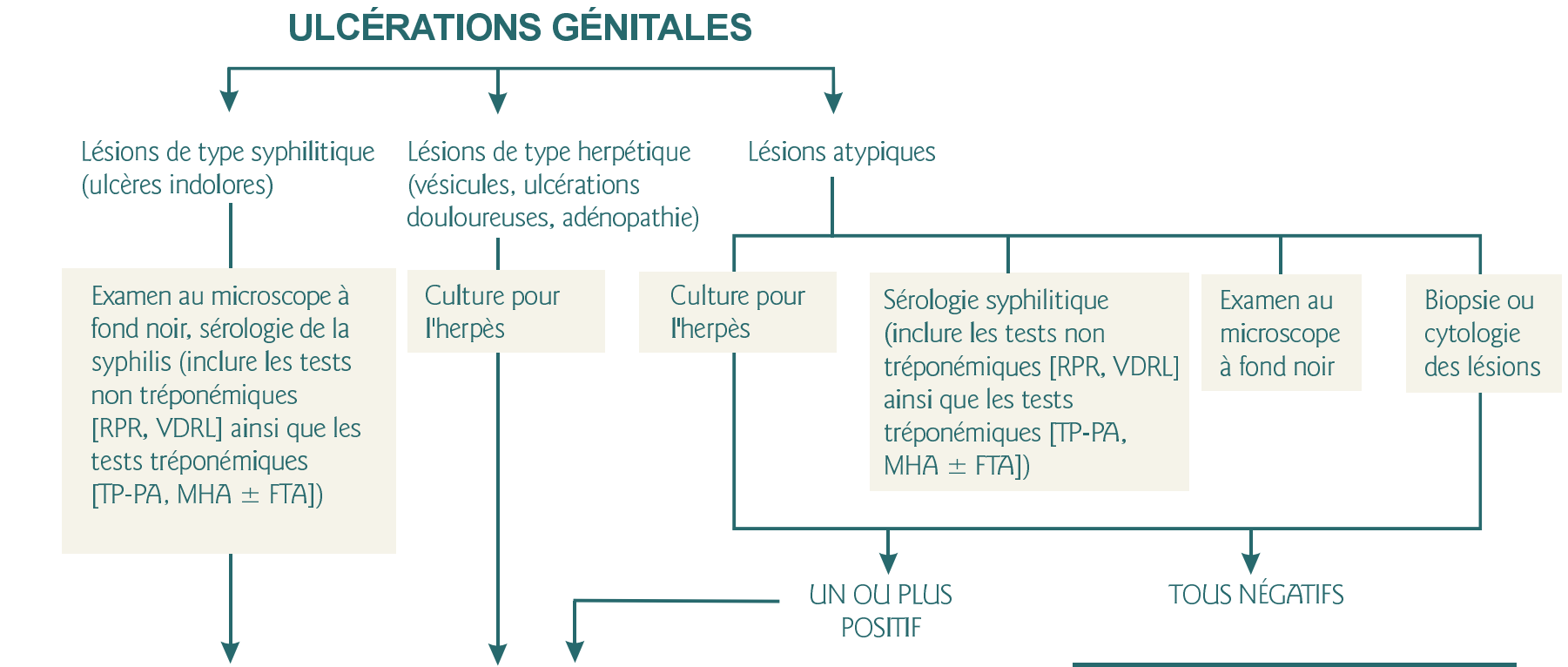
## Arbre de décision 3 : Urétrite chez l'homme



### NOTES :

1. Utiliser les premiers 10 à 15 mL d'urine de n'importe quel miction pour un test de *C. trachomatis* si les tests d'amplification des acides nucléiques sont disponibles (PCR, LCR).
2. Voir la page 2 «Aucun symptôme mais à risque».
3. Si  $\geq 4$  leucocytes et PRÉSENCE de diplocoque intracellulaire — Gram négatif → traiter pour infection gonococcique et chlamydie.  
Si  $\geq 4$  leucocytes et ABSENCE de diplocoque intracellulaire — Gram négatif → traiter pour chlamydie.

