

Préface

Table des matières

Groupe de travail d'experts sur les lignes
directrices canadiennes pour les
infections transmissibles sexuellement

Remerciements

Introduction

Degré et qualité des
données probantes concernant les
recommandations thérapeutiques

Considérations importantes à l'intention
des usagers des Lignes directrices



Mises à jour des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement

Les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, une ressource évolutive à l'intention des professionnels de la santé, nécessitent régulièrement des mises à jour. Pour faciliter la distribution de ces mises à jour, nous dressons une « liste d'envoi » avec les noms des utilisateurs des Lignes directrices, ce qui nous permettra de les aviser en cas de besoin. En fournissant des renseignements comme votre titre professionnel, votre niveau de formation, vos domaines d'expertise et de pratique ainsi que les populations que vous servez, vous contribuerez davantage aux mises à jour des Lignes directrices et aiderez à accélérer leur diffusion.

Nous vous invitons à participer à cette initiative de l'une des deux façons suivantes :

- en remplissant le formulaire ci-dessous et en nous le retournant par télécopieur au 613-957-0381; OU
- en envoyant un courriel à SH_STI@phac-aspc.gc.ca, afin de recevoir un formulaire électronique que vous pourrez remplir et nous retourner par courriel.

Les renseignements que nous vous demandons de fournir seront gérés et conservés en sécurité par la Division des infections acquises dans la collectivité de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). N'oubliez pas de nous aviser si vous changez d'adresse électronique. La plus récente version des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement ainsi que toute nouvelle mise à jour sont affichées sur le site Web de l'ASPC, à www.santepublique.gc.ca/its.

Merci de votre attention.

Section de la santé sexuelle et des infections transmissibles sexuellement
Agence de la santé publique du Canada

Veillez remplir le questionnaire et le télécopier à la Section de la santé sexuelle et des infections transmissibles sexuellement au numéro suivant : 613-957-0381

1. Nom :

2. Adresse électronique :

3. Adresse au bureau :

4. Veuillez indiquer la catégorie qui décrit le mieux votre titre professionnel ou vos antécédents en matière de formation.

- Médecin (omnipraticien)
 - Médecin (spécialiste)
 - Infirmière ou infirmier
 - Infirmière ou infirmier praticien(ne) / Infirmière ou infirmier autorisé(e) (catégorie spécialisée)
 - Pharmacien
 - Chercheur(e) de laboratoire / Technicien(ne) de laboratoire
 - Autre (précisez)
- _____

5. Veuillez indiquer vos domaines d'expertise et de pratique (cochez tous les choix appropriés).

- VIH/sida
 - ITS
 - Hépatite
 - Santé sexuelle
 - Santé génésique
 - Santé néonatale/ des nourrissons
 - Santé en milieu scolaire
 - Planification de la santé
 - Santé des enfants et des jeunes
 - Santé des adolescents
 - Santé des aînés
 - Santé des femmes
 - Santé maternelle et infantile
 - Santé publique
 - Santé internationale / Santé des voyageurs
 - Santé mentale
 - Santé au travail
 - Travail en laboratoire
 - Épidémiologie
 - Recherche
 - Promotion de la santé
 - Immunisation
 - Toxicomanie
 - Autre (précisez) :
- _____

6. Veuillez indiquer à quels groupes ou à quelles populations vous fournissez des services (cochez tous les choix appropriés).

- Enfants/ Jeunes
 - Adolescents
 - Femmes
 - Femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes/ Lesbiennes
 - Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes/ Hommes gais/ bisexuels
 - Transgenres
 - Premières nations
 - Inuits
 - Métis
 - Communautés nordiques et rurales
 - Immigrants et réfugiés
 - Personnes de la rue ou sans abri
 - Consommateurs de substances psychoactives
 - Détenus et délinquants
 - Travailleurs du sexe
 - Autre (précisez) :
- _____

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

Agence de la santé publique du Canada

Version révisée des *Lignes directrices canadiennes pour les MTS* édition de 2006.

La présente publication est également accessible sur Internet, à l'adress suivante :

www.santepublique.gc.ca/its

Aussi offert en anglais sous le titre : Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections

Correspondance :

Section de la santé sexuelle et les infections transmises sexuellement

Division des infections acquises dans la collectivité

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Agence de la santé publique du Canada

Ottawa, ON K1A 0K9

Télééc. : (613) 957-0381

Courriel : PHAC_Web_Mail@phac-aspc.gc.ca

© SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DU CANADA, 2008

Pour les copies en papier

Numéro de catalogue : HP40-1/2008F

ISBN : 0-662-07329-1



TABLE DES MATIÈRES

Section 1

Groupe de travail d'experts sur les lignes directrices canadiennes pour les infections transmissibles sexuellement

Remerciements

Introduction

Degré et qualité des données probantes concernant les recommandations thérapeutiques

Considérations importantes à l'intention des usagers des Lignes directrices

Section 2

Soins primaires et infections transmissibles sexuellement

Section 3

Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement

Prélèvement et transport des échantillons

Méthodes des analyses de laboratoire

Diagnostic en laboratoire d'infections spécifiques

Section 4

Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques

*Prise en charge des infections transmissibles
sexuellement en fonction du syndrome présenté*

Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)

Épididymite

*Infections intestinales et entériques
transmissibles sexuellement*

*Pertes vaginales (vaginose bactérienne,
candidose vulvo-vaginale, trichomonase,)*

Prostatite

Ulcérations génitales (UG)

Urétrite

Section 5

Prise en charge et traitement d'infections spécifiques

Chancre mou

Infections à Chlamydia

Infections gonococciques

Infections au virus de l'hépatite B

*Infections génitales au
virus Herpes simplex (VHS)*

*Infections au virus de
l'immunodéficience humaine*

*Infections génitales au virus
du papillome humain (VPH)*

*Infestations ectoparasitaires
(pédiculose pubienne, gale)*

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

Syphilis

Section 6

Populations spécifiques

*Abus sexuel à l'égard
d'enfants impubères et prépubères*

*Agression sexuelle chez les adolescents
postpubères et chez les adultes*

Consommation de substances psychoactives

Détenus et délinquants

Femmes enceintes

*Hommes ayant des relations sexuelles avec
d'autres hommes et femmes ayant des relations
sexuelles avec d'autres femmes*

Immigrants et réfugiés

Travailleurs de l'industrie du sexe

Voyageurs

Section 7

Annexes

*A. Conseils sur l'utilisation des condoms
à l'intention des patients*

*B. Mode d'emploi du condom pour
hommes et du condom pour femmes*

*C. Ressources et outils de référence
à l'intention des professionnels de la santé*

*D. Bureaux provinciaux et territoriaux
des services de lutte contre les ITS*

E. Laboratoires provinciaux

*F. Preuves médico-légales, services de
médecine légale et laboratoires judiciaires*

*G. Centres de référence pour les ITS chez les
enfants impubères ou prépubères atteints d'ITS*

H. Échelle de maturité sexuelle de Tanner

Section 8

Index général

GRUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS POUR LES LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES SUR LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Directeur	Tom Wong , M.D., MPH, FRCPC, directeur, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction des maladies infectieuses et des mesures d'urgence, Agence de la santé publique du Canada
Directeurs des sections	<p>Soins primaires et infections transmissibles sexuellement Marc Steben, M.D., FCFP, médecin-conseil, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec et Clinique des maladies de la vulve, Hôpital Notre-Dame, Centre hospitalier de l'Université de Montréal</p> <p>Diagnostic en laboratoire et infections transmissibles sexuellement Max Chernesky, Ph. D., professeur émérite, McMaster University</p> <p>Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques Mark Yudin, M.D., M. Sc., FRCSC, professeur adjoint, Université de Toronto; administrateur général, Département d'obstétrique et de gynécologie, St. Michael's Hospital</p> <p>Prise en charge et traitement d'infections spécifiques Barbara Romanowski, M.D., FRCPC, professeure de médecine clinique, Division des maladies infectieuses, Faculté de médecine et de médecine dentaire, Université de l'Alberta</p> <p>Populations spécifiques Rhonda Kropp, B. Sc. N., MPH, Chef, Analyse stratégique et transfert de connaissances, Section de la santé sexuelle et les infections transmises sexuellement, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada</p>
Membres	<p>Joanne Embree, M.D., FRCPC, départements de microbiologie médicale, de pédiatrie et de santé infantile, Université du Manitoba</p> <p>William Fisher, Ph. D., professeur, Département de psychologie et Département d'obstétrique et gynécologie, University of Western Ontario</p> <p>Cathy Latham-Carmanico, B. Sc. N., infirmière autorisée, Analyste, Développement des connaissances et de la recherche, Section de la santé sexuelle et les infections transmises sexuellement, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada</p> <p>Lai-King Ng, Ph. D., directeur du programme de bactériologie et des maladies entériques, Laboratoire national de microbiologie, Agence de la santé publique du Canada</p> <p>David Patrick, M.D., M. H. Sc., FRCPC, professeur agrégé, UBC Healthcare & Epidemiology; directeur, services d'épidémiologie, British Columbia Centre for Disease Control</p> <p>Michael Rekart, M.D., DTM & H., M. H. Sc., directeur, maîtrise du VIH/sida, British Columbia Centre for Disease Control</p> <p>Ameeta Singh, M.D., B.M.B.S., M. Sc., FRCPC, conseillère médicale en maladies infectieuses, Alberta Health and Wellness; professeure agrégée de clinique, Département de médecine, Université de l'Alberta; directrice médicale, Capital Health STD Centre</p>
Secrétariat	Allison Ringrose , B. H. Sc., Analyste de la prévention et de la recherche, Section de la santé sexuelle et les infections transmises sexuellement, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada

REMERCIEMENTS

Avec l'aide de la section Santé sexuelle et les infections transmises sexuellement, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada.

Rédacteur en chef : Dr. Tom Wong
Rédactrice en chef adjointe : Cathy Latham-Carmanico
Coordonnateur de la production : Robert Lerch
Soutien pour l'édition et la production : Tory Atwood, Barbara Jones, Leila Khalaf, Rhonda Kropp, Jacques Néron, Allison Ringrose, Dr. Maxim Trubnikov

Nous tenons à remercier tout spécialement **D^e Claude Laberge** ainsi que **D^r Marc Steben** et tous les membres du Comité scientifique sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang du Québec pour leur aide avec la validation scientifique et l'harmonisation de la version française des présentes lignes directrices.

Un grand nombre de professionnels de la santé de tout le Canada ont bénévolement accepté de rédiger certains chapitres des présentes lignes directrices. Nous remercions les personnes suivantes pour leur collaboration :

Fred Y. Aoki, M.D., professeur de médecine, membre de la section de microbiologie médicale et pharmacologie-thérapeutique, Section des maladies infectieuses chez l'adulte, faculté de médecine, Université du Manitoba, auteur du chapitre : Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS); **Max Chernesky**, Ph. D., professeur émérite, McMaster University, auteur du chapitre : Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement; **Francois Coultée**, chercheur clinique, Laboratoire de Virologie Moléculaire, Centre de Recherche, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Notre-Dame, co-auteur du chapitre : Infections génitales au virus du papillome humain (VPH); **Laurent Delorme**, M.D. CSPQ FRCPC, médecin microbiologiste infectiologue, Hôpital Charles-LeMoine, co-auteur du chapitre : Ulcérations génitales; **Francisco Diaz-Mitoma**, M.D., Ph. D., FRCPC, professeur et directeur, division de virologie, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Université d'Ottawa, co-auteur du chapitre : Ulcérations génitales; **Alex Ferenczy**, M.D., professeur de pathologie, d'obstétrique et de gynécologie, Université McGill, Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis, co-auteur du chapitre : Infections génitales au virus du papillome humain (VPH); **William A. Fisher**, Ph. D., professeur, départements de psychologie et d'obstétrique-gynécologie, University of Western Ontario, co-auteur du chapitre : Soins primaires et infections transmissibles sexuellement; **Sarah Forgie**, M.D. FRCPC, professeure adjointe, pédiatrie, division des maladies infectieuses, University of Alberta, directrice associée, lutte contre les infections, Stollery Children's Hospital and University of Alberta Hospital, co-auteure des chapitres : Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères, Agression sexuelle chez les adultes et adolescents pubères; **Eduardo L. Franco**, M.P.H., D^rPH, professeur titulaire d'une chaire James McGill d'épidémiologie et directeur d'oncologie, division de l'épidémiologie du cancer, Université McGill, co-auteur du chapitre : Infections génitales au virus du papillome humain (VPH); **Deana Funaro**, M.D., FRCPC dermatologie, professeure clinique à l'hôpital Notre-Dame et à l'hôpital Sainte-Justine, Université de Montréal, co-auteure du chapitre : Ulcérations génitales; **David Haase**, M.D., professeur, département de médecine, division des maladies infectieuses, Dalhousie University, auteur du chapitre : Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH); **Rhonda Kropp**, B.Sc.N., M.P.H., Chef, Analyse stratégique et transfert de connaissances, principale en santé publique, Section de la santé sexuelle et les infections transmises sexuellement, Division des infections acquises dans la collectivité, Agence de la santé publique du Canada, auteure des chapitres : Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)/femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes (FARFAH), Consommation de substances psychoactives, co-auteure du chapitre : Lymphogranulomatose

vénérienne (LGV); **Annie-Claude Labbé**, M.D., FRCPC, département de microbiologie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal, co-auteur du chapitre : Ulcérations génitales; **Cathy Latham-Carmanico**, Inf. aut., B.Sc.inf., analyste de recherche, Section de la santé sexuelle et les infections transmises sexuellement, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; **Janice Mann**, M.D., Conseillère principale en transfert des connaissances et en sujets cliniques, Communications et échange des connaissances, L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, auteure des chapitres : Détenus et délinquants, Lymphogranulomatose vénérienne (LGV); **Lynette J. Margesson**, M.D., FRCPC, professeure adjointe d'obstétrique-gynécologie et de médecine (dermatologie) à la Dartmouth Medical School, co-auteur du chapitre : Ulcérations génitales; **Deborah M. Money**, M.D., FRCSC, professeure agrégée, University of British Columbia, B.C. Women's Hospital, co-auteur du chapitre : Femmes enceintes; **Gina Olgilvie**, M.D., M. Sc., University of British Columbia, Vancouver, auteure du chapitre : Urétrite; **Ron Read**, M.D., directeur, maladies infectieuses, département de médecine, de microbiologie et de maladies infectieuses, University of Calgary/Calgary Health Region, auteur du chapitre : Infections au virus de l'hépatite B; **Michael L. Rekart**, M.D., DTM&H, MHSc, directeur, lutte contre le VIH/sida, British Columbia Centre for Disease Control, auteur du chapitre : Travailleurs de l'industrie du sexe; **Barbara Romanowski**, M.D., FRCPC, professeure clinique de médecine, division des maladies infectieuses, faculté de médecine et de médecine dentaire, Université de l'Alberta, auteure des chapitres : Infestations ectoparasitaires, Infections gonococciques; **Allan Ronald**, M.D., professeur émérite distingué, Université du Manitoba, auteur du chapitre : Chancre mou; **Shelly Sarwal**, M.D., M. Sc., FRCPC, médecin hygiéniste en chef, Nova Scotia Department of Health, auteure du chapitre : Pertes vaginales; Agence de la santé publique du Canada, auteure du chapitre : Soins primaires et infections transmissibles sexuellement; **Rita Shahin**, M.D., Toronto Public Health, auteure du chapitre : Voyageurs; **Ameeta Singh**, B.M.B.S., M. Sc., FRCPC, conseillère médicale en maladies infectieuses, Alberta Health and Wellness; professeure agrégée de clinique, Département de médecine, University of Alberta; directrice médicale, Capital Health STD Centre, auteure des chapitres : Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères, Agression sexuelle chez les adultes et adolescents pubères, Syphilis; **Marc Steben**, M.D., médecin-conseil, Direction risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec et clinique des maladies de la vulve, Hôpital Notre-Dame Centre hospitalier de l'Université de Montréal, auteur des chapitres : Infections génitales au virus du papillome humain (VPH), Ulcérations génitales, Soins primaires et infections transmissibles sexuellement; **Bruno Turmel**, M.D., médecin-conseil, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, auteur des chapitres : Épididymite, Prostatite, Infections intestinales et entériques transmises sexuellement; **Julie van Schalkwyk**, M.D., M. Sc., FRCSC, professeure clinique adjointe, département d'obstétrique et gynécologie, University of British Columbia, auteure du chapitre : Femmes enceintes; **Tom Wong**, M.D., M.P.H., FRCPC, directeur, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, co-auteur des chapitres : Infections à Chlamydia; Immigrants et réfugiés; **Mark H. Yudin**, M.D., M. Sc., FRCSC, professeur adjoint, University of Toronto; administrateur général, département d'obstétrique et de gynécologie, St. Michael's Hospital, auteur du chapitre : Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP), co-auteur du chapitre : Urétrite.