## Arbre de décision 4 : Lésions génitales



- Appliquer le traitement et les mesures de suivi appropriés
- Rechercher d'autres MTS
- Évaluer et traiter les partenaires des cas positifs

### NOTE :

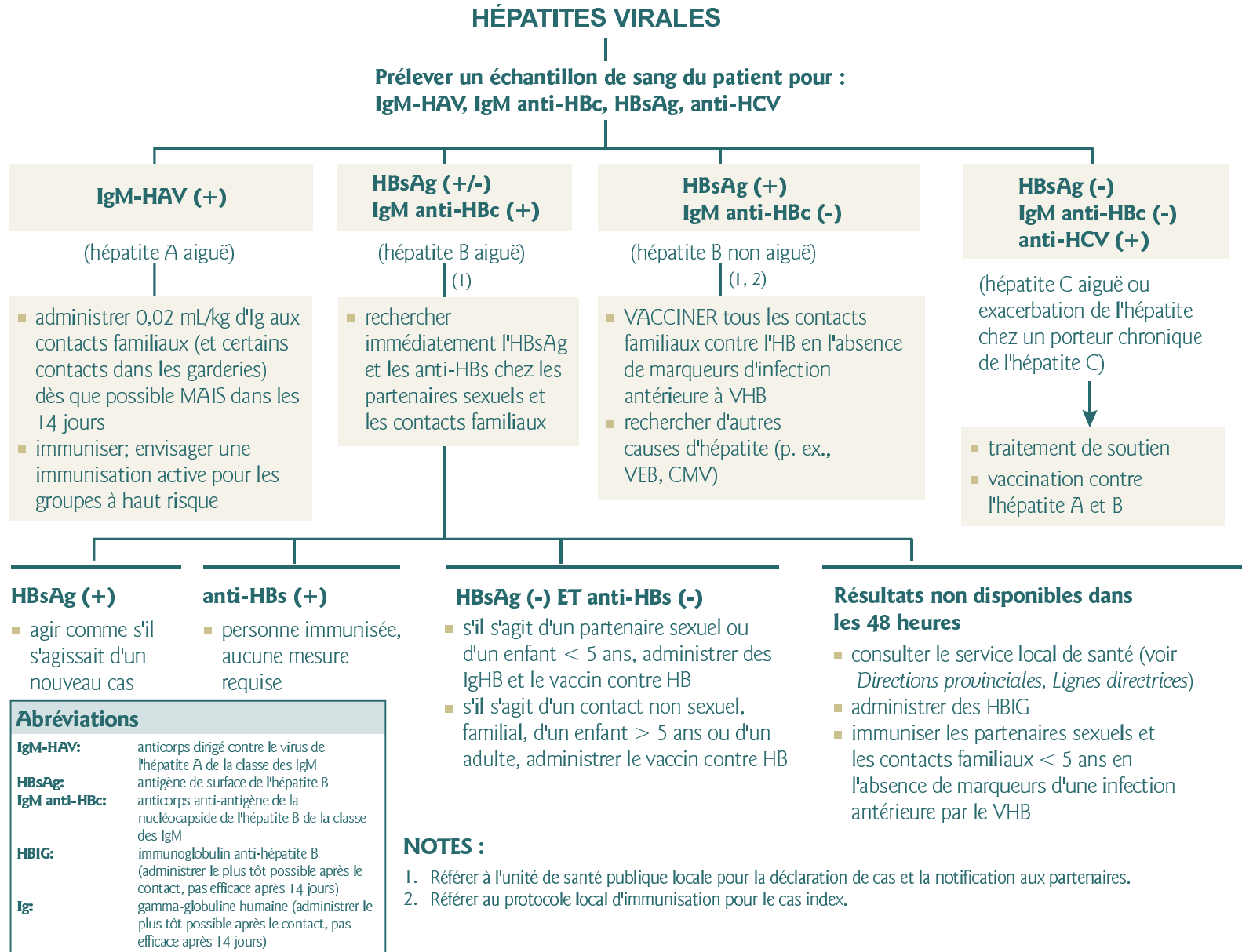
1. Communiquez avec le laboratoire pour obtenir des instructions relatives au prélèvement et au transport des échantillons.

### Réévaluer pour :

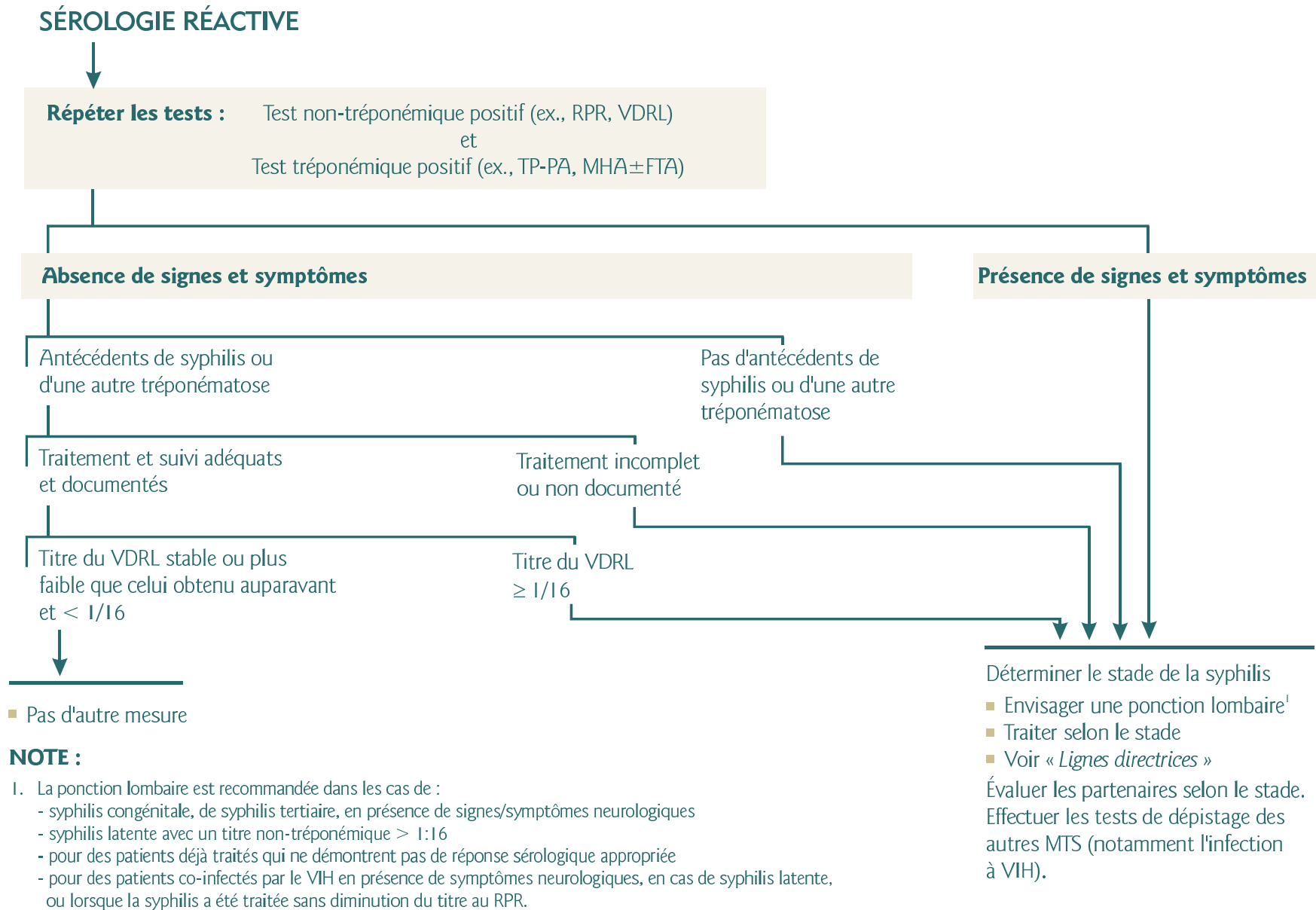
- ulcération associée aux maladies tropicales
- ulcération associée aux MTS plus rares (p. ex., chancre mou<sup>1</sup>, lymphogranulome vénérien, granulome inguinal)
- ulcération d'origine non infectieuse dont néoplasie