Nous remercions les personnes suivantes d'avoir consacré du temps comme évaluateurs externes des chapitres des lignes directrices :

Robert Brunham, M.D., directeur des affaires médicales et universitaires, BC Centre for Disease Control, directeur, UBC Centre for Disease Control, professeur de médecine, Division des maladies infectieuses, University of British Columbia; **Susan Comay**, M.D., directrice médicale, Service des agressions sexuelles, BC Women's Hospital; **Curtis Cooper**, M.D., FRCPC, Université d'Ottawa; **Francisco Diaz-Mitoma**, M.D., Ph. D., FRCPC, professeur et directeur, Division de virologie, Children's Hospital of Eastern Ontario, Université d'Ottawa; **Harold Dion**, M.D., CCFP, FCFP, Clinique médicale l'Actuel, directeur du conseil d'administration, Collège québécois des médecins de famille; **Shelia Dunn**, M.D., CCFP(EM), Université de Toronto, Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre; **Alex Ferenczy**, M.D., professeur de pathologie, d'obstétrique et de gynécologie, Université McGill, Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis; David Fisman, M.D., MPH, chercheur invité du Center for Health and Wellbeing, Woodrow Wilson School, Université de Princeton; **Jennifer Geduld**, directrice, Section Surveillance du VIH/sida, CPCMI, Division de surveillance et d'évaluation des risques, épidémiologie et surveillance du sida, Agence de la santé publique du Canada; **Mary Gordon**, M.D., Centre de santé sexualité, Santé publique Ottawa; **Kevin Gough**, M.D., FRCPC, M. Ed.,

St. Michael's Hospital, Université de Toronto; **Andree Gruslin**, M.D., FRCS, directeur du programme d'études supérieures, professeur adjoint, médecine maternelle-fœtale, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université d'Ottawa; **Hunter Handsfield**, M.D., professeur de médecine, Université de Washington, Center for AIDS and Sexually Transmitted Diseases; **Sandra Hooper**, RN(EC), M. Sc. N., infirmière praticienne, Centre de santé sexuelle, santé publique d'Ottawa; **Robbi Howlett**, M. A. Sc., Ph. D. (candidat), directeur, programme de dépistage des affections du col de l'Ontario, Division de l'oncologie préventive, Cancer Care Ontario; **Gaya Jayaraman**, Ph. D., MPH, directrice, Section de la surveillance et de l'Épidémiologie sur le Hépatite C et les infections transmises sexuellement, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; **Sari Kives**, M.D., Université de Toronto, St. Michael's Hospital; **Claude Laberge**, M.D., Service de lutte contre les ITSS, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; **Gilles Lambert**, M.D., Institut national de santé publique du Québec; **Debbie Lindsay**, M.D., Université du Manitoba, Centre de protection de l'enfance, Centre des sciences de la santé; **Noni MacDonald**, M.D., M. Sc., FRCPC, Université de Dalhousie, IWK Health Centre; **Louisa MacKenzie**, M.D., FRCPC, DTMH, Calgary Refugee Health Program, Margaret Chisholm Resettlement Centre; **Lorette Madore**, RN, DPHN, BN, superviseure, services cliniques, Healthy Sexuality and Risk Reduction Program, Santé publique d'Ottawa; **Cheryl Main**, MD, FRCPC, Professeur adjoint, Département de Pathologie et de Médecine Moléculaire, Université McMaster; **Nathalie Mondain**, Ph. D., Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal; **Deborah Money**, M.D., FRCSC, professeure agrégée, University of British Columbia, BC Women's Hospital; **Curtis Nickel**, M.D., professeur d'urologie, Queen's University; **Gina Ogilvie**, M.D., M. Sc., University of British Columbia; **Caroline Paquet**, M. Sc., professeure de profession de sage-femme, Université du Québec à Trois-Rivières; **Gordon Phaneuf**, directeur des initiatives stratégiques, Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada; **Raphael Saginur**, M.D., FRCPC, Hôpital d'Ottawa et Université d'Ottawa; **John Sellors**, M.D., conseiller médical principal, santé reproductive, PATH; **Alberto Severini**, M.D., Laboratoire national de microbiologie, Agence de la santé publique du Canada; **Stephen Shafran**, M.D., FRCPC, professeur et directeur, Division des maladies infectieuses, Département de médecine, Université de l'Alberta; **Rita Shahin**, M.D., Toronto Public Health; **Brenna Shearer-Hood**, MSA(HSA), BMR (OT), Cancer Care Manitoba; **Jonathan Smith**, M. Sc., épidémiologiste, National Infectious Disease Program, Direction générale des services d'hygiène, Service correctionnel du Canada; **Gwen Stephens**, M.D., FRCPC, Département de pathologie et laboratoire de médecine, University of British Columbia; **Jill Timmouth**, M.D., Ph. D., Sunnybrook and Women's Health Sciences Centre, Université de Toronto; **Baldwin Toye**, M.D., FRCPC, directeur, Division de microbiologie, Hôpital d'Ottawa, Université d'Ottawa; **Sharonie Valin**, M.D., CCFP, M. H. Sc., North York General Hospital, Women's College Hospital, Bay Centre for Birth Control; **Heidi Wood**, Ph. D., directrice, Section diagnostic, zoonoses et chlamydia, Laboratoire national de microbiologie, Agence de la santé publique du Canada.

INTRODUCTION

Ces lignes directrices visent à servir de ressource aux cliniciens et aux professionnels de la santé publique, en particulier le personnel infirmier et les médecins, en matière de prévention et de prise en charge des ITS auprès de diverses populations de patients, notamment les nouveau-nés, les enfants, adolescents et les adultes.

Depuis la publication des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2006, le Groupe de travail d'experts (GTE) sur ces lignes directrices, composé de spécialistes en matière des infections transmissibles sexuellement (ITS) dans les domaines de la médecine, des sciences infirmières, des laboratoires, de la santé publique et de la recherche, a bénévolement offert son temps et consacré ses efforts, à titre d'auteur et d'examineur, afin de rédiger des recommandations actualisées et fondées sur des données probantes relatives à la prévention, au diagnostic, au traitement et à la gestion des ITS au Canada. Le contenu des *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* en vigueur reflète les nouveaux enjeux et souligne les changements survenus dans la documentation sur les ITS depuis la publication des lignes directrices en 2006. Les lignes directrices du présent document reflètent les points de vue du Groupe de travail d'experts sur les lignes directrices canadiennes pour les infections transmissibles sexuellement. Elles doivent donc être interprétées *non* comme des règlements, mais comme des recommandations.

Le Canada est un des signataires de la stratégie mondiale de l'OMS pour 2006-2015 concernant la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement, qui soutient que la prévention et le contrôle des ITS doivent être rattachés aux programmes et aux services de prévention du VIH et de santé sexuelle et génésique. La stratégie met également en évidence la nécessité de collaborer à divers niveaux et suivant des programmes variés de prestation de services, afin de joindre et toucher le maximum de personnes vulnérables aux ITS ou au VIH et à d'autres maladies transmissibles.

Les praticiens devraient être au courant des nouvelles recherches qui lient les ITS aux maladies chroniques évitables, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, notamment les cancers. Les fournisseurs de soins primaires sont bien placés pour offrir des services de dépistage, de diagnostic, de gestion et de traitement à un grand nombre de leurs patients. En offrant un pareil continuum de services relatifs aux ITS, les fournisseurs de soins primaires ont la possibilité d'affecter considérablement la prévention et le contrôle des maladies chroniques à long terme.

Développements futurs

Comme dans de nombreux autres domaines du secteur de la santé, l'innovation et le développement font partie de l'ensemble des connaissances et des outils utilisés dans la prévention, le traitement et la gestion des maladies et des infections. Nous vous recommandons de consulter divers mécanismes et sources afin de poursuivre et d'améliorer votre pratique clinique.

Lignes Directrices Canadiennes sur les ITS : Un nouveau « look »

La version reliée actuelle des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement contient toutes les mises à jour qui ont été apportées à l'édition 2006 et qui sont présentement affichées sur le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). La même division des sections, le même ordre et la même présentation des chapitres que ceux dans la version reliée précédente ont été respectés.

Un index général a été ajouté à la fin des lignes directrices mettant en évidence les mots clés figurant dans les sections, et ensuite un index propre aux chapitres et aux pages a été inséré à la fin de chacune des sections.

La pagination des lignes directrices est maintenant par chapitre, et l'index propre aux sections témoigne de ce changement. Ces changements devraient faciliter la publication des mises à jour semestrielles des lignes directrices, et un processus de recherche dans l'index à deux étapes (chapitre et page) aidera les lecteurs à s'orienter plus facilement et plus rapidement dans les lignes directrices. Le passage à une version reliée devrait aboutir à faire des lignes directrices un document vivant qui reflète les données probantes disponibles les plus récentes, et rendre la production et la diffusion des mises à jour plus rapides et plus écologiques.

Références pour les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement sont disponible à l'adresse suivante : www.santepublique.ca/its

Nécessité de renforcer la prévention

Au Canada, trois ITS sont à déclaration obligatoire à l'échelle nationale : l'infection à *Chlamydia*, la gonorrhée et la syphilis infectieuse. Depuis 1997, ces trois infections enregistrent une augmentation constante de taux d'incidence. Ce phénomène n'est pas particulier au Canada; d'autres pays, y compris les États-Unis et le Royaume-Uni, ont rapporté des tendances similaires^{1,2}. Des programmes ciblés de recherche et de surveillance accrue sont requis pour déterminer les facteurs qui peuvent affecter ces tendances. Parmi ces facteurs éventuels, notons :

- l'introduction et la mise en œuvre des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN);
- la possibilité que certaines personnes ne veulent plus pratiquer des relations sexuelles plus sécuritaires;
- les innovations apportées au traitement anti-VIH (ex. : traitement antirétroviral hautement actif - HAART), suscitant chez certaines personnes un optimisme relié au traitement;
- les conditions moins qu'optimales auxquelles font face les jeunes quant à la sensibilisation aux risques et le manque de connaissances sur les comportements relatifs à la réduction des risques³;
- les jeunes ont des relations sexuelles à un âge précoce, avec une fréquence élevée des relations monogames en série;
- le fait que les gens continuent d'avoir des relations sexuelles jusqu'à un âge avancé;
- le manque de connaissances de la population générale sur les modes de transmission des ITS associés aux activités sexuelles (génitales, anales et oro-génitales);
- la consommation de drogues comme l'ecstasy et la méthamphétamine (*glace* ou *crystal meth*), qui semble d'être de plus en plus liée à des comportements sexuels à risque⁴;
- le fait qu'un nombre croissant de personnes utilisent des moyens anonymes, comme le réseau Internet, pour trouver des partenaires.

En étant au courant des tendances concernant le risque relatif aux ITS, des facteurs de risque et des populations affectées, les professionnels de soins primaires et de santé publique sont mieux en mesure de prodiguer des services aux patients et de leur donner des informations pertinentes et complémentaires, à l'échelle individuelle et communautaire.

Il est impossible d'aborder la prévention et contrôle des ITS sans avoir un minimum d'ouverture d'esprit. La prise en charge médicale appropriée des cas d'ITS ne représente qu'une partie du casse-tête. En effet, des activités de prévention primaire et secondaire sont primordiales pour réduire l'incidence (infections nouvellement acquises) et la prévalence (nombre de cas) des ITS. La prévention primaire vise à prévenir l'exposition en identifiant les personnes à risque, en procédant à des évaluations approfondies et en offrant de l'éducation et du counselling axé sur le patient⁵. La prévention secondaire a pour but de réduire la prévalence des ITS en détectant les infections chez les populations à risque, en offrant le counselling, en assurant la notification aux partenaires et en traitant les personnes infectées et leurs partenaires rapidement; il s'agit ainsi de prévenir ou de limiter la propagation subséquente de l'infection⁵.

Le fardeau de la maladie et les complications éventuelles associées aux ITS sont des aspects importants dont les professionnels de la santé et les décideurs doivent tenir compte. La présence d'une infection aiguë peut augmenter le risque de coinfection : par exemple, tout ulcère dû à une infection telle que la syphilis peut augmenter significativement le risque d'acquérir et de transmettre une infection au VIH. Chez les femmes, les séquelles d'infections non traitées comme l'infection à *Chlamydia* ou la gonorrhée peuvent comprendre les atteintes inflammatoires pelviennes, les douleurs pelviennes chroniques, les grossesses ectopiques et l'infertilité. Dernièrement, de plus en plus de données probantes corroborent le lien qui existe entre les infections persistantes au virus du papillome humain (VPH) et la dysplasie et le cancer du col utérin.

En nous efforçant de répondre aux besoins physiologiques des patients, nous devons aussi être en mesure de prêter l'attention à leurs besoins psychologiques. Les ITS chroniques d'origine virale peuvent avoir des effets nuisibles et persistants sur le bien-être psychologique des patients. Les nombreuses séquelles possibles des ITS mettent en évidence la nécessité de mettre en œuvre des méthodes de prévention plus efficaces.

DEGRÉ ET QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES CONCERNANT LES RECOMMANDATIONS THÉRAPEUTIQUES

Cette version mise à jour contient les mêmes degrés d'indicateurs de recommandation et de qualité des données probantes que ceux dans les recommandations relatives au traitement de l'édition 2006.

Tableau 1. Degrés de recommandation
(Adaptation de R.P. Harris et coll.⁶)

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

Tableau 2. Qualité des données probantes
(Adaptation simplifiée de R.P. Harris et coll.⁶ et de P.A. Gross et coll.⁷)

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

CONSIDÉRATIONS IMPORTANTES À L'INTENTION DES USAGERS DES LIGNES DIRECTRICES

Le GTE et l'ASPC reconnaissent que les conseils et recommandations du présent document sont basés sur les meilleures connaissances scientifiques et pratiques médicales actuellement disponibles; ils le diffusent à titre de document d'information pour les professionnels cliniques et de la santé publique.

Bien que ces lignes directrices se fondent sur les données probantes et la pratique clinique courantes, la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge des ITS sont en constante évolution. Le Groupe de travail d'experts et l'ASPC mettront régulièrement à jour l'information et les recommandations qui figurent dans les *Lignes directrices*. Les lecteurs sont invités à consulter le site Web de l'ASPC (<http://www.santepublique.gc.ca/its>) pour les mises à jour régulières des chapitres. En 2008, une base de données électronique sera élaborée pour informer les utilisateurs des *Lignes directrices* des mises à jour et des enjeux qui suivent. Si vous souhaitez être avisé des prochaines mises à jour ou présenter vos commentaires sur l'utilisation des lignes directrices, nous vous prions de remplir le formulaire qui figure au début du document et de le retourner à l'Agence de la santé publique du Canada par courriel ou par télécopieur, tel qu'il est inscrit dans le formulaire.

Les personnes qui s'occupent de l'administration ou la distribution des médicaments, des vaccins ou d'autres produits devraient par ailleurs prendre connaissance de la monographie de chacun de ces produits, des normes approuvées ou du mode d'emploi fourni par le fabricant autorisé. Les recommandations d'emploi et les autres renseignements contenus dans les présentes lignes directrices peuvent différer de ceux des monographies des produits, des autres normes approuvées ou des modes d'emploi. Pour obtenir les approbations nécessaires, les fabricants ont fourni des preuves de l'innocuité et de l'efficacité de leurs produits, lesquelles sont valables uniquement si les produits sont utilisés conformément à leur monographie, à d'autres normes approuvées ou aux modes d'emploi.

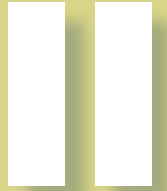
Les professionnels de la santé doivent signaler les effets indésirables des médicaments au Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments (PCSEIM) de Santé Canada. Pour les spécifications et les normes de déclaration, consulter les directives du PCSEIM.

Même si le présent document traite des enjeux clés relatifs à la prévention, au diagnostic, au traitement et à la prise en charge de la plupart des ITS fréquentes, les présentes lignes directrices n'ont pas pour but d'offrir des recommandations complètes quant au traitement et à la prise en charge du VIH et de l'hépatite C. Si vos patients sont atteints de ces infections, que celles-ci se présentent sous forme d'infection primaire ou de coinfection, nous vous suggérons de consulter d'autres ressources (les documents ci-dessous), notamment des collègues ayant une expertise dans le domaine :

D.B. Strader, T. Wright, D.L. Thomas et L.B. Seeff. « AASLD practice guideline: Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C », *Hepatology*, vol. 39, 2004, p. 1147-1171.

U.S. Department of Health and Human Services, Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection. *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-infected Adults and Adolescents*. Disponible à l'adresse: <http://www.aidsinfo.nih.gov/Guidelines/GuidelineDetail.aspx?MenuItem=Guidelines&Search=Off&GuidelineID=7&ClassID=1> Consulté le 19 décembre 2007.

Soins primaires et infections transmissibles sexuellement



Évaluer la raison motivant la consultation

Connaître les facteurs de risque
et l'épidémiologie des ITS

Effectuer une brève évaluation des antécédents
et des comportements à risque du patient

Offrir le counselling et l'éducation
à la santé axés sur le patient

Procéder à un examen physique

Choisir les tests de dépistage et les
tests de détection adéquats

Poser un diagnostic en fonction d'un syndrome
ou d'un micro-organisme, et offrir du
counselling post-test

Prescrire un traitement

Effectuer la déclaration obligatoire à la santé
publique et la notification aux partenaires

Prendre en charge les
comorbidités et les risques associés

Faire un suivi

Soins primaires et infections transmissibles sexuellement

janvier 2008

Évaluer la raison motivant la consultation	2
Connaître les facteurs de risque et l'épidémiologie des ITS	3
Effectuer une brève évaluation des antécédents et des comportements à risque du patient	6
Offrir le counselling et l'éducation à la santé axés sur le patient	10
Procéder à un examen physique	15
Choisir les tests de dépistage et les tests de détection adéquats	16
Poser un diagnostic en fonction d'un syndrome ou d'un micro-organisme, et offrir du counselling post-test	16
Prescrire un traitement	17
Effectuer la déclaration obligatoire à la santé publique et la notification aux partenaires	18
Prendre en charge les comorbidités et les risques associés	23
Faire un suivi	23

SOINS PRIMAIRES ET INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Prévention, diagnostic et prise en charge clinique, en soins primaires, des infections transmissibles sexuellement

Les risques relatifs aux infections transmissibles sexuellement (ITS) varient d'une personne à l'autre et devraient être considérés par les professionnels de la santé comme un processus dynamique au cours de la vie des patients.