### Référer immédiatement.

# Arbre de décision 5 : Hépatites virales



## Arbre de décision 6 : Épreuves sérologiques pour la syphilis





## Interprétation des tests sérologiques pour la syphilis

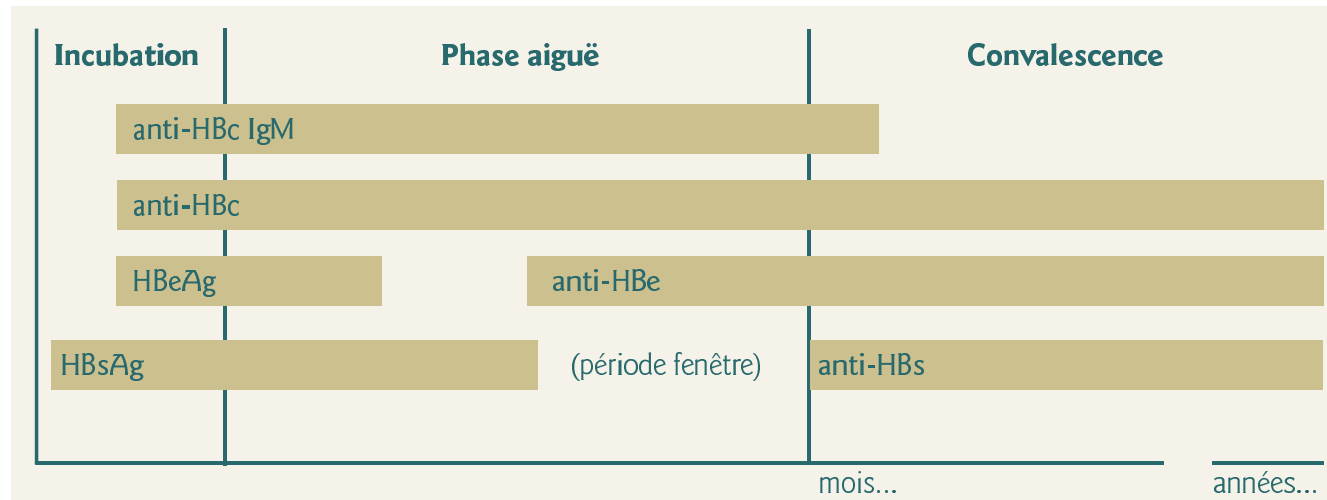
Tests non tréponémiques (VDRL, RPR, ART, TRUST, RST, EIA)	Tests tréponémiques (TP-PA, MHA-TP, FTA-ABS)	Raison possible
+	+	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ syphilis — récente ou antérieure</li> <li>▪ pian ou pinta</li> </ul>
+	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pas de syphilis — faux positif</li> </ul>
-	+	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ signes évocateurs de la syphilis, aiguë, déjà traitée ou non traitée</li> <li>▪ pian, pinta ou maladie de Lyme</li> </ul>
-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pas de syphilis ou maladie en phase d'incubation</li> </ul>