- Seule une évaluation adéquate permet de déterminer le risque encouru par un patient en matière d'ITS.
- Les présomptions et les déductions au sujet du risque des patients relatif aux ITS peuvent s'avérer inexactes.
- Les personnes qui ne sont pas sexuellement actives peuvent néanmoins être informées des risques relatifs aux ITS à l'occasion d'une visite de routine.

Les prestataires de soins primaires peuvent intégrer la prévention primaire et secondaire des ITS dans le cadre des soins de routine donnés aux patients de la façon suivante :

- évaluer les comportements à risque pour les ITS et en discuter avec eux;
- les informer des signes et des symptômes des ITS (et de l'absence de ceux-ci);
- les aider à reconnaître les risques d'ITS et à les réduire;
- leur offrir du counselling axé sur leurs besoins;
- leur proposer, s'il y a lieu, l'immunisation contre l'hépatite A (VHA) et l'hépatite B (VHB);
- leur proposer des examens de dépistage des ITS et des tests;
- prescrire le traitement approprié, faire le suivi et le counselling des patients infectés et de leurs partenaires.

Le présent chapitre offre un aperçu général des meilleures pratiques de prévention et de prise en charge clinique des ITS dans le contexte des soins primaires. Il renferme des recommandations pour l'évaluation, le counselling, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des ITS, y compris la notification aux partenaires et la déclaration obligatoire à la santé publique.

La prévention et la prise en charge efficaces des ITS nécessitent l'intégration des éléments suivants de la part des professionnels de la santé :

1. évaluer la raison motivant la consultation
2. connaître les facteurs de risque et l'épidémiologie des ITS
3. effectuer une brève évaluation des antécédents et comportements à risque du patient en matière d'ITS
4. offrir le counselling et l'éducation à la santé axés sur le patient
5. procéder à un examen physique
6. choisir les tests de dépistage et les tests de détection adéquats
7. poser un diagnostic en fonction d'un syndrome ou d'un micro-organisme, et offrir du counselling post-test
8. prescrire un traitement
9. effectuer la déclaration obligatoire à la santé publique et la notification aux partenaires
10. prendre en charge les comorbidités et les risques associés
11. faire un suivi

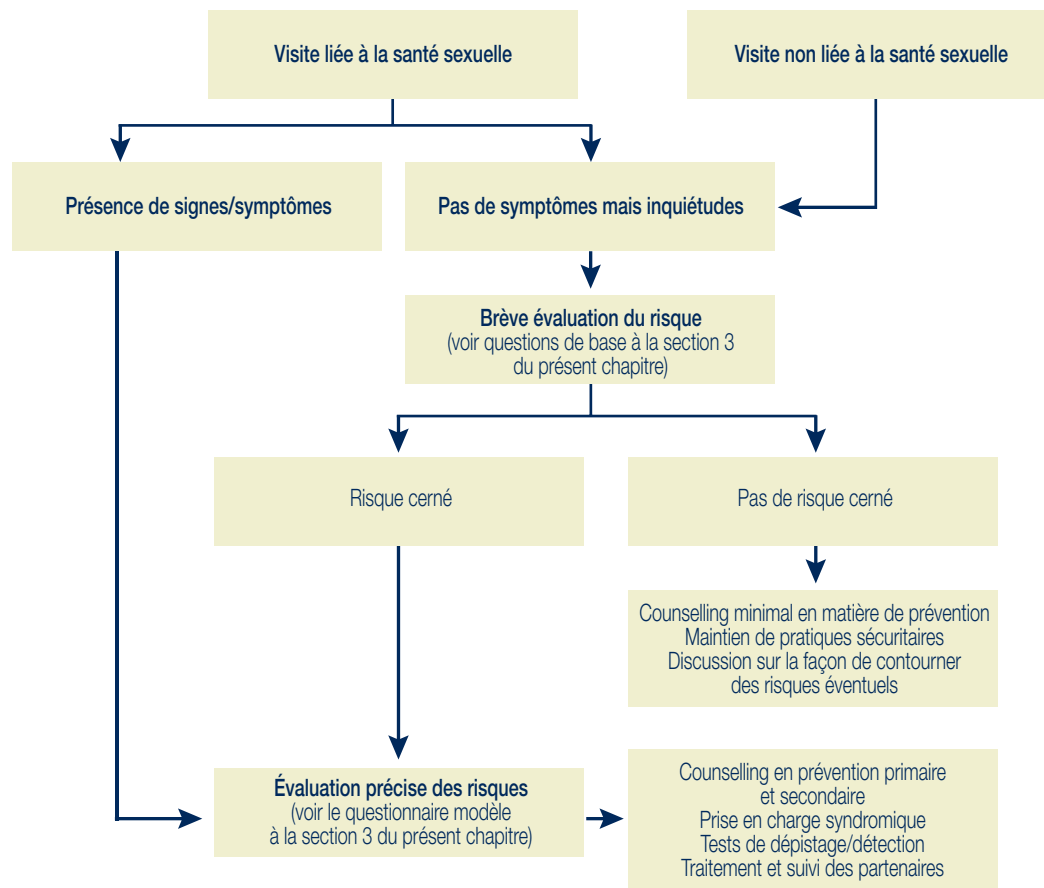
Chacun de ces éléments est présenté de façon détaillée ci-dessous.

1. Évaluer la raison motivant la consultation

Des patients consultent souvent un médecin pour des raisons non liées à leur santé sexuelle alors qu'ils présentent un risque d'ITS et bénéficieraient d'une intervention visant à déterminer et à mettre en lumière leurs facteurs de risque. Par exemple, les consultations au sujet du choix d'une méthode contraceptive touchent souvent à la prévention et au dépistage des ITS; la prise en charge de la contraception et des risques associés aux ITS sont en effet liées. Une consultation sur le choix d'une méthode contraceptive constitue un moment idéal pour évaluer les risques d'ITS des patients et en discuter avec eux. Le type de risque d'ITS que présente un patient influence également le choix d'une méthode contraceptive appropriée.

Dans certains cas, les patients peuvent consulter un médecin à cause de signes ou de symptômes possiblement associés à une ITS, pour passer des tests sur les ITS ou pour discuter de questions de prévention. Le fait d'identifier des personnes préoccupées par les ITS, exposées à un risque d'ITS ou atteintes d'une ITS rend propice une discussion sur les obstacles à la réduction du risque et les moyens de les surmonter.

Figure 1. Évaluation du risque d'ITS en soins primaires



2. Connaître les facteurs de risque et l'épidémiologie des ITS

Pour déterminer le risque d'ITS chez un patient, le professionnel de la santé a besoin de comprendre les tendances épidémiologiques des ITS, de même que les facteurs de risque associés à la transmission et à l'acquisition de ces dernières. Les principales tendances épidémiologiques des ITS bactériennes et virales au Canada, ainsi que les facteurs de risque d'ITS, sont résumés au *tableau 1* ci-dessous.

Tableau 1. Épidémiologie des ITS au Canada

Infection	Fréquence en pratique clinique	Tendances de l'incidence	Personnes les plus touchées
<i>Chlamydia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ITS bactérienne la plus souvent diagnostiquée et signalée • Nombre de cas signalés au Canada en 2002 : 56 241 • Nombre de cas signalés au Canada en 2006 : 65 000 (données préliminaires)* 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation constante au Canada depuis 1997 	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans • Jeunes hommes âgés de 20 à 29 ans
Gonorrhée	<ul style="list-style-type: none"> • Deuxième ITS bactérienne la plus souvent diagnostiquée et signalée • Nombre de cas signalés au Canada en 2002 : 7 367 • Nombre de cas signalés au Canada en 2006 : 10 808 (données préliminaires)* 	<ul style="list-style-type: none"> • De 1997 à 2004, les taux ont augmentés de 94 % (données préliminaires)* • La résistance aux quinolones a augmenté, passant de < 1 % au début des années 1990 à 15,7 % en 2005 (taux national)† 	<ul style="list-style-type: none"> • Les hommes représentent deux tiers des cas signalés • Augmentation chez les HARSAH • Jeunes hommes âgés de 20 à 29 ans • Jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans
Syphilis infectieuse	<ul style="list-style-type: none"> • Autrefois rare au Canada • Nombre de cas signalés au Canada en 2002 : 463 • Nombre de cas signalés au Canada en 2006 : 1 493 (données préliminaires)* 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation substantielle au pays depuis 1997 à cause de flambées régionales dans tout le Canada 	<ul style="list-style-type: none"> • HARSAH (VIH+ et VIH-) âgés de 30 à 39 ans • Travailleurs de l'industrie du sexe et leurs clients • Acquisition dans les régions endémiques
Chancre mou	<ul style="list-style-type: none"> • De plus en plus rare au Canada 	<ul style="list-style-type: none"> • Stable 	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition dans les régions endémiques
Granulome inguinal	<ul style="list-style-type: none"> • De plus en plus rare au Canada 	<ul style="list-style-type: none"> • Stable 	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition dans les régions endémiques
Lympho-granulomatose vénérienne	<ul style="list-style-type: none"> • Autrefois rare au Canada 	<ul style="list-style-type: none"> • Inconnue • Les flambées récentes au Canada ont forcé la création et l'application d'un système de surveillance accrue 	<ul style="list-style-type: none"> • HARSAH • Acquisition dans les régions endémiques

HARSAH = homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; ITS = infection transmissible sexuellement

† = Laboratoire national de microbiologie, Agence de la santé publique du Canada, données non publiées, 2005.

* Les données sont préliminaires et susceptibles d'être modifiées. Section de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des infections acquises dans la collectivité, Agence de la santé publique du Canada, données publiées, 2006.

Tableau 1. Épidémiologie des ITS au Canada (suite)

Infection	Fréquence en pratique clinique	Tendances de l'incidence	Personnes les plus touchées
Virus du papillome humain (VPH)	<ul style="list-style-type: none"> • Très fréquent : 70 % de la population adulte attrape au moins une infection génitale au VPH pendant sa vie 	<ul style="list-style-type: none"> • L'incidence réelle n'est pas connue, car le VPH n'est pas une maladie à déclaration obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Hommes et femmes, adolescents ou jeunes adultes (il frappe aussi bien les hommes que les femmes, et ce, quel que soit leur âge).
Herpès génital (VHS-1 et VHS-2)	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquent 	<ul style="list-style-type: none"> • L'incidence réelle n'est pas connue, car le VHS n'est pas une maladie à déclaration obligatoire • Les études de séroprévalence indiquent des taux d'au moins 20 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Très fréquent chez les adolescents et les adultes, hommes ou femmes • Les femmes sont plus touchées que les hommes
VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Rare en médecine générale • Nombre de cas signalés au Canada en 2004 : 2 529 	<ul style="list-style-type: none"> • De 2000 à 2004, augmentation de 20 % du nombre de rapports de tests séropositifs au Canada 	<ul style="list-style-type: none"> • HARSAH • Acquisition dans les régions endémiques • Utilisateurs de drogues injectables • Jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans
Hépatite B	<ul style="list-style-type: none"> • Faible à modérée en médecine générale; varie selon les populations • Environ 700 cas aigus par an au Canada 	<ul style="list-style-type: none"> • La fréquence de l'hépatite B aiguë est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes • Les taux d'incidence les plus élevés se trouvent dans le groupe d'âge des 30-39 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Nourrissons dont la mère est positive pour l'antigène HBs • Utilisateurs de drogues injectables qui partagent leur matériel • Personnes ayant plusieurs partenaires sexuels • Acquisition dans les régions endémiques • Contacts sexuels ou personnes vivant sous le même toit d'un cas aigu ou chronique

Antigène HBs = antigène de surface de l'hépatite B; VPH = virus du papillome humain; VHS = virus Herpes simplex

Remarque : Pour des renseignements épidémiologiques plus récents, consulter le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada :

- <http://www.santépublique.gc.ca/its>
- http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac1204/index_f.html
- http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/31s2/index_f.html

Facteurs de risque des ITS

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

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

3. Effectuer une brève évaluation des antécédents et des comportements à risque du patient

Principes généraux

- Demander des renseignements avec simplicité, sans préjugés, en employant des termes compréhensibles pour le patient.
- L'évaluation des antécédents devrait porter sur les points suivants :
 - symptômes génitaux associés aux ITS (pertes, dysurie, douleurs abdominales, douleurs testiculaires, éruptions, lésions);
 - symptômes systémiques associés aux ITS (fièvre, perte de poids, adénopathie);
 - facteurs de risque personnels et prévention (utilisation du condom, vaccination contre l'hépatite B et, pour les personnes à risque, contre l'hépatite A);
 - conscience d'un risque accru d'ITS par le patient;
 - autres éléments pertinents, notamment les pharmacothérapies et les allergies, et le suivi de problèmes antérieurs.

- Une brève évaluation des risques devrait permettre de cerner ou d'exclure rapidement les principaux facteurs de risque d'ITS. À cet égard, voici quelques énoncés qui pourraient être utiles :

- « Une partie de mon travail consiste à évaluer les problèmes de la santé sexuelle et reproduction. Bien sûr, tout ce dont nous discutons aujourd'hui demeure strictement confidentiel. Si vous êtes d'accord, je voudrais vous poser quelques questions à ce sujet. »
 - « Êtes-vous actuellement sexuellement actif ou l'avez-vous été ? Cela comprend le sexe oral ou anal, et non seulement les relations sexuelles génitales. »
 - « Avez-vous des symptômes qui vous font soupçonner la présence d'une ITS ? Avez-vous des ulcérations génitales ? Ressentez-vous des douleurs ou des brûlures lorsque vous urinez ? Avez-vous remarqué un écoulement inhabituel du pénis, du vagin ou de l'anus ? Ressentez-vous des douleurs pendant vos relations sexuelles ? »
 - « Qu'est ce que vous faites pour éviter de tomber enceinte ? (Vous ou votre partenaire utilisez-vous une méthode contraceptive ?) »
 - « Quelles mesures prenez-vous pour vous protéger des ITS y compris le VIH ? »
 - « Avez-vous des inquiétudes concernant la violence ou l'abus dans votre relation ou lors des relations sexuelles avec votre partenaire ? »
 - « Vous ou vos partenaires avez-vous déjà utilisé des drogues injectables ou d'autres drogues, par exemple de la méthamphétamine (« crystal meth ou glace ») ? »
- Aux femmes, demandez :
 - « À quand remontent vos dernières menstruations ? »
 - « À quand remonte votre dernier test Pap ? »

Effectuer une évaluation précise du risque

Tout patient exposé à un facteur de risque d'ITS en raison de sa situation actuelle ou de ses antécédents devrait être évalué de façon plus détaillée. Le questionnaire d'évaluation précise du risque d'ITS (tableau 2) peut servir de guide pratique pour aider les cliniciens à mieux évaluer les facteurs de risque d'un patient et ses comportements, ainsi qu'à guider le counselling du patient et les recommandations de dépistage.

Tableau 2. Questionnaire d'évaluation du risque d'ITS'

Catégorie et éléments	Questions importantes pour guider l'évaluation
<p>Relations</p> <p>Situation actuelle</p> <p>Déterminer les inquiétudes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous un(e) partenaire sexuel(le) stable ? • Si oui, depuis combien de temps êtes-vous en relation avec cette personne ? • Éprouvez-vous des inquiétudes quant à votre relation ? • Si oui, lesquelles (ex. : crainte de violence, d'abus, de coercition) ?
<p>Comportements sexuels à risque</p> <p>Nombre de partenaires</p> <p>Préférences, orientation sexuelles</p> <p>Activités sexuelles</p> <p>Évaluation du risque personnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • À quand remonte votre dernier contact sexuel ? Était-ce avec votre partenaire habituel(le) ou avec un(e) autre ? • Combien de partenaires sexuel(le)s avez-vous eu(e)s au cours des deux derniers mois ? au cours de la dernière année ? • Vos partenaires sont-ils des hommes, des femmes ou les deux ? • Pratiquez-vous le sexe oral ? (embrasser votre partenaire sur ses parties génitales ou son anus) ? • Pratique t-on sur vous le sexe oral ? • Pratiquez-vous la pénétration ? (pénétrez-vous vos partenaires dans le vagin ou l'anus ou vos partenaires pénètrent-ils votre vagin ou votre anus ?) • L'un ou l'une de vos partenaires sexuels viennent-ils d'autres pays que le Canada ? Si oui, de quels pays et à quand remonte votre dernier contact sexuel avec lui ou elle(s) ? • Dans quelles circonstances rencontrez-vous vos partenaires sexuel(le)s (en voyage, dans les saunas, sur Internet) ? • Utilisez-vous des condoms toujours, parfois ou jamais ? • Qu'est-ce qui influence votre choix de vous protéger ou pas ? • Si vous deviez évaluer vos risques d'ITS, diriez-vous que vous n'êtes exposé(e) à aucun risque ? à faible risque ? à moyen risque ? ou à risque élevé ? Pourquoi ?
<p>Antécédents en matière d'ITS</p> <p>Dépistages antérieurs d'ITS</p> <p>Antécédents d'ITS</p> <p>Inquiétudes actuelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà passé des tests de dépistage d'ITS ou du VIH ? Si oui, à quand remonte le dernier test ? • Avez-vous déjà eu une ITS dans le passé ? Si oui, laquelle et quand ? • À quand remonte votre dernier contact sexuel qui a suscité une inquiétude ? • Avez-vous des symptômes ? Si oui, quand sont-ils apparus ?

Tableau 2. Questionnaire d'évaluation du risque d'ITS' (suite)

Catégorie et éléments	Questions importantes pour guider l'évaluation
<p>Antécédents en matière de santé reproductive</p> <p>Contraception</p> <p>Problèmes reproductifs connus</p> <p>Test Pap</p> <p>Grossesse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vous ou votre partenaire utilisez-vous une méthode de contraception ? Si oui, laquelle ? Si non, pourquoi ? • Avez-vous des problèmes particuliers liés à votre méthode de choix ? • Avez-vous déjà eu des problèmes de santé reproductive ? Si oui, lesquels ? quand ? • Avez-vous déjà obtenu des résultats anormaux au test Pap ? Si oui, lesquels ? quand ? • Avez-vous déjà été enceinte ? Si oui, combien de fois ? Quel en a été le(s) résultat(s) (nombre de naissances, d'avortements ou de fausses-couches) ?
<p>Consommation de substances psychoactives</p> <p>Partage du matériel d'injection</p> <p>Relations sexuelles avec facultés altérées</p> <p>Risque percutané autre que l'injection de drogues</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consommez-vous de l'alcool ? des drogues ? Si oui, à quelle fréquence, et quel type ? • S'il s'agit de drogues injectables, avez-vous déjà partagé votre matériel ? Si oui, à quand remonte la dernière fois ? • Avez-vous déjà eu des relations sexuelles alors que vous étiez intoxiqué(e) ? Si oui, à quelle fréquence ? • Avez-vous eu des relations sexuelles sous l'influence de l'alcool ou d'autres substances psychoactives ? Quelles ont été les conséquences ? • Pensez-vous avoir besoin d'aide quant à votre consommation de substances psychoactives ? • Avez-vous des tatouages ou des perçages corporels ? Si oui, ont-ils été effectués avec du matériel stérilisé (c.-à-d. par des professionnels) ?
<p>Antécédents psychosociaux</p> <p>Travailleur ou client de l'industrie du sexe</p> <p>Abus Sexuel</p> <p>Domicile</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà eu des relations sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'un toit ? • Avez-vous déjà dû payer pour avoir des relations sexuelles ? Si oui, à quelle fréquence et pendant combien de temps ? À quand remonte la dernière fois ? • Avez-vous déjà été forcé(e) d'avoir des relations sexuelles ? Si oui, quand et par qui ? • Avez-vous déjà fait l'objet d'abus sexuels ? Avez-vous déjà fait l'objet de violence physique ou psychologique ? Si oui, quand et par qui ? • Avez-vous un domicile ? Si tel n'est pas le cas, où dormez-vous ? • Vivez-vous avec quelqu'un ?

ITS = infections transmissibles sexuellement

4. Offrir le counselling et l'éducation à la santé axés sur le patient

Après avoir complété une évaluation des risques du patient, de nombreux sujets pourraient être identifiés relativement à la santé sexuelle ou aux ITS, ceci offrant une occasion d'éduquer le patient. Voir ci bas les thèmes de counselling fréquemment abordés lors de la discussion avec le patient. Également vous trouverez des recommandations utiles ainsi que des conseils en matière de santé sexuelle permettant d'avoir une approche axée sur le patient.

Thèmes de counselling fréquemment abordés

Relations monogames en série

Les relations monogames en série consistent en une suite de relations fidèles avec une seule personne, l'une après l'autre. Bien qu'elles puissent paraître sécuritaires, les relations monogames en série ne constituent pas en soi une protection contre les ITS. L'utilisation constante du condom et se soumettre à des tests de dépistage des ITS dans le cadre de relations *mutuellement* monogames sont des stratégies beaucoup plus sécuritaires que le fait de compter sur l'apparente sécurité d'un partenaire monogame.

Jeunes envisageant de devenir sexuellement actifs

De nombreux jeunes se renseignent sur les méthodes contraceptives avant de devenir sexuellement actifs. Par ailleurs, plusieurs jeunes femmes commencent à prendre la pilule pour régulariser leur cycle menstruel et non parce qu'elles veulent une méthode contraceptive. Ces deux situations fournissent au clinicien d'excellentes occasions de donner à des jeunes le counselling sur les pratiques sexuelles à risques réduits..

- En discutant des méthodes contraceptives non barrières, aborder les relations sexuelles plus sécuritaires et l'utilisation du condom.
- Si le partenaire du patient a déjà été sexuellement actif, encourager le patient à lui demander de passer un test de dépistage avant d'avoir des relations avec lui.
- Faire part aux patients des avantages des comportements préventifs.

Conseils sur les méthodes contraceptives

La prescription de contraceptifs oraux est souvent associée à l'interruption de l'utilisation du condom. Des études montrent que la pilule est très souvent associée à un recours moindre aux méthodes barrières et à une incidence accrue des ITS². Les personnes ayant un ou une partenaire stable abandonnent souvent les moyens de protection barrière qu'elles utilisaient auparavant au profit du seul contraceptif oral, sans bénéficier des tests de dépistage des ITS. Les cliniciens devraient donner des conseils sur les solutions de remplacement à ce comportement à risque (p. ex., tests de dépistage avant d'arrêter d'utiliser un condom), particulièrement lorsqu'ils prescrivent des contraceptifs oraux.

Planifier et encourager les stratégies de prévention et de réduction des risques

Acceptation de la sexualité

- Avant même de penser à planifier leur stratégie de prévention des ITS, les gens doivent accepter le fait qu'ils sont, ou qu'ils pourraient être sexuellement actifs. Au cours de consultations, les cliniciens en soins primaires peuvent faire preuve de compréhension à l'égard de la sexualité du patient en amorçant avec lui un dialogue sans préjugés qui l'aidera à examiner ses choix quant à sa sexualité. L'évaluation de ces choix pourrait aider le patient à planifier de manière proactive des mesures de réduction des risques adaptées à sa situation précise.
- Fournir des renseignements faciles à mettre en pratique :
 - demander au patient de décider du moment et de la façon de discuter des mesures préventives à adopter contre les ITS avec ses partenaires, ou de prendre lui-même l'initiative de la prévention (p. ex., en mettant un condom), et comment il pense faire pour avoir régulièrement des relations sexuelles plus sécuritaires;
 - vérifier avec le patient s'il sait où se procurer des condoms sans être embarrassé, s'il sait comment les utiliser correctement, s'il sait reconnaître les signes d'ITS, et s'il sait comment et à qui demander des tests de dépistage ou un traitement au besoin.

Planification de la prévention

- Les personnes qui prennent des mesures préventives contre les ITS doivent entreprendre une série de démarches, comme acheter des condoms, demander des tests de dépistage des ITS/VIH et parler des ITS avec les professionnels de la santé. Les praticiens en soins primaires peuvent discuter avec leurs patients de l'établissement et du maintien de limites personnelles et déterminer les ressources locales de prévention des ITS qui sont les plus accessibles.
- Les professionnels de la santé peuvent aider les patients à planifier leur stratégie de prévention en discutant ouvertement des relations sexuelles à l'aide d'une approche séquentielle (p. ex., masturbation/masturbation mutuelle = faible risque; relations sexuelles oro-génitales = le niveau de risque varie entre le VIH et les autres ITS; relations sexuelles vaginales ou anales non protégées = risque élevé d'ITS et de VIH). Cette approche peut être utile pour aider les patients à comprendre les risques associés aux diverses activités sexuelles, à prendre des décisions éclairées quant à l'adoption et au maintien de mesures préventives contre les ITS, et à faire face à la réticence de leurs partenaires.
- Fournir des renseignements faciles à mettre en pratique :
 - discuter de la possibilité de limiter sa consommation d'alcool ou de drogues avant les activités sexuelles, car celle-ci diminue les inhibitions et peut influencer sur la prise de décision et les habiletés à négocier;
 - insister encore sur le fait qu'il n'est *pas* possible d'évaluer les risques d'ITS d'une personne simplement en connaissant ses antécédents sexuels ou en ayant un lien intime avec elle, ou être dans une relation monogame avec une personne qui a déjà eu les relations sexuelles et qui n'a jamais passé de tests de dépistage.
 - il est important de préciser aux patients que les cliniciens ne procèdent pas et ne peuvent pas procéder à des tests systématiques de dépistage de toutes les ITS (p.ex., infection au VPH ou au VHS); donc, même si les résultats de leurs tests ou de ceux de leurs partenaires sont négatifs, ils peuvent quand même être atteints d'une ITS asymptomatique.

Le counselling sur les pratiques sexuelles à risques réduits

Le counselling sur les pratiques sexuelles à risques réduits donné dans le cadre d'une stratégie de prévention primaire ou secondaire devrait porter au moins sur les thèmes suivants³ :

- modes de transmission des ITS;
- risques des diverses activités sexuelles : oro-génitales, génitales, anales;
- abstinence, monogamie réciproque et différents types de méthodes barrières (condom masculin, condom féminin, digue dentaire) et accessibilité;
- le counselling sur la réduction des méfaits : déterminer quelles mesures préventives sont pertinentes et réalistes à la lumière de la vie sexuelle du patient (p. ex., une personne ayant des relations anales passives devrait toujours utiliser un condom avec du lubrifiant supplémentaire, et en évitant les modèles avec spermicide).

Voici une façon de dire au patient que les pratiques sexuelles plus sécuritaires reposent sur la négociation et qu'elles devraient faire l'objet d'une discussion avec le ou la partenaire :
« Si vous ou votre (vos) partenaire(s) avez déjà un(e) autre partenaire sexuel(le), vous disposez de plusieurs options pour avoir les relations sexuelles à risques réduits. Utilisez toujours un condom ou passez tous deux un test de dépistage des ITS/VIH et par la suite ayez une relation mutuellement monogame. Croyez-vous que vous et votre partenaire pourrez respecter ces consignes ? »

Usage adéquat des condoms

L'inefficacité des condoms résulte le plus souvent d'une utilisation inadéquate ou intermittente (des guides d'utilisation des condoms masculin et féminin et des directives sur les conseils à donner aux patients sont présentés aux annexes A et B).

Efficacité des condoms dans la prévention des ITS

- Bien que les condoms en latex et en polyuréthane soient efficaces dans la prévention de la transmission de la majorité des ITS, y compris le VIH, le VHB, la chlamydia et la gonorrhée, ils ne fournissent pas une *protection totale* contre l'infection au VPH ou au VHS.
- Les condoms faits de membrane naturelle peuvent laisser passer le VHB ou le VIH.

Discussion sur d'autres options

- L'allergie au latex peut être un problème pour certaines personnes; les condoms en polyuréthane, pour hommes ou femmes, pourraient donc leur offrir une protection adéquate.
- Le condom pour femmes (poche vaginale en polyuréthane) est un modèle commercialisé qui peut remplacer les condoms pour hommes, ou convenir aux personnes allergiques au latex souhaitant se protéger contre les ITS ou une grossesse. Les condoms pour femmes, vendus près de 3 \$ l'unité dans la plupart des pharmacies, sont plus coûteux que les condoms pour hommes (pour le mode d'emploi des condoms pour femmes, voir l'*annexe B*).

Utilisation du condom pour femmes au cours des relations sexuelles anales

Certaines personnes utilisent le condom pour femmes au cours des relations sexuelles anales, même si les fabricants de ces produits n'émettent pas de recommandations à cet égard. Selon les quelques études qui ont évalué les condoms féminins dans le contexte des relations anales, ceux-ci sont associés à une augmentation des saignements rectaux et de la fréquence des glissements du condom, comparativement aux condoms masculins⁴.

Ces études ont conclu que des modifications du condom pour femmes, une formation sur son utilisation et des recherches sur la signification clinique des issues relatives à la sécurité sont requises pour son utilisation lors des relations anales; par ailleurs, une nouvelle conception de ce condom pourrait augmenter son acceptabilité et son utilisation chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), en plus de répondre à certaines préoccupations liées à la sécurité^{4,5}.

Mise en garde au sujet du nonoxynol-9

Les modèles de condoms avec spermicide sont enduits d'un lubrifiant contenant du nonoxynol-9 (N-9) afin de prévenir les grossesses. Or, le N-9 peut augmenter le risque d'infection au VIH et aux ITS (et le risque de transmission de ces maladies, par conséquent), en modifiant ou lésant la muqueuse génitale ou anale⁶. Les modèles de condoms avec N-9 ne devraient pas être recommandés comme mode de prévention contre le VIH ou les ITS. La meilleure barrière contre les ITS et le VIH est un condom en latex ou en polyuréthane *sans* N-9.

- Il ne faut jamais utiliser le condom avec N-9 par voie rectale. Même de faibles doses de N-9 utilisées de temps en temps peuvent endommager significativement la muqueuse rectale, ce qui augmente le risque d'infection par le VIH et d'autres ITS.
- Bien que le N-9 soit utilisé comme adjuvant d'une méthode contraceptive, il faut évaluer attentivement ses avantages par rapport au risque accru de lésions génitales et de transmission du VIH.

Techniques d'entrevue motivationnelle

L'entrevue motivationnelle sert à promouvoir la prévention primaire et secondaire des ITS.

Il s'agit d'une technique appliquée par des cliniciens, ayant fait l'objet de nombreuses recherches, et qui peut être utile pour encourager les patients à adopter des pratiques sexuelles à risques réduits⁷⁻⁹. **L'entrevue motivationnelle peut servir à inciter les patients à avoir des relations sexuelles plus sécuritaires et à utiliser un condom, particulièrement ceux qui ont besoin d'un counselling plus personnalisé**^{8,9}. Le tableau 3 ci-dessous présente un exemple d'entrevue motivationnelle.

Tableau 3. Exemple d'entrevue motivationnelle

(Adaptation des techniques proposées par S. Rollnick et coll. dans *Health Behavior Change. A Guide for Practitioners*⁹⁾)

«Laissez-moi vous poser quelques questions au sujet des condoms....»

Questions du professionnel de la santé

Q1. « Sur une échelle de 1 à 10, où 1 signifie « Pas du tout important » et 10, « Très important », **quelle importance** accordez-vous à... **l'utilisation du condom au cours de chaque relation sexuelle ?**

Si le patient donne un score de 8 ou plus, passez à la Q3.

*Si le patient donne un score de 7 ou moins, posez-lui la question suivante : « Pourquoi avez-vous répondu X et pas **moins** ? » (Cette question paradoxale force le patient à trouver les raisons pour lesquelles il est important d'utiliser un condom.)*

Q2. « **Que faudrait-il**, ou que **devrait-il arriver** pour que l'utilisation du condom devienne plus importante pour vous ? » (Les patients étant certainement les mieux placés pour savoir comment changer leurs perceptions, ils diront au clinicien comment l'usage du condom pourrait devenir plus important à leurs yeux. Le professionnel de la santé et le patient peut alors discuter de ces réponses.)

Q3. « Sur une échelle de 1 à 10, dans quelle mesure avez-vous la **certitude** de toujours utiliser des condoms (ou que vous et votre partenaire les utiliserez toujours) ? »

Si le patient donne un score de 8 ou plus, interrogez-le sur les obstacles éventuels et la façon dont il pourrait les surmonter.

*Si le patient donne un score de 7 ou moins, posez-lui la question suivante : « Pourquoi avez-vous répondu X et pas **moins** ? » (Cette question paradoxale oblige le patient à penser à ses atouts dans la gestion de l'utilisation des condoms.)*

Q4. « **Que faudrait-il**, ou que **devrait-il arriver** pour que vous soyez plus confiant(e) quant à votre utilisation du condom (ou celle de votre partenaire) chaque fois que vous avez des relations sexuelles ? » (Les patients étant certainement les mieux placés pour savoir comment changer leurs perceptions, ils diront au clinicien ce qu'il leur faudrait à cet égard. Le patient et le professionnel de la santé peuvent utiliser cette démarche comme point de départ pour résoudre les problèmes se rapportant à l'utilisation du condom.)

5. Procéder à un examen physique

L'examen physique pouvant être embarrassant pour certains patients, les professionnels de la santé devraient créer un *environnement* qui inspirera confiance à ces derniers.

- Certains patients seraient plus à l'aise en présence d'un tiers (assistant ou assistante) du même sexe qu'eux au cours de l'examen.
- Il faut rassurer les patients sur le caractère absolument confidentiel des renseignements qui les concernent.

Tableau 4. Composantes de l'examen physique

Composantes communes aux deux sexes
<ul style="list-style-type: none">• Procéder à une évaluation générale.• Rechercher des signes systémiques d'ITS comme la perte pondérale, la fièvre, l'hypertrophie des ganglions lymphatiques/palper les ganglions lymphatiques inguinaux.• Examiner les régions muco-cutanées, notamment le pharynx.• Vérifier les organes génitaux externes pour rechercher des lésions cutanées, une inflammation, des écoulements ou des irrégularités anatomiques.• Procéder à un examen périanal.• Envisager une anoscopie (ou, si ce n'est pas possible, un examen digital rectal) si le patient a eu des relations sexuelles anales passives et qu'il présente des symptômes rectaux. Pour les garçons et les filles prépubères, voir le chapitre « <i>Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères</i> ».
Composantes propres aux adolescents et aux adultes de sexe masculin
<ul style="list-style-type: none">• Palper le scrotum et bien vérifier l'épididyme.• Si le patient n'est pas circoncis, rétracter le prépuce pour inspecter le gland du pénis.• Avoir le patient lui-même ou le clinicien « traire » le pénis pour rendre tout écoulement urétral plus apparent.
Composantes propres aux adolescentes et aux adultes de sexe féminin
<ul style="list-style-type: none">• Séparer les lèvres pour pouvoir bien examiner l'orifice du vagin.• Procéder à un examen au spéculum avec lampe pour voir le col de l'utérus et les parois vaginales, et vérifier s'il y a présence de pertes vaginales ou endocervicales. Prélever des échantillons, en suivant les consignes dans le chapitre « <i>Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement</i> ».• Effectuer un examen pelvien bimanuel pour déceler toute masse ou toute sensibilité de l'utérus et des annexes de l'utérus.• Dans certaines circonstances, par exemple en cas d'herpès génital primaire ou de vaginite, il serait préférable de retarder l'examen au spéculum ou bimanuel jusqu'à l'atténuation des symptômes aigus.