### NOTES :

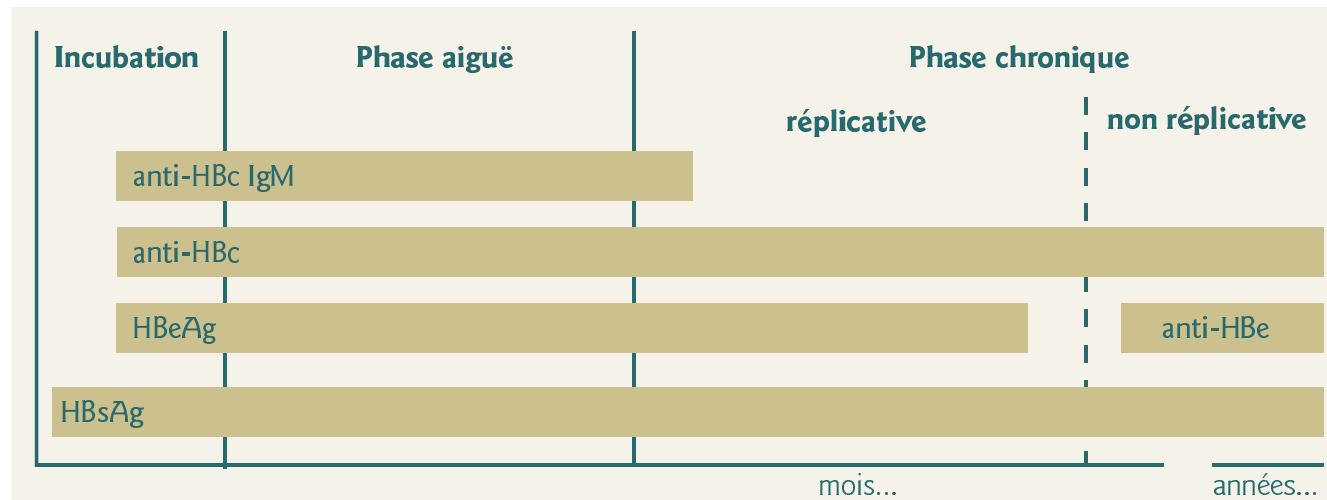
- Le test non tréponémique est un bon indicateur de contrôle parce que le titre reflète l'activité de la maladie. Après le traitement, il devrait montrer une baisse régulière jusqu'à ce qu'il devienne négatif ou se stabilise à un titre très bas ( $\leq 1:8$ ).
- Le contrôle sérologique devrait être effectué aux intervalles suivants :
  - syphilis congénitale, syphilis infectieuse (primaire, secondaire, latente précoce) ou infection concomitante par le VIH : 1, 3, 6, 12, 24 mois
  - syphilis non infectieuse (latente tardive, tertiaire) : 12 et 24 mois (neurosyphilis) : 6, 12 et 24 mois.
- La sérologie peut demeurer positive pendant toute la vie chez les personnes qui ont contracté la syphilis dans le passé et ont reçu un traitement adéquat.
- Le test non tréponémique peut être faussement positif dans certaines situations cliniques, par exemple, lors d'infections virales (p. ex., mononucléose), d'infections bactériennes (p. ex., pneumonie, tuberculose), de maladies chroniques (p. ex., collagénoses vasculaires) et chez les personnes âgées.
- Il peut s'écouler une période de 1 à 4 semaines entre l'apparition du chancre primaire et la détection d'une réaction non tréponémique. Les réactions tréponémiques deviennent positives avant les réactions non tréponémiques.
- Les tests tréponémiques peuvent être faussement positifs dans certaines situations, notamment au cours des infections virales et des collagénoses avec manifestations vasculaires.