6. Choisir les tests de dépistage et les tests de détection adéquats

- Le choix des analyses de laboratoire pertinentes est crucial dans le diagnostic et la prise en charge des ITS. Le choix des analyses de laboratoire, des échantillons biologiques à prélever et des sources des échantillons devrait reposer sur les antécédents du patient, les facteurs de risque qu'il présente et les résultats de l'examen physique.
- Faire preuve de prudence face au syndrome « j'ai déjà passé un test ». Ce syndrome comporte deux volets :
 - l'illusoire sentiment de sécurité qu'une personne à risque acquiert après avoir passé plusieurs tests de dépistage des ITS dont les résultats se sont révélés négatifs. Ces personnes peuvent commencer à penser qu'elles sont à l'abri de ces infections. Cette attitude pourrait faire l'objet de counselling (voir la section 4 du présent chapitre, *Offrir le counselling et l'éducation à la santé axés sur le patient.*);
 - Le sentiment, chez les personnes ayant obtenu des soins ou services médicaux quelconques (p. ex., examen physique, consultation à l'hôpital, test Pap, prise de sang), d'avoir passé des tests de dépistage des ITS. On profitera d'une telle croyance pour donner davantage d'information sur la prévention des ITS.
- Il ne suffit pas de simplement demander aux patients s'ils ont passé des tests de dépistage des ITS. Il est en effet nécessaire de spécifier de quelle infection il s'agit et de bien préciser au patient que de simples analyses de sang à l'occasion d'un examen annuel de routine ne comprennent pas de tests de dépistage de la syphilis ou du VIH; que l'examen pelvien ne signifie pas forcément un examen de dépistage de l'infection à Chlamydia et de la gonorrhée; qu'un échantillon d'urine prélevé par mesure de routine pour procéder à une analyse en culture et à un test de sensibilité ne permet pas de dépister la chlamydia; etc.

7. Poser un diagnostic en fonction d'un syndrome ou d'un micro-organisme, et offrir du counselling post-test

- Dans la plupart des cabinets, les résultats de tests microbiologiques ne sont pas disponibles immédiatement.
- Si le patient manifeste des signes et des symptômes particuliers, il est possible de poser un diagnostic en fonction du syndrome présenté et d'offrir un traitement et le counselling post-test (voir « *Prise en charge des infections transmissibles sexuellement en fonction du syndrome présenté* » pour consulter un tableau sommaire).
- Lorsque des résultats de tests microbiologiques sont disponibles, le traitement et le counselling devraient être axés sur des pathogènes précis (voir les chapitres portant sur une infection particulière).

Le counselling post-test

Le counselling post-test, partie intégrante de la prise en charge des personnes dont les ITS sont nouvellement diagnostiquées, devraient porter au minimum sur les points suivants³ :

- des conseils adaptés au micro-organisme infectieux ou au syndrome présent;
- le counselling sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires susceptibles d'éliminer ou de réduire le risque de transmission des ITS à un partenaire, ou de réduire le risque de réinfection du patient;
- des renseignements sur le traitement et des éclaircissements quant à certaines questions, selon que l'infection est bactérienne (curable) ou virale (traitement pour atténuer les symptômes);
- selon les cas, la déclaration obligatoire de certaines infections à la santé publique;
- la notification aux partenaires soit par le cas index, soit par le médecin ou le représentant de la santé publique, et les conséquences éventuelles si les partenaires ne subissent pas une évaluation clinique et un traitement.

Le counselling post-test en matière de prévention peut également être très important pour les personnes qui se sont montrées préoccupées quant aux ITS, mais dont les résultats des tests se sont révélés négatifs.

L'entrevue motivationnelle présentée dans ce chapitre peut être un moyen efficace de promouvoir des comportements susceptibles de réduire les risques chez les patients dont les tests de dépistage des ITS se sont révélés positifs⁷⁻⁹. La différence entre une entrevue motivationnelle menée dans le cadre d'une stratégie de prévention primaire et celle dans celui d'une stratégie de prévention secondaire repose simplement sur la phraséologie. Par exemple, le professionnel de la santé peut commencer l'entrevue par ces mots : « Je pose à tous mes patients exposés à une ITS quelques questions. Pouvez-vous me dire quelle importance *vous accordez en ce moment* à l'utilisation du condom (ou d'un autre moyen pertinent de prévention des ITS) chaque fois que vous avez des relations sexuelles ? » (suivre la démarche de l'entrevue motivationnelle présentée au tableau 3 qui précède).

8. Prescrire un traitement

Le traitement peut être à visée curative dans le cas des infections bactériennes, fongiques et parasitaires, ou à visée palliative/suppressive dans celui des ITS d'origine virale (pour des recommandations plus précises, voir les chapitres « *Prise en charge des ITS en fonction du syndrome présenté* » ou les chapitres se rapportant à ces infections).

Dans toutes les provinces et territoires du Canada, le traitement des ITS bactériennes est gratuit pour le cas index et ses partenaires.

Qu'ils présentent des symptômes ou non, les patients devraient être avisés de ne pas partager leurs médicaments avec leurs partenaires et de suivre l'intégralité du traitement qui leur est prescrit, même si les signes et symptômes se résolvent avant qu'ils aient fini de prendre leurs médicaments. Il faut également les aviser que s'ils ont des vomissements plus d'une heure après l'administration du traitement, ils n'ont pas besoin de prendre une autre dose.

Il faut en outre aviser les patients infectés d'une ITS bactérienne ou d'une trichomonose qu'eux et leur partenaire devraient s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées pendant les sept jours qui suivent la fin de leur traitement à tous deux (p.ex., sept jours après un traitement à dose unique).

9. Effectuer la déclaration obligatoire à la santé publique et la notification aux partenaires

Exigences en matière de déclaration des ITS et de confidentialité

Les patients devraient être informés des lois provinciales et territoriales en matière de santé publique et de protection de l'enfant, lesquelles ont préséance sur le devoir de confidentialité des professionnels de la santé et le droit du patient à la confidentialité en exigeant la divulgation de renseignements personnels sans le consentement du patient relativement aux ITS à déclaration obligatoire ou lorsqu'on soupçonne que des abus sexuels sont infligés à des enfants.

Le personnel des agences qui disposent de renseignements personnels est tenu de respecter des obligations d'ordre éthique, juridique et professionnel afin de protéger la confidentialité de ces renseignements. Les patients devraient être informés que les renseignements seront divulgués aux seules autorités légales en la matière et que leur confidentialité sera garantie. C'est souvent là une préoccupation importante chez les jeunes qui consultent pour une ITS.

La confidentialité s'applique à toutes les personnes, y compris les personnes infectées, leurs partenaires sexuels et ceux avec qui elles partagent des aiguilles, tous les jeunes en mesure de comprendre la nature de leur infection et des soins qui leur sont donnés, et les personnes possiblement impliquées dans des cas d'abus sexuels à l'égard des enfants.

Notification aux partenaires

Justification

La notification aux partenaires est un processus de prévention secondaire permettant d'identifier les partenaires sexuels et d'autres personnes exposées à une ITS, de les localiser, de les évaluer, de leur offrir du counselling, de les soumettre à des tests de dépistage et à un traitement. La notification aux partenaires est non seulement bénéfique pour la santé publique (surveillance et contrôle des maladies), mais elle réduit aussi considérablement le risque de réinfection du cas index.

Même si la notification aux partenaires est parfois perçue comme un exercice sociétal contraire aux droits de la personne, son objectif est d'aider les gens à respecter les droits de leurs partenaires de savoir qu'ils ont été exposés à un risque et de prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé et dans certains cas, leur vie.

Une revue de la littérature corrobore plusieurs recommandations relatives au processus de notification aux partenaires¹⁰. Des données probantes démontrent en effet que la notification aux partenaires peut être un moyen efficace d'identifier les personnes à risque ou celles qui sont infectées, et que l'orientation vers un professionnel de la santé assure généralement la notification et l'évaluation médicale d'un plus grand nombre de partenaires^{10,11}.

Qui procède à la notification aux partenaires ?

La notification des partenaires peut se faire par le patient, les professionnels de la santé ou les représentants de la santé publique. Souvent, on peut recourir à plus d'une stratégie pour notifier aux différents partenaires d'une même personne infectée.

- Auto-orientation ou orientation par le patient : la personne infectée assume l'entière responsabilité d'informer son ou ses partenaires de leur exposition possible à une ITS, et les dirige vers les services de santé appropriés.
- Orientation par un professionnel de la santé ou un représentant de la santé publique : avec le consentement de la personne infectée, le professionnel de la santé assume la responsabilité de notifier confidentiellement les partenaires de leur exposition éventuelle à une ITS (sans jamais nommer le cas index).
- Contrat pour l'orientation : le professionnel de la santé négocie avec la personne infectée une période (généralement de 24 à 48 heures) pour informer ses partenaires de leur exposition possible à une ITS et les orienter vers les services de santé appropriés¹¹.

Dans certaines circonstances (c.-à-d. des relations en principe monogames), le partenaire peut déduire qui est le cas index par un processus d'élimination. Dans ce cas, le professionnel de la santé doit quand même maintenir la confidentialité du cas index, et ne divulguer aucun renseignement le concernant à son partenaire.

Si le cas index ne souhaite pas notifier ses partenaires, ou si ses partenaires ne se sont pas manifestés :

- explorer les obstacles ou barrières à la notification aux partenaires (voir ci-après);
- au besoin, aviser les autorités de la santé publique.

Obstacles à la notification aux partenaires

- **Abus physiques ou psychologiques, réels ou appréhendés, pouvant résulter de la notification aux partenaires (ex. : violence conjugale) : l'orientation vers un professionnel de la santé ou un représentant de la santé publique serait alors la meilleure option afin de protéger le cas index. En cas de menace à la sécurité du patient, les autorités de la santé publique devraient être avisées de la situation pour prendre les précautions nécessaires en matière de sécurité. La sécurité est toujours un atout dans le processus de notification.**
- La crainte de perdre un partenaire à cause d'une ITS diagnostiquée (blâme/culpabilité) : discuter de la nature asymptomatique des ITS et des bénéfiques, pour le ou les partenaires asymptomatiques, de savoir qu'ils sont possiblement infectés.
- La crainte de poursuites judiciaires : il faut informer les cas index que leur identité sera protégée en tout temps, et qu'à moins que leurs dossiers ne fassent l'objet d'une assignation, aucun renseignement ne sera divulgué.
- La crainte des victimes de crimes sexuels de faire l'objet de nouvelles violences : dans ces cas, la notification aux partenaires par un professionnel de la santé ou un représentant de la santé publique serait la meilleure solution.
- Le fait de trouver des partenaires sur une base anonyme est un obstacle majeur à la notification aux partenaires : dans la mesure du possible, encourager l'orientation des partenaires par le patient.

Remarque :

- Les cas, réels ou soupçonnés, d'abus sexuel d'enfants doivent être rapportés à l'agence locale de protection de l'enfance (au Québec, la Direction de la protection de la jeunesse). La *Loi sur la protection de l'enfant* abroge toute autre loi et exige des professionnels de la santé qu'ils divulguent aux autorités compétentes le nom de toute personne mise en cause dans une affaire d'abus infligé à un mineur.
- Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage. Voir le chapitre « *Abus sexuel à l'égard d'enfants imputères et prépubères* ».

Nouvelles pratiques de notification aux partenaires

Parallèlement aux tendances variables des taux d'ITS et de leur transmission, des études sont actuellement consacrées à la faisabilité de nouvelles méthodes de notification aux partenaires. L'une de ces méthodes consiste à amorcer rapidement le traitement des partenaires sexuels. Le cas index reçoit des médicaments, accompagnés de renseignements sur leur innocuité et leurs contre-indications, pour qu'il les donne à ses partenaires; ces derniers reçoivent ainsi un traitement présomptif sans examen qui vise à réduire le risque de réinfection par la gonorrhée ou la chlamydia et à augmenter la proportion de partenaires traités. Bien qu'encore controversée, cette méthode serait bénéfique pour les populations à risque élevé et les populations difficiles à rejoindre^{11,12}.

Marche à suivre pour optimiser l'exercice de notification des partenaires

- Demander un formulaire de notification des ITS au bureau local de santé publique ou téléphoner à la ligne de déclaration des maladies infectieuses pour avoir de l'aide.
- Mettre au point un plan de notification qui prévoit quels partenaires notifier, et qui fera le travail.
- Le tableau 5 ci-dessous dresse une liste des recommandations quant aux partenaires à notifier et à la période de traçabilité des ITS à déclaration obligatoire et non obligatoire.

Tableau 5. Tableau de référence pour la notification aux partenaires

Infection/syndrome	Maladie à déclaration obligatoire	Période de traçabilité	Personne à notifier/évaluer	Considérations particulières
<i>Chlamydia</i> (sérotypes LGV et non LGV)	Oui	60 jours	PS/NMI	<ul style="list-style-type: none"> • Si le patient n'a pas eu de partenaire sexuel au cours des 60 derniers jours, remonter au tout dernier partenaire sexuel. • La notification aux partenaires n'est pas obligatoire comme mesure de santé publique dans la plupart des provinces et territoires, mais celle-ci est fortement recommandée en cas d'UNG, de CMP, d'AIP et d'épididymite.
Gonorrhée	Oui	60 jours	PS/NMI	
Chancre mou	Oui	14 jours	PS	
Urétrite non gonococcique	Non	60 jours	PS	
Cervicite muco-purulente	Non	60 jours	PS	
Atteintes inflammatoires pelviennes	Non	60 jours	PS	
Épididymite	Non	60 jours	PS	
Syphilis primaire	Oui	3 mois	PS/NMI	
Syphilis secondaire	Oui	6 mois	PS/NMI	
Syphilis latente précoce	Oui	1 an	PS/NMI	
Syphilis latente précoce/stade non déterminé	Oui	Variable	PS/NMI/EMI	
Herpès génital	Dans certaines régions	Actuelle/future	PS/NMI	La notification aux partenaires n'est pas obligatoire comme mesure de santé publique, mais elle est fortement recommandée.
Trichomonase	Dans certaines régions	Actuelle	PS	Pas besoin de tester les partenaires; les traiter comme le cas index.

AIP = atteintes inflammatoires pelviennes
 CMP = cervicite muco-purulente
 EMI = enfants dont la mère est infectée
 LGV = lymphogranulomatose vénérienne
 NMI = nouveau-nés dont la mère est infectée
 PS = partenaires sexuels
 UNG = urétrite non gonococcique

Tableau 5. Tableau de référence pour la notification aux partenaires (suite)

Infection/ syndrome	Maladie à déclaration obligatoire	Période de traçabilité	Personne à notifier/ évaluer	Considérations particulières
Virus du papillome humain (VPH)	Non	Actuelle/ future	PS	La notification aux partenaires n'est pas obligatoire comme mesure de santé publique. Il faut encourager les patients à notifier leurs partenaires sexuels, mais rien ne prouve que cela réduira le risque de ces derniers.
Hépatite B aiguë	Oui	Variable	PS/PPA/ CD/ NMI/EMI	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut notifier tous les partenaires non vaccinés et non immuns. Ceux-ci pourraient bénéficier d'une PPE¹³. • Les nouveau-nés doivent recevoir l'HBIG et un vaccin après la naissance¹³.
Hépatite B chronique	Oui	Variable	PS/PPA/ CD/ NMI/EMI	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut notifier tous les partenaires non vaccinés et non immuns. Ceux-ci pourraient bénéficier d'une PPE¹³. • Les nouveau-nés doivent recevoir l'HBIG et un vaccin après la naissance¹³.
VIH/sida	Oui	Variable	PS/PPA/ CD/ NMI/EMI	<ul style="list-style-type: none"> • Commencer par notifier les partenaires sexuels récents et les partenaires partageant des aiguilles; remonter jusqu'au début du comportement à risque ou jusqu'à la date du dernier test négatif connu. • Les professionnels de la santé pourraient envisager une PPE pour les personnes ayant été en contact avec une personne atteinte du VIH. Si une PPE est envisagée, il faut l'amorcer dans les 72 heures. Consulter un expert sur le VIH.

AIP = atteintes inflammatoires pelviennes

CD = contacts à domicile

CMP = cervicite muco-purulente

EMI = enfants dont la mère est infectée

HBIG = immunoglobulines contre l'hépatite B

LGV = lymphogranulomatose vénérienne

NMI = nouveau-nés dont la mère est infectée

PPA = partenaires partageant des aiguilles (avec le patient)

PPE = prophylaxie post-exposition

PS = partenaires sexuels

UNG = urétrite non gonococcique

10. Prendre en charge les comorbidités et les risques associés

De nombreuses ITS sont transmises à un moment où le patient connaît d'autres difficultés médicales et sociales. L'exposition et l'infection récurrentes sont probables, à moins que les problèmes sous-jacents soient réglés. La prise en charge précise de problèmes tels que la toxicomanie et les troubles mentaux devrait être intégrée au plan global pluridisciplinaire des soins de santé.

Lors du counselling et du dépistage des ITS, il est également important d'inclure le counselling pré-test pour le VIH et d'offrir ce test. L'infection par une ITS (notamment la syphilis, l'herpès génital, la chlamydia, la gonorrhée et la trichomonase) augmente le risque de transmission et d'acquisition du VIH. Les personnes atteintes du VIH pourraient répondre moins bien au traitement d'une ITS; en ce cas, il faudra prévoir un suivi spécial au terme du traitement afin de vérifier l'efficacité de celui-ci et prévenir les complications à long terme occasionnées par des ITS traitées de façon non adéquate.

Dans le cas des personnes porteuses d'une hépatite virale chronique – soit le VHB ou l'hépatite C (VHC) –, la coinfection par le VIH influence les choix thérapeutiques, la réponse au traitement et l'évolution de la maladie. Ces patients devraient être dirigés vers un spécialiste afin de recevoir des recommandations quant à leur traitement et à leur prise en charge. Il est nécessaire de procéder à un test de dépistage d'hépatite B et du VIH chez tout patient porteur d'une hépatite C chronique afin d'assurer la prise en charge adéquate de l'infection. En outre, dans le cas des personnes infectées par le VHC, il faut absolument s'assurer qu'elles sont vaccinées contre le VHA et le VHB pour prévenir la co-infection, laquelle pourrait endommager davantage le foie, limiter les options thérapeutiques et nuire à la réponse au traitement ainsi qu'au pronostic du patient¹⁴.

Si on soupçonne une lymphogranulomatose vénérienne (LGV) et que celle-ci est liée à une flambée au Canada, il faut également faire un test de dépistage du VHC, car le taux de co-infections LGV-VHC est élevé.

11. Faire un suivi

Idéalement, le suivi pour s'assurer de la résolution des symptômes devrait être fait par le même professionnel de la santé; il faudrait procéder à des tests de contrôle s'il y a lieu et faire le suivi de la notification aux partenaires afin de réduire la probabilité de réinfection. Lorsque cela n'est pas possible, il faut diriger les patients vers les ressources communautaires appropriées, en leur donnant des conseils sur le moment de faire un suivi (surtout si des tests ont été effectués) et sur les indicateurs d'un échec thérapeutique (pour des recommandations sur le suivi, voir les chapitres portant sur des infections spécifiques).

Aux personnes présentant un risque constant et accru d'ITS, il faut recommander des tests de dépistage de la gonorrhée, de la chlamydia, de la syphilis et du VIH tous les trois mois, et renforcer les conseils sur les pratiques sexuelles à risques réduits.

Ressources

L'annexe C renferme une liste des ressources actuelles en matière de santé sexuelle/ITS/relations sexuelles à risques réduits, lesquelles vous aideront pour votre counselling et l'évaluation des risques de vos patients. L'annexe D renferme une liste des bureaux provinciaux/territoriaux pour la prévention et contrôle des ITS.

	Page #
A	
abus	7,8,20
sexuel	6,9,15,18,20
adénopathie	6
adolescent	5,15
alcool	6,9,11
allergie	6
latex	12
anal	6,7,11-13, 15
anticorps	
anti-VIH (test de dépistage)	8,11,12,16,23
asymptomatique	11,19
Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)	21,22
C	
chancres mou (<i>Haemophilus ducreyi</i>)	4,21
chlamydia (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	4,12,16,21,23
col utérin	
examen du col utérin	15
condom	6,8,10-14,17
consommation de substances psychoactives	6,9
contraception	2,9
orale	6,10
counselling	
axé sur le patient	2,10
pratiques sexuelles plus sécuritaires	3,10-13,17

	Page #
post-test	2,16,17
réduction des méfaits/risques	12
D	
Depo-provera (Depo)	6
douleur abdominale	6
dysurie	6
E	
écoulement	15
urétral	15
vaginal	7
entrevue motivationnelle	13,14,17
épididymite	21
évaluation du risque	3,7-10,23
examen bimanuel	15
F	
fausse couche	9
fièvre	6,15
G	
ganglion lymphatique	15
inguinal	15
granulome inguinal (<i>Klebsiella granulomatis</i>)	4
grossesse	9,12,13
H	
herpès génital	5,15,21,23
hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)	4,5,13

	Page #
I	
immunoglobulines contre l'hépatite B (HBIG)	22
Internet	6,8
ITS à déclaration obligatoire	5,18,21,22
J	
jeune	4,5,10,18
jeune adulte	5
jouet sexuel	6
L	
La Direction de protection de la jeunesse (Québec)	20
Laboratoire national de microbiologie (LNM)	4
<i>Loi sur la protection de l'enfant</i>	20
lymphogranulomose vénérienne (LGV)	4,21-23
M	
méthamphétamine « glace »	6,7
méthylènedioxyamphétamine (MDMA, ecstasy)	6
monogamie	
en série	6,10
mutuelle	10,12
N	
nonoxonyl-9(N-9)	13
notification aux partenaires	16-22
P	
perte	6

	Page #
prélèvement d'échantillon	
du col utérin	15
prévention	1-3,6,11,12, 13,16
primaire	1,3,12, 13,17
secondaire	1,3,12,13,17,18
prophylaxie	
post-exposition (PPE)	22
Q	
quinolones	4
R	
réinfection	17,18,20,23
relations sexuelles	
anales	6,11-13,15
orales	7
oro-génitales	6,11
plus sécuritaires	10,11,13
résistance aux quinolones	4
S	
sadomasochisme	6
sang	
analyse sanguine	16
échange sanguin	6
saunas	6,8
sérotype	21
soins primaires	1,3,11
soirées "rave"	6
spermicide	12,13

	Page #
syphilis	4,16,23
latente précoce	21
primaire et secondaire	21
T	
tatouage	9
test Pap	7,9,16
testicule / testiculaire	6
trichomonase (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	17,21,23
U	
ulcère/ulcération	7
urétrite	21,22
V	
vaccin	
contre le virus de l'hépatite A	1,6,23
contre le virus de l'hépatite B	1,6,22,23

Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement



Prélèvement et transport des
échantillons

Méthodes d'analyse de laboratoire

Diagnostic en laboratoire
d'infections spécifiques

Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement

janvier 2008

PRÉLÈVEMENT ET TRANSPORT DES ÉCHANTILLONS	1
MÉTHODES DES ANALYSES DE LABORATOIRE	6
DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE D'INFECTIONS SPÉCIFIQUES	6

DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

A. PRÉLÈVEMENT ET TRANSPORT DES ÉCHANTILLONS¹

Principes généraux

- Les écouvillons, les systèmes de transport et les types d'analyses effectuées peuvent varier en fonction de l'agent à déceler et des techniques employées dans chaque laboratoire.
- Veuillez communiquer avec votre laboratoire pour obtenir de plus amples renseignements, notamment pour les exigences relatives au transport, aux délais et à l'interprétation des résultats. Une liste des ressources locales est présentée à l'annexe E.
- Les laboratoires peuvent utiliser divers dispositifs commerciaux de prélèvement d'échantillons. Veuillez suivre les instructions fournies par le fabricant.
- Toutes les procédures de prélèvement et de manipulation des échantillons doivent être effectuées en portant les vêtements protecteurs appropriés et en prenant les précautions universelles recommandées.
- Il faut éviter toute contamination par la flore normale afin de s'assurer d'avoir un échantillonnage représentatif des micro-organismes qui causent l'infection.
- Il faut prélever des volumes adéquats de chaque échantillon liquide.
- Chaque contenant d'échantillon doit être identifié avec le nom et le numéro d'identification du patient, la source de l'échantillon, ainsi que la date et l'heure du prélèvement.
- Tous les contenants d'échantillon doivent être étanches et transportés dans des sacs de plastique scellés, étanches et munis d'une poche distincte qui renferme les documents descriptifs.
- Les pathogènes transmissibles sexuellement sont généralement fragiles et requièrent des conditions d'entreposage et de transport optimales qui sont propres à chacun d'eux; à défaut, les cultures et techniques de détection de micro-organismes viables peuvent donner lieu à des résultats faussement négatifs.
- Il faut respecter les recommandations d'entreposage, réduire au minimum la durée du transport afin de maximiser la récupération des micro-organismes infectieux, et éviter les températures excessives.

Échantillons

Pour la plupart des infections transmises sexuellement (ITS), les échantillons sont prélevés par des professionnels de la santé, puis emballés et transportés vers les laboratoires diagnostiques. Des trousse d'analyses pour utilisation aux points de service sont en cours de développement commercial, mais aucune n'a encore été approuvée et validée. L'auto-prélèvement d'urine, de même que les écouvillonnages vaginaux et les écouvillonnages de plaies ou de lésions, réalisé à domicile, est actuellement à l'étude, mais ces options n'ont pas été bien évaluées, particulièrement en ce qui a trait aux conditions de transport.

1. Col utérin

- Après l'insertion d'un spéculum pour voir le col utérin, retirer les sécrétions vaginales et l'exsudat cervical sus-jacents.
- Insérer un écouvillon stérile de 1 à 2 cm dans le canal endocervical, le faire tourner de 180 ° et le retirer afin de recueillir les cellules épithéliales cylindriques pour la détection de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhœæ*. Le choix de l'écouvillon dépend du type d'analyses à effectuer; veuillez vous renseigner auprès du laboratoire offrant ce service.
- Prélever l'échantillon de *N. gonorrhœæ* avant celui de *C. trachomatis*.
- S'il faut mettre *N. gonorrhœæ* en culture, ensemercer directement le tube de transport ou la gélose, ou placer l'écouvillon dans le milieu de transport. Pour un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN), mettre l'écouvillon dans un tube de transport.
- Pour le diagnostic du virus Herpes simplex (VHS) et du virus du papillome humain (VPH), il est préférable de prélever des échantillons de l'exocol.

Notes :

- Il ne faut pas faire de prélèvement cervical chez les filles prépubères car dans leur cas, le site des ITS est le vagin, et non le col. Voir le chapitre « *Abus sexuels à l'égard d'enfants impubères et prépubères* » pour obtenir de plus amples renseignements.
- Le prélèvement de plusieurs échantillons du col utérin n'occasionne généralement pas de douleur et peut être requis pour effectuer divers tests.
- Chez les femmes ayant subi une hystérectomie prélever un échantillon d'urine du premier jet ou un écouvillonnage vaginal pour un TAAN.*

* Bien que quelques TAAN ne soient pas approuvés au Canada pour les prélèvements vaginaux, des données récentes indiquent que les femmes infectées par *C. trachomatis*, *N. gonorrhœæ* et *Trichomonas vaginalis* pourront être plus identifiées à l'aide d'écouvillonnages vaginaux qu'avec des écouvillonnages du col, de l'urètre ou un échantillon d'urine^{2,3}. Vérifiez auprès de votre laboratoire s'il offre cette option.

2. Lésions (vésicules ou ulcères)

a) Vésicules

- Il est possible de prélever du liquide en soulevant le dessus de la vésicule au moyen d'une aiguille stérile et par la suite écouvillonner la lésion.
- Une autre méthode consiste à nettoyer la vésicule à l'aide d'un désinfectant, laisser sécher, puis prélever le liquide à l'aide d'une seringue; refermer ensuite la seringue, immobiliser le piston et transporter le tout au laboratoire.

b) Ulcères

- Aviser le patient que le prélèvement de l'échantillon peut être douloureux.
- Écouvillonner le lit de la lésion pour mise en culture, ou pour soumission à un test de polymérase en chaîne [PCR] ou à un examen direct pour déceler le VHS.
- Dans ce dernier cas, prélever des cellules en procédant à un écouvillonnage ferme ou en grattant délicatement la base de la lésion.
- Pour une culture, utiliser l'écouvillon et le milieu de transport viral fournis dans la trousse de prélèvement d'échantillon.

- Pour le dépistage de *Treponema pallidum*, communiquer avec le laboratoire pour savoir s'il dispose de la microscopie à fond noir ou du test de détection par immunofluorescence directe. Dans la mesure du possible, procéder comme suit pour le prélèvement des échantillons :
 - retirer les croûtes ou les débris sus-jacents;
 - nettoyer la lésion avec une solution saline stérile ne contenant pas d'agent de conservation et laisser sécher la région;
 - frotter la lésion à l'aide d'une gaze stérile, de manière à la faire légèrement saigner et causer une exsudation du liquide tissulaire;
 - lorsque la lésion aura suinté, essuyer les premières gouttes et attendre qu'apparaisse un exsudat séreux relativement limpide. Il est parfois nécessaire d'exercer une pression à la base de la lésion pour faire sourdre le liquide tissulaire;
 - prélever le liquide dans un tube capillaire, dans une seringue de petit calibre ou directement sur une lame pour effectuer une épreuve par immunofluorescence directe.
 - sceller le tube, fermer la seringue ou immobiliser le piston avant le transport;
 - acheminer le prélèvement au laboratoire dans les 24 heures suivantes tout en le conservant à 4 °C avant et pendant le transport.
- Pour le dépistage de *Haemophilus ducreyi*, un milieu de culture spécial est requis. Procéder à un écouvillonnage à la base de la lésion, en évitant le pus, et le placer dans un tube de transport.

3. Pharynx

- Écouvillonner la partie postérieure du pharynx et les cryptes amygdaliennes.
- Inoculer directement l'écouvillon dans le milieu de culture approprié ou le mettre dans un milieu de transport.
- Chez les nourrissons, prélever par aspiration un échantillon de sécrétions nasopharyngées.

Notes :

- Il existe des données prometteuses relative à l'efficacité des analyses ne nécessitant pas la mise en culture (TAAN) pour les échantillons pharyngés.
- Les frottis obtenus par écouvillonnage du pharynx ne conviennent pas à la détection de *N. gonorrhœæ* par microscopie et ne sont donc pas recommandés.

4. Rectum

- Pour le prélèvement à l'aveugle, insérer l'écouvillon sur une distance de deux à trois centimètres dans le canal anal, en le pressant sur les parois pour éviter les matières fécales et, pour la détection de *C. trachomatis* ou de *N. gonorrhœæ*, obtenir des cellules épithéliales cylindriques.
- En cas de contamination fécale visible, jeter l'écouvillon et procéder au prélèvement d'un autre échantillon.
- Si l'on utilise un anoscope lubrifié uniquement avec de l'eau du robinet, la contamination fécale peut être évitée et les échantillons peuvent être prélevés sous visualisation directe.

Notes :

- Les échantillons peuvent être prélevés à l'aveugle ou à travers un anoscope. Cette dernière technique est privilégiée dans le cas des patients symptomatiques.
- Il existe des données prometteuses sur l'emploi d'écouvillonnages rectaux et oraux pour déceler *C. trachomatis* et *N. gonorrhœæ* au moyen des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) et des essais cliniques courants sont entamés par le National Institutes of Health des États-Unis.

5. Urètre

- Prévenir le patient que le prélèvement peut être douloureux ainsi que la prochaine miction, mais que la sensation à la miction sera moins désagréable s'il boit davantage, car l'urine sera alors plus diluée et cela diminuera son inconfort.
- Idéalement, le patient ne devrait pas avoir uriné au moins au cours des deux dernières heures, car le fait d'uriner diminue la quantité d'exsudat et peut réduire les probabilités de déceler des micro-organismes.
- Utiliser un écouvillon fin et sec monté sur une tige métallique souple. Mouiller l'écouvillon avec de l'eau avant de l'insérer, ce qui peut aider à réduire l'inconfort.
- Insérer l'écouvillon lentement (sur une distance de trois à quatre centimètres chez les hommes et d'un à deux centimètres chez les femmes), le faire tourner lentement puis le retirer délicatement.
- L'écouvillon peut servir à préparer un frottis en étalant doucement les sécrétions sur une lame; puis ensemercer directement un milieu de culture approprié ou placer l'écouvillon dans un milieu de transport.
- Si l'on a recours à un TAAN, suivre les instructions du fabricant.

Notes :

- Si l'on « traite » le pénis de la base au gland trois ou quatre fois, il est possible de détecter un écoulement urétral, qui sinon serait invisible à l'œil nu.
- Chez les garçons et les filles prépubères, le prélèvement d'un échantillon intra-urétral n'est pas recommandé; il faut obtenir un échantillon d'urine du premier jet pour un TAAN, ou un échantillon du méat à l'aide d'un écouvillon fin monté sur une tige métallique souple.

6. Urine (premier jet)

- Le patient devrait ne pas avoir uriné depuis au moins deux heures; toutefois, le fait d'avoir uriné au cours des deux dernières heures n'empêche pas d'effectuer les analyses.
- Donner au patient un contenant étanche.
- Demander au patient de ne recueillir que les 10 à 20 premiers ml d'urine^{3,4} dans le contenant puis de refermer le couvercle de manière étanche.

Remarque :

- La plupart des TAAN commerciaux permettant de déceler *C. trachomatis* et *N. gonorrhœæ* sont approuvés pour l'analyse d'urine et sont recommandés pour déceler ces micro-organismes chez les hommes et les femmes asymptomatiques, chez les femmes qui n'ont pas de col utérin et chez les femmes qui ne veulent pas subir d'examen pelvien. Il est possible de prélever 10 à 20 ml du premier jet d'urine en tout temps.