# Évolution sérologique d'une hépatite B

## HÉPATITE B AIGÜE

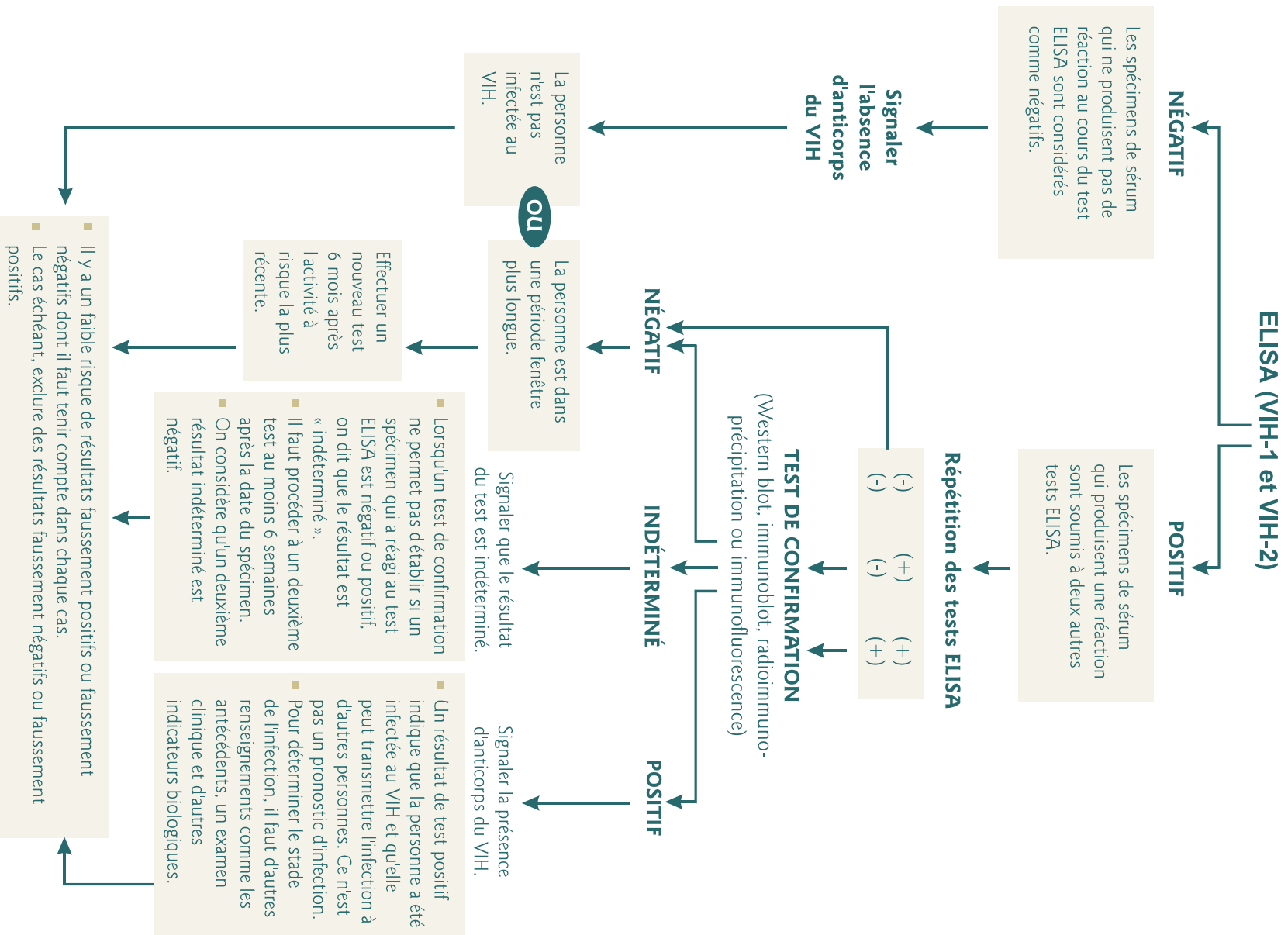


## HÉPATITE B CHRONIQUE



Adapté de : Willems B, Vincelette J. Les hépatites virales. Dans : Turgeon F, Steben M. *Les maladies transmissibles sexuellement*. PUM 1994:188.

# Interprétation des tests de détection du VIH



De : Sérodiagnostic du VIH, Lignes directrices pour le counselling, Association médicale canadienne, 1995.