7. Vagin

- Prélever les sécrétions vaginales accumulées, s'il y en a.
- En l'absence de sécrétions, passer l'écouvillon sur la paroi vaginale dans le cul-de-sac postérieur, puis préparer un frottis ou placer l'écouvillon dans un milieu de transport.
- Les préparations à l'état frais et les colorations de Gram des frottis sont utiles pour le diagnostic de la vulvo-vaginite d'origine microbienne, de la candidose, de la vaginose bactérienne, de la trichomonase et de la vaginite inflammatoire desquamative.
- Les prélèvements vaginaux sont habituellement effectués chez les adolescentes et les femmes adultes dans le cadre de l'examen au spéculum.
- Chez les filles prépubères, les échantillons de lavage vaginal sont privilégiés et sont mieux acceptés par les patientes. Si ceux-ci sont impossibles, on utilisera des écouvillons imprégnés d'eau. Pour plus d'information, voir le chapitre « *Abus sexuels à l'égard d'enfants impubères et prépubères* ».
- Avec les très jeunes filles, on utilisera un écouvillon très fin.

Remarque :

- Autrefois, les échantillons vaginaux étaient proscrits pour le diagnostic des ITS, sauf dans la prise en charge des vulvo-vaginites, des vaginoses bactériennes et des cas d'abus sexuel d'un enfant. Des données plus récentes démontrent que les TAAN permettent de détecter autant, sinon davantage de cas de *C. trachomatis*, de *N. gonorrhoeae* et de *Trichomonas vaginalis* chez les femmes à l'aide d'écouvillonnages vaginaux qu'avec des écouvillonnages du col, de l'urètre ou un échantillon d'urine^{2,3}. Vérifiez auprès de votre laboratoire s'il offre cette option.

8. Verrues et autres infections à VPH

- Gratter l'exocol pour recueillir des cellules épithéliales cylindriques.
- On peut utiliser des brosses (p. ex., Cytobrush™), d'autres dispositifs de prélèvement ou des écouvillons pour prélever des cellules de la jonction entre les cellules squameuses et cylindriques du col utérin.
- Il existe actuellement des analyses commerciales et non commerciales offrant des dispositifs spécifiques de prélèvement pour la détection de l'ADN des VPH à haut risque du cancer du col utérin. Vérifiez auprès de votre laboratoire pour leur disponibilité et leurs indications.

Remarque :

- Les échantillons d'urine ne se sont pas révélés aussi utiles que ceux du col pour le dépistage de VPH à haut risque⁵.

B. MÉTHODES DES ANALYSES DE LABORATOIRE

Les ITS peuvent être diagnostiquées en laboratoire au moyen de l'une des méthodes suivantes : (a) culture; (b) microscopie; (c) détection des antigènes; (d) détection des acides nucléiques; (e) sérologie; (f) marqueurs-substituts. La sensibilité et la spécificité de ces différentes techniques varient en fonction du type d'échantillon et du micro-organisme à déceler. Le nombre de faux positifs ou de faux négatifs sera influencé par la prévalence de l'infection dans la population échantillonnée. Les TAAN sont les méthodes les plus sensibles, tandis que les cultures sont plus spécifiques. La détection des antigènes, l'hybridation des acides nucléiques, les cultures et la microscopie sont moins sensibles, mais ils pourraient être efficaces pour certains types de patients et d'échantillons. Étant donné que tous les laboratoires diagnostiques n'effectuent pas les mêmes analyses, il faut discuter des conditions cliniques et des types d'échantillons avant de les prélever. Dans certaines situations (p. ex., syphilis), la sérologie est très utile, tandis que dans d'autres (p. ex., *C. trachomatis* de sérotype non-LGV), elle ne l'est pas du tout. Les marqueurs-substituts tels que les bandelettes de leucocyte-estérase ou de pH, ou l'odeur d'amines pour les analyses aux points de service peuvent être utiles pour le dépistage de certaines affections, mais sont en général peu sensibles et spécifiques^{6,7}.

C. DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE D'INFECTIONS SPÉCIFIQUES

1. *Chlamydia trachomatis*

- Les résultats dépendent fortement du type d'analyse offert⁸, de la qualité du prélèvement⁹, des conditions d'entreposage et de transport des échantillons ainsi que de l'expertise du laboratoire.
- Il convient de communiquer avec votre laboratoire pour obtenir des instructions particulières avant d'envoyer des échantillons, et de suivre les instructions relatives au prélèvement, à l'entreposage et au transport des échantillons selon la monographie.
- Les TAAN sont sensibles et spécifiques et devraient être utilisés dans la mesure du possible avec les échantillons urinaires, urétraux et cervicaux; le sang et le mucus peuvent nuire à la performance du TAAN³.
- Les prélèvements non invasifs comme ceux d'urine, peuvent être utilisés pour les TAAN, ce qui facilite l'acceptation des tests par les patients¹⁰.
- *C. trachomatis* et *N. gonorrhœæ* peuvent tous les deux être détectés à partir d'un seul échantillon dans certains TAAN¹¹.
- Étant donné que les taux de réussite du traitement sont élevés, on ne procède généralement pas à un test de contrôle pour vérifier l'efficacité du traitement.
- D'autres épreuves, telles que l'hybridation des acides nucléiques et la détection d'antigènes, peuvent être utilisées, mais elles sont moins sensibles et moins spécifiques, et il faut parfois confirmer les résultats positifs¹².
- La détection sérologique des IgM dirigées contre *C. trachomatis* est utile pour le diagnostic de la pneumonie à *C. trachomatis* chez les nourrissons de moins de trois mois¹³.
- Une sérologie ne convient pas au diagnostic des infections génitales aiguës à *Chlamydia trachomatis* (de sérotypes non-LGV seulement).

- La culture est la méthode privilégiée dans les cas médico-légaux, mais les TAAN pourraient être appropriés à condition que les résultats positifs soient confirmés. La confirmation des résultats positifs peut être effectuée au moyen d'un TAAN utilisant une série d'autres amorces ou par les techniques de séquençage.

Des souches de *C. trachomatis* responsables de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ont fait leur apparition en Europe et en Amérique du Nord, surtout dans des échantillons rectaux des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). L'emploi des TAAN existants à partir d'échantillons rectaux ou oropharyngés n'est pas approuvé par la Food and Drug Administration des États-Unis ou Santé Canada, mais ces méthodes permettent d'identifier des cas positifs pour la LGV qui doivent toutefois être confirmés par polymorphisme de restriction (RFLP) ou des techniques de séquençage. Les échantillons peuvent être mis en culture cellulaire sur lamelle (« shell vial »), non dilués ou dilués 1:10 (pour diluer la toxicité fécale), avec ou sans centrifugation. Les souches responsables de LGV croissent facilement pour atteindre des concentrations élevées de corps élémentaires sans centrifugation, tandis que les souches non LGV nécessitent une centrifugation. Comme avec les TAAN, les cultures positives doivent être confirmées par RFLP ou par séquençage. Pour le diagnostic de la LGV, il est aussi possible de faire des TAAN ou des mises en cultures avec d'autres échantillons tels les aspirats de bubons, l'urine, ou les écouvillons rectaux, vaginaux ou urétraux. Les échantillons cliniques sont importants pour poser un diagnostic définitif. **À cause des problèmes de réactions croisées qui rendent l'interprétation des résultats des tests sérologiques difficile, la sérologie ne devrait pas être utilisée comme test de détection en l'absence d'une culture ou d'un TAAN.** La sérologie telle la micro immuno-fluorescence (MIF) peut toutefois être utile pour confirmer le diagnostic. Pour en savoir plus sur le prélèvement d'échantillons et les analyses disponibles, veuillez communiquer avec votre laboratoire local (voir le chapitre « *Lymphogranulomatose vénérienne* » pour davantage d'information sur le prélèvement d'échantillons et les analyses à effectuer en fonction des stades de l'infection).

2. *Neisseria gonorrhœæ*

- La présence de diplocoques Gram négatif à l'intérieur de leucocytes polynucléaires (PN) détectée au moyen de l'examen microscopique direct des frottis a une forte valeur prédictive positive de la gonorrhée; leur présence à l'extérieur des PN n'en a pas, et une confirmation par culture s'impose.
- La sensibilité et la spécificité de la coloration de Gram dépendent du type d'échantillon¹⁴. La coloration de Gram des prélèvements urétraux chez des jeunes adultes de sexe masculin a un degré de sensibilité et de spécificité supérieur à 95 %; les prélèvements endocervicaux chez les femmes adultes ont une sensibilité de 45 à 65 % et une spécificité de 90 %.
- La culture de *N. gonorrhœæ* est requise pour déterminer la sensibilité antimicrobienne, dans les cas d'agression/d'abus sexuels, ainsi qu'en cas d'échec du traitement.
- La réussite de la culture dépend de la qualité du prélèvement et des conditions de transport des échantillons ou encore de l'ensemencement immédiat du milieu de culture¹⁵. Veuillez vérifier auprès de votre laboratoire.
- Les TAAN sont approuvés pour les écouvillonnages du col et de l'urètre, ainsi que pour l'urine; certains TAAN sont même approuvés pour les écouvillonnages vaginaux¹¹. L'urine et l'écouvillonnage vaginal sont pratiques pour les femmes qui n'ont pas de col utérin. Le prélèvement d'urine est aussi pratique pour celles qui ne sont pas prêtes à se soumettre à un examen pelvien.

- L'urine est l'échantillon à privilégier pour les hommes si on doit faire des TAAN.
- Un TAAN n'est pas recommandé dans le cadre d'un test de contrôle de l'efficacité du traitement.
- Un TAAN peut servir à déceler une réinfection, mais il devra alors être effectué au moins trois semaines après la fin du traitement.
- Dans un cadre médico-légal, un résultat positif à des TAAN devrait être confirmé au moyen d'une série d'amorces différentes ou par les techniques de séquençage de l'ADN.
- Il n'existe pas d'analyses sérologiques.

3. *Haemophilus ducreyi* (chancre mou)

- Comme l'infection à *H. ducreyi* est rare au Canada, veuillez vérifier auprès de votre laboratoire.
- La culture est actuellement la méthode privilégiée, avec deux milieux dans une biplaque¹⁶.
- Les échantillons privilégiés consistent en un prélèvement à la base de l'ulcère à l'aide d'un écouvillon d'alginate de calcium ou de coton ou, en présence de bubon, en une aspiration.
- Il n'existe pas d'analyses sérologiques adéquates pour le diagnostic de *H. ducreyi*. La coloration de Gram pourrait être utile en permettant la détection des coccobacilles Gram négatif en « banc de poissons ».
- Si les TAAN sont offerts, il faut recueillir un deuxième écouvillon de l'ulcère et le mettre dans un milieu de transport approprié.

4. *Virus Herpes simplex*

- Les TAAN sont de plus en plus utilisés à partir du liquide céphalo-rachidien, du liquide des vésicules ou des écouvillonnages d'ulcère¹⁷. Veuillez vérifier auprès de votre laboratoire.
- Les sensibilités et spécificités des TAAN avoisinent les 100 %, et les délais d'obtention des résultats sont courts.
- Les cultures sont faciles à effectuer et les résultats peuvent être positifs dans les 24 heures suivant la mise en culture.
- Les autres méthodes telles que la détection d'antigènes et la méthode de cytologie sur frottis de Tzanck manquent de précision.
- Chez les nouveau-nés, frotter délicatement la conjonctive, et, à l'aide d'un écouvillon pour chaque site, écouvillonner la bouche (et frotter délicatement le pourtour des lèvres), le conduit auditif externe, l'ombilic, les aisselles et les aines. Les échantillons doivent être prélevés entre 24 et 48 heures après la naissance.
- Il existe sur le marché des analyses sérologiques spécifiques de type pour le virus Herpes simplex ; celles-ci pourraient être utiles dans certaines situations cliniques (même si leur disponibilité est actuellement limitée au Canada) : a) patients présentant un premier épisode apparent d'herpès génital malgré des résultats de culture ou de TAAN négatifs; b) détection de la séropositivité chez une femme enceinte qui n'a pas d'antécédent d'herpès; c) counselling sur le VHS pour des couples qui sont sérologiquement discordants¹⁸.

5. *Treponema pallidum* (syphilis)

- Vérifiez auprès de votre laboratoire quels tests sont offerts.
- En présence de lésions lors de syphilis primaire, secondaire ou congénitale précoce, il faut prélever du liquide séreux clair à analyser au microscope à fond noir afin d'observer la morphologie et la mobilité des spirochètes (méthode non fiable pour les lésions buccales ou rectales)¹⁹.
- Les autres méthodes non sérologiques comprennent l'immunofluorescence directe ou les TAAN. Ces derniers sont très sensibles et spécifiques²⁰.
- Dans le cas des femmes enceintes chez qui la syphilis est soupçonnée, il convient de prélever des morceaux de tissu placentaire après l'accouchement et de les soumettre à un test par immunofluorescence directe. (Voir le chapitre *Syphilis* pour les recommandations sur la prise en charge de la syphilis chez les femmes enceintes).
- Le diagnostic sérologique comprend un test de dépistage initial du sérum par des analyses non tréponémiques telles que le test VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), le test rapide de la réagine plasmatique (RPR), le test au rouge de toluidine (TRUST) ou le test de dépistage des réagines (RST).
- L'introduction des analyses tréponémiques pour les anticorps IgG/IgM, comme l'essai immuno-enzymatique (EIA), pourrait offrir une méthode plus sensible pour le dépistage de la syphilis. Bien que les essais immuno-enzymatiques soient très sensibles, ils peuvent manquer de spécificité, par conséquent si l'analyse ELISA tréponémique s'avère positive, une analyse confirmatoire au moyen d'un deuxième test tréponémique est requise (p. ex., TP-PA, MHA-TP, FTA-ABS).
- Lorsque l'analyse non tréponémique est positive, on doit procéder à une confirmation par des analyses tréponémiques telles que le test d'agglutination passive de *Treponema pallidum* (TP-PA), le test d'immunofluorescence indirecte de *Treponema pallidum* (FTA-ABS) et la réaction de microhémagglutination de *Treponema pallidum* (MHA-TP)²¹. Il existe sur le marché plusieurs essais immuno-enzymatiques (EIA) servant à déceler les IgG ou les IgM dirigées contre des antigènes spécifiques de *T. pallidum*; celles-ci sont utiles chez les patients co-infectés par le VIH. Pour des renseignements sur l'examen du liquide céphalo-rachidien, voir le chapitre « *Syphilis* ».
- Les analyses tréponémiques (p. ex., FTA-ABS, MHA-TP et EIA) continuent généralement d'être réactives pendant le reste de la vie des patients, même si le patient est traité, cependant de 15 à 20 % de ceux-ci présentent une séroréversion s'ils sont traités pendant le stade primaire de la maladie.

6. *Virus de l'immunodéficience humaine*

- Au Canada, les laboratoires procédant à des tests de dépistage du VIH ne doivent utiliser que des analyses approuvées par Santé Canada.
- Les sérums sont initialement soumis à un EIA, qui peut déceler des anticorps dans les trois semaines suivant l'infection, mais qui peut aussi avoir un délai de détection allant jusqu'à six mois²².
- Tous les résultats positifs doivent être vérifiés au moyen d'un second EIA ou d'un Western Blot.
- La PCR qualitative sert à déceler de petites quantités d'acides nucléiques chez les nourrissons dont la mère est atteinte du VIH.
- La PCR quantitative (évaluation de la charge virale) sert à faire le suivi des patients atteints du VIH avant et pendant le traitement antirétroviral²³.

- Le génotypage est utilisé pour la détection de la résistance aux médicaments chez certains patients afin de permettre aux médecins de choisir les combinaisons antirétrovirales appropriées²⁴.

7. Virus du papillome humain

- La cytologie en milieu liquide (CML) augmente légèrement la sensibilité du test Pap.
- Les tests de capture d'hybrides et d'amplification du signal, hc2 (Digene) et AMPLCOR PCR (Roche) sont approuvés au Canada et peuvent être effectués séparément ou sur un seul échantillon cervical²⁵.
- La présence de VPH à haut risque chez les patientes présentant une atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée (ASCUS) pourrait justifier une colposcopie immédiate²⁶.
- La microscopie, la culture et la détection d'antigènes ne se sont pas révélées utiles pour le diagnostic des infections au VPH.
- Le génotypage du VPH par «Linear array HPV genotyping » (Roche) et des tests sérologiques sont présentement utilisés pour des fins épidémiologiques.
- Consulter votre laboratoire pour les tests de détection du VPH, car peu de laboratoires offrent actuellement ce service au Canada.

8. Virus de l'hépatite B

- Les patients présentant une infection aiguë au VHB obtiennent des résultats positifs aux sérologies de dépistage de l'antigène de surface de l'hépatite B (antigène HBs) et (ou) des IgM dirigés contre le noyau du VHB (anticorps anti-HBc).
- La majorité des patients (90 %) développent une immunité dans les six mois suivant l'infection et perdent les antigènes HBs pour les remplacer par des anticorps IgG anti-HBc et des anticorps de surface anti-hépatite B (anticorps anti-HBs)²⁷.
- Les patients présentant une infection chronique démontrent une persistance d'antigènes HBs pendant au moins six mois.
- La présence d'antigène e de l'hépatite B (antigène HBe) chez les sujets atteints d'une infection aiguë ou chronique indique une plus grande infectivité aux partenaires et aux nourrissons dont la mère est infectée²⁸. Ces antigènes peuvent éventuellement être remplacés par des anticorps anti-HBe.
- Les analyses de PCR quantitatives permettant de déceler l'ADN viral sont proposées pour surveiller la réponse au traitement^{29,30}.

9. Virus de l'hépatite A

- La présence d'anticorps IgM contre le virus de l'hépatite A (anti-VHA), qui peut durer trois mois, permet de diagnostiquer une infection aiguë³¹.
- La détection d'anticorps IgG anti-VHA permet de confirmer une immunité.

10. *Trichomonas vaginalis*

- Le pH vaginal est $> 4,5$, et on ne dénote généralement pas une odeur d'amine (aucune odeur anormale n'émane du spéculum utilisé)³².
- À cause de la faible sensibilité de la microscopie directe, on peut effectuer une culture, lorsque disponible, afin d'isoler le parasite à l'aide d'écouvillonnages urétraux, de sédiments urinaires, de liquide prostatique et d'échantillons vaginaux³³.

11. *Candida albicans*

- Le pH vaginal est normal ($< 4,5$), et on ne dénote pas d'odeur d'amine³⁴.
- Les préparations à l'état frais additionnées de KOH à 10 % révèlent des levures bourgeonnantes et (ou) des filaments pseudo-mycéliens.

12. *Vaginose bactérienne*

- Le pH vaginal est $> 4,5$, et on dénote la présence d'une odeur d'amine³⁵.
- La coloration de Gram révèle un changement dans la flore vaginale consistant en une baisse importante du nombre de longs bâtonnets Gram positif (lactobacilles) et en une augmentation du nombre de petits coccobacilles Gram variable et de cellules indices (« clue cells »; cellules épithéliales vaginales recouvertes de nombreux coccobacilles).

	Page #
A	
abus	
sexuel	2,5,7
anal	3
analyse non tréponémique	9
analyse tréponémique	9
anticorps	
anti-HBc	10
anti-Hbe	10
anti-HBs	10
antiVH (test de dépistage)	9
IgG	9,10
IgM	6,9,10
aspirat	
bubons	7,8
nasopharyngé	3
C	
candida (<i>Candida albicans</i>)	11
candidose	5
chancres mou (<i>Haemophilus ducreyi</i>)	8
charge virale	9
chlamydia (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	2,6
clue cells	11
col utérin	
examen du col utérin	2,5
coloration de Gram	5,7,8,11

	Page #
coloscopie	10
D	
diagnostic en laboratoire	1-11
diplocoques	7
dysplasie du col utérin	
atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée (ASCUS)	10
E	
écoulement	
urétral	4
écouvillon	1-5,7,8,11
essai immuno-enzymatique (EIA)	9
F	
frottis de Tzanck	8
FTA-ABS	9
G	
gonorrhée (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	2-7
Gram négatif	7,8
Gram positif	11
H	
herpès génital	2,8
hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)	7
I	
immunofluorescence directe (IFD)	3,9

	Page #
L	
leucocytes polynucléaires (PN)	7
lymphogranulomatose vénérienne (LGV)	7
M	
médico-légal	7,8
méthodes des analyses de laboratoire	6
MHA-TP microhémagglutination de <i>Treponema pallidum</i>	9
MIF microimmunofluorescence	7
microscopie à fond noir	3,9
N	
nouveau-né/nourrisson	3,6,8-10
P	
polymorphisme de restriction (RFLP)	7
prélèvement d'échantillon	
du col utérin	2,5
pharynx	3
rectal	3,4
urétral	4,7
vaginal	2,5,7
préparation à l'état frais	5,11
R	
réinfection	8
résistance	10

	Page #
S	
sang	6
sérologie	6,7,10
syphilis	6
congénital	9
primaire et secondaire	9
T	
test au rouge de toluidine (TRUST)	9
test d'agglutination passive de <i>Treponema pallidum</i> (TP-PA)	9
test d'amplification des acides nucléiques (TAAN)	2-9
polymérase en chaîne (PCR)	2,9,10
test de contrôle	6,8
test de dépistage des réagines (RST)	9
test non tréponémique VDRL	9
test Pap (Papanicoulaou)	10
test rapide de la réagine plasmatique (RPR)	9
tests au point de service	1,6
trichomonase (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	2,5,10
U	
ulcère	2,8
urine	1,2,4-8

	Page #
V	
vaccin	
contre le virus de l'hépatite A	10
contre le virus de l'hépatite B	10
vaginose bactérienne (VB)	5,11
verruës	5
vésicule	2,8
VIH/sida (virus de l'immunodéficience humaine/ syndrome de l'immunodéficience acquise)	9
virus de l'hépatite A (VHA)	10
virus de l'hépatite B (VHB)	10
virus Herpes simplex (VHS)	2,8
virus du papillome humain (VPH)	2,5,10
W	
Western Blot	9

Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques

IV

Prise en charge des infections
transmissibles sexuellement en fonction
du syndrome présenté

Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)

Épididymite

Infections intestinales et entériques
transmissibles sexuellement

Pertes vaginales (vaginose bactérienne,
candidose vulvo-vaginale,
trichomonase,)

Prostatite

Ulcérations génitales (UG)

Urétrite

Prise en charge des infections transmissibles sexuellement en fonction du syndrome présenté

janvier 2008

Approche syndromique	1
Tableau 1. Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS	2
Patient symptomatique présentant un risque d'ITS	2
Urétrite	3
Cervicite	5
Ulcérations génitales	6
Épididymite	8
Atteintes inflammatoires pelviennes	10
Pertes vaginales et faible risque d'ITS	11
Pertes vaginales et risque élevé d'ITS	12
Syndromes intestinaux et entériques	13
Lésions papuleuses génitales ou anales	14

PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT EN FONCTION DU SYNDROME PRÉSENTÉ

APPROCHE SYNDROMIQUE

Le diagnostic d'un syndrome à partir de critères standards permet d'estimer la probabilité de la présence d'une infection par un ou des pathogènes spécifiques, ce qui favorise l'amorce du traitement empirique approprié dès la première visite du patient au lieu d'attendre une confirmation par des analyses microbiologiques. Étant donné que l'accès aux analyses de laboratoire n'est pas universel et que les fréquences de suivi sont variables, l'approche syndromique est absolument cruciale pour la maîtrise de la transmission des infections et des séquelles. Voir le *tableau 1* ci-dessous sur le diagnostic et la prise en charge des syndromes liés aux infections transmissibles sexuellement (ITS).

Bien que l'approche syndromique soit un outil important pour la maîtrise des ITS et de leurs séquelles, la prise en charge basée sur le seul syndrome est inadéquate car les infections par des pathogènes tels que *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhœæ* se présentent parfois sans symptôme ou signe clinique. Même s'il est possible de soupçonner que le patient est infecté à cause de ses relations avec un partenaire lui-même infecté ou de la présence chez lui d'une autre ITS, le diagnostic définitif d'une infection ne peut être posé qu'à l'aide d'analyses de laboratoire spécifiques. Ainsi, dans la prise en charge des ITS, le diagnostic syndromique et le diagnostic en laboratoire par les tests de détection de micro-organismes spécifiques sont tous deux importants et complémentaires. Les chapitres de la section **Prise en charge et traitement d'infections spécifiques** donnent des informations détaillées sur le diagnostic, le traitement et la prise en charge d'infections spécifiques.

Tableau 1. Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS

(Les patients peuvent présenter plus d'une ITS; le tableau ci-dessous présente un sommaire des analyses et désigne les chapitres pertinents contenant des informations plus détaillées. Dans de nombreux cas, le dépistage d'autres ITS devrait être effectué.)

Syndrome	Signes et symptômes	Étiologie	Échantillons et analyses de laboratoire	Résultats des analyses de microscopie et des examens cliniques	Étapes suivantes/considérations spéciales
Patient asymptomatique présentant un risque d'ITS (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »)	Aucun	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Urine du premier jet Écouvillonnage urétral		Si les tests ne sont pas effectués selon des méthodes de TAAN et que les relations sexuelles ont eu lieu moins de 48 heures avant les prélèvements, ceux-ci peuvent se révéler faussement négatifs.
		<i>Chlamydia trachomatis</i>	Écouvillonnage du col de l'utérus pour le dépistage de :		
		<i>Treponema pallidum</i>	Analyses sérologiques pour le dépistage de :		
		Virus Herpes simplex de type 1 ou 2	Syphilis VIH	La fenêtre sérologique typique pour la syphilis est de six semaines. La fenêtre sérologique typique pour le VIH est de trois mois.	
		Virus du papillome humain (VPH)	Hépatite A (surtout dans les cas de relations sexuelles oro-anales)		Si le patient n'est pas immunisé contre l'hépatite A et l'hépatite B, envisager une immunisation.
		VIH	Hépatite B (si le patient n'a jamais été vacciné)		Pour l'hépatite virale chronique, demander conseil à un collègue ayant une expertise dans ce domaine.
		Hépatite virale	Hépatite C (surtout chez les UDI)		
			Un test Pap s'il y a lieu (selon les recommandations locales ou provinciales/territoriales)	Des résultats anormaux au test Pap (p. ex., ASCUS, LIBG) ne permettent pas de diagnostiquer le VPH	Suivi selon les recommandations provinciales/territoriales.

ASCUS = atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée LIBG = lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade histologique
 ITS = infection transmissible sexuellement UDI = utilisateurs de drogues injectables

Tableau 1. Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS (suite)

Syndrome	Signes et symptômes	Étiologie	Échantillons et analyses de laboratoire	Résultats des analyses de microscopie et des examens cliniques	Étapes suivantes/considérations spéciales
Urétrite	Écoulement urétral Sensation de brûlure à la miction Irritation au niveau distale de l'urètre ou du méat Érythème du méat	Causes possibles : <i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i> <i>Trichomonas vaginalis</i> Virus Herpes simplex <i>Mycoplasma genitalium</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i>	Écouvillonnage urétral pour effectuer une coloration de Gram et une mise en culture pour la gonorrhée (on peut aussi utiliser les TAAN pour la gonorrhée si ce test est disponible) ET Urine du premier jet pour la <i>C. trachomatis</i> (TAAN)	Présence de ≥ 5 PN par champ(x1000) dans 5 champs et absence de diplocoques Gram négatif (urétrite non gonococcique probable). Présence de ≥ 5 PN par champ(x1000) dans 5 champs ET de diplocoques intracellulaires Gram négatif ou extracellulaires OU présence de diplocoques intracellulaires Gram négatif seulement.	Pour les recommandations relatives au traitement et à la prise en charge, voir l'algorithme sur le traitement de l'urétrite dans le chapitre « <i>Urétrite</i> ». Voir le chapitre « <i>Infections gonococciques</i> » pour les recommandations relatives au traitement.
			La seule présence de diplocoques extracellulaires Gram négatif rend nécessaire la réalisation d'autres analyses de confirmation Lorsque les résultats des examens microscopiques ne sont pas disponibles immédiatement	Voir le <i>tableau 5</i> du chapitre « <i>Infections gonococciques</i> ». Traiter pour une infection à <i>N. gonorrhoeae</i> et à <i>C. trachomatis</i> si le ou la partenaire est infecté(e) par la gonorrhée ou si le suivi n'est pas assuré. OU	

ITS = infection transmissible sexuellement

PN = leucocytes polynucléaires

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

Tableau 1. Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS (suite)

Syndrome	Signes et symptômes	Étiologie	Échantillons et analyses de laboratoire	Résultats des analyses de microscopie et des examens cliniques	Étapes suivantes/considérations spéciales
Urétrite (suite)	Comme ci-dessus	Comme ci-dessus	Comme ci-dessus	Lorsque les résultats des examens microscopiques ne sont pas disponibles immédiatement	<p>Traiter pour une infection à <i>C. trachomatis</i> et envisager un traitement contre <i>N. gonorrhoeae</i> si la prévalence locale est élevée ou lorsque les relations sexuelles ont eu lieu au sein d'une région à prévalence élevée.</p> <p>Si le patient est traité pour une infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et à la gonorrhée et que les symptômes persistent envisager d'autres causes, ou dans le cas de la gonorrhée une résistance aux antimicrobiens (Voir le chapitre « Infections gonococciques »)</p>

ITS = infection transmissible sexuellement

PN = leucocytes polynucléaires

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

Tableau 1. Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS (suite)

Syndrome	Signes et symptômes	Étiologie	Échantillons et analyses de laboratoire	Résultats de analyses de microscopie et des examens cliniques	Étapes suivantes/considérations spéciales
Cervicite (femmes)	Écoulement cervical muco-purulent Friabilité du col utérin Pertes vaginales Douleurs abdominales basses Col piqueté vasculaire rouge « col fraise »	Causes possibles : <i>N. gonorrhoeæ</i> <i>C. trachomatis</i> <i>Trichomonas vaginalis</i> Virus Herpes simplex	Écouvillonnage cervical pour une coloration de Gram, pour une mise en culture de la gonorrhée et pour la <i>C. trachomatis</i> (TAAN ou culture)	Présence de ≥ 20 PN par champ(x1000) dans 5 champs avec écoulement cervical muco-purulent et (ou), friabilité du col utérin	Voir le chapitre « Infections à <i>Chlamydia</i> » pour les recommandations relatives au traitement, à moins que l'on soupçonne la présence d'une gonorrhée; dans ce cas, voir le chapitre « Infections gonococciques ». Note : Même si la coloration de gram n'est pas un test à haute sensibilité, elle peut être utile dans le diagnostic de la cervicite et de la gonorrhée chez les femmes symptomatiques. Si l'infection à VHS est soupçonnée ou décelée, voir le chapitre « Infections génitales au virus Herpes simplex » Voir le chapitre « Pertes vaginales » pour les recommandations relatives au traitement.
			Écouvillonnage vaginal pour préparation à l'état frais	Trichomonas	Traiter pour une infection à <i>N. gonorrhoeæ</i> et à <i>C. trachomatis</i> si le ou la partenaire est infecté(e) par la gonorrhée ou si le suivi n'est pas assuré. OU Traiter pour une infection à <i>C. trachomatis</i> et envisager un traitement contre <i>N. gonorrhoeæ</i> si la prévalence locale est élevée ou lorsque les relations sexuelles ont eu lieu au sein d'une région à prévalence élevée.
				Lorsque les résultats des examens microscopiques ne sont pas immédiatement disponibles	

ITS = infection transmissible sexuellement

PN = leucocytes polynucléaires

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

Tableau 1. Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS (suite)

Syndrome	Signes et symptômes	Étiologie	Échantillons et analyses de laboratoire	Résultats des analyses de microscopie et des examens cliniques	Étapes suivantes/ considérations spéciales
Ulcération génitales	Ulcération (érosives ou pustuleuses)	Le plus fréquent : Virus Herpes simplex de type 1 ou 2	Routine: Écouvillonnage de la lésion pour une mise en culture (herpès)	Herpès Lésions douloureuses Vésicules regroupées Base érythémateuse Fièvre et malaise	Soupçonner l'herpès génital. Il faut envisager un traitement empirique pour une infection primaire ou récurrente soupçonnée (voir le chapitre « <i>Infections génitales au virus Herpes simplex</i> » pour les recommandations relatives au traitement).
	Vésicules				
	Papules				
	Adénopathie inguinale	<i>T. pallidum</i>	Écouvillonnage des liquides séreux provenant de la lésion pour l'examen au microscope à fond noir ou par l'immunofluorescence directe (IFD) pour la syphilis Vérifier auprès du laboratoire la disponibilité du test et Analyses sérologiques pour le dépistage de la syphilis; inclure aussi bien les analyses non tréponémiques (RPR/VDRL) et les analyses tréponémiques (p.ex., MHA-TP, FTA-ABS, TP-PA ou EIA)	Syphilis Lésions non douloureuses Induration avec exsudat séreux Lésion unique dans plus de 70 % des cas	Soupçonner une syphilis primaire. Il faut envisager un traitement empirique si le suivi n'est pas garanti.

ITS = infection transmissible sexuellement

EIA = essai immunoenzymatique

RPR = test rapide de la réagine plasmatique

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

VDRL= *Venereal Disease Research Laboratory*- Test non tréponémique VDRL

MHA-TP = microhémagglutination *Treponema pallidum*

Tableau 1. Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS (suite)

Syndrome	Signes et symptômes	Étiologie	Échantillons et analyses de laboratoire	Résultats de analyses de microscopie et des examens cliniques	Étapes suivantes/ considérations spéciales
Ulcération génitales (suite)	Ulcération (érosives ou pustuleuses) Vésicules Papules Adénopathie inguinale	<p>Le plus fréquent :</p> <p><i>C. trachomatis</i> (LGV de sérotypage L1, L2 ou L3)</p> <p><i>Haemophilus ducreyi</i> <i>Klebsiella granulomatis</i></p>	<p>Pas de routine :</p> <p>S'il y a lieu, selon les antécédents du patient (HARSAH, voyage)</p>	<p>Si les résultats de l'analyse initiale <i>C. trachomatis</i> sont positifs, il faut procéder à des analyses de sérotypes spécifiques pour confirmer le diagnostic de la LGV. Voir le chapitre « <i>Lymphogranulomatose vénérienne</i> ».</p>	<p>Si on soupçonne la LGV, traiter le patient empiriquement en suivant les recommandations du chapitre « <i>Lymphogranulomatose vénérienne</i> ».</p>
			<p>Écouvillonnage de la lésion pour une mise en culture ou TAAN pour <i>C. trachomatis</i> ou envisager des analyses sérologiques pour <i>C. trachomatis</i> (non spécifiques aux sérotypes LGV).</p>	<p>Envisager des tests de détection du chancre mou et du granulome inguinal (voyageurs); demander au laboratoire si ces tests sont disponibles</p>	<p>Voir le chapitre « <i>Ulcérations génitales</i> » pour les recommandations relatives au traitement.</p>

ITS = infection transmissible sexuellement

HARSAH = hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

LGV = lymphogranulomatose vénérienne

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

Tableau 1. Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS (suite)

Syndrome	Signes et symptômes	Étiologie	Échantillons et analyses de laboratoire	Résultats des analyses de microscopie et des examens cliniques	Étapes suivantes