## Les 20 principaux changements des nouvelles Lignes directrices canadiennes pour les MTS

1. Il existe maintenant une différence entre les personnes « à risque » et celles qui sont « le plus à risque », dont il faut tenir compte lorsqu'on choisit les tests de dépistage (p. ex., il n'est plus recommandé de faire subir à tout le monde des tests de dépistage de la syphilis et/ou de la gonorrhée).
2. Il est maintenant recommandé d'administrer le vaccin contre l'hépatite A aux hommes homosexuels.
3. Il est préférable d'administrer des doses uniques de médicament (si de telles doses sont disponibles), mais ces préparations sont habituellement efficaces pour traiter des MTS non compliquées seulement.
4. La céfixime, 400 mg, est le médicament de choix pour traiter la gonorrhée non compliquée.
5. L'azithromycine, 1 g, est le médicament de choix pour traiter la chlamydie non compliquée.
6. La céfixime comme l'azithromycine sont également utilisées de préférence pour traiter les contacts, même en l'absence de résultats positifs aux tests et de symptômes.
7. L'amplification des acides nucléiques par la polymérase ou ligase de n'importe quelle l'urine sont des méthodes de détection et de dépistage possibles de l'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes comme chez les femmes (en particulier chez les garçons lorsqu'on soupçonne un abus sexuel).
8. La coloration de Gram est la technique de première intention pour la recherche d'une urétrite.
9. La numération des leucocytes pour la détection d'une cervicite n'est plus recommandée – des tests de dépistage de la chlamydie et une culture du gonococque seront plutôt effectués.
10. Les atteintes inflammatoires pelviennes se manifestent souvent de façon subtile; il faut donc adopter une approche proactive dans le traitement et la réévaluation.
11. En ce qui concerne l'épididymite, il faut rechercher une MTS mais également effectuer une analyse et une culture d'urine du mi-jet.
12. Le traitement de l'infection due au virus du papillome humain a une visée principalement cosmétique et symptomatique; il n'offre aucune garantie contre la transmission du virus ni n'élimine le risque de cancer en faisant disparaître les lésions.
13. L'herpès se manifeste souvent de façon subtile; les médecins devraient donc surveiller le site des lésions antérieures pour détecter toute récurrence des symptômes et examiner le patient dans les 48 heures qui suivent une récurrence.
14. Il ne faut pas avoir recours au traitement topique de l'herpès génital. Le traitement par voie orale suffit davantage.
15. Il n'existe pas de nette différence entre les traitements antiviraux parce qu'on ne dispose pas de données vraiment comparatives sur ces médicaments.
16. Pour la vulvo-vaginite candidosique (VVC), la culture de sécrétions vaginales n'a aucune utilité.
17. La mesure du pH et du KOH (10 %) constituent les principaux outils pour le diagnostic de la vulvo-vaginite.
18. Le guide contient une nouvelle section sur les MTS durant la grossesse et tous les aspects liés au traitement se trouvent dans la même section.
19. Toutes les femmes enceintes au Canada devraient faire l'objet d'un test prénatal de dépistage de l'infection à VIH.
20. Le traitement topique de la vaginose bactérienne n'est pas efficace pour prévenir les complications de la grossesse.

# Connaissez vos ressources dans le domaine des MTS

- La connaissance des ressources, de l'expertise et des services de soutien disponibles en matière de MTS est un élément essentiel du travail des professionnels de la santé. Renseignez-vous sur les ressources disponibles à l'échelle locale et inscrivez-les ci-dessous pour référence future.

<p>Collègue ayant une expérience dans le domaine de : _____</p> <p>Nom : _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Collègue ayant une expérience dans le domaine de : _____</p> <p>Nom : _____</p> <p>Téléphone : _____</p>	<p>Collègue ayant une expérience dans le domaine de : _____</p> <p>Nom : _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Collègue ayant une expérience dans le domaine de : _____</p> <p>Nom : _____</p> <p>Téléphone : _____</p>
<p><b>Laboratoire</b></p> <p>Personne-ressource : _____</p> <p>Téléphone : _____</p>	<p><b>Service de santé publique</b></p> <p>Personne-ressource : _____</p> <p>Téléphone : _____</p>
<p><b>Centre pour victimes d'agression sexuelle</b></p> <p>Personne-ressource : _____</p> <p>Téléphone : _____</p>	<p><b>Centre de dépistage anonyme du VIH</b></p> <p>Personne-ressource : _____</p> <p>Téléphone : _____</p>
<p><b>Centre pour enfants victimes de mauvais traitements</b></p> <p>Personne-ressource : _____</p> <p>Téléphone : _____</p>	<p><b>Centre d'échange de seringues</b></p> <p>Personne-ressource : _____</p> <p>Téléphone : _____</p>
<p><b>Autre</b></p> <p>Personne-ressource : _____</p> <p>Téléphone : _____</p>	<p><b>Autre</b></p> <p>Personne-ressource : _____</p> <p>Téléphone : _____</p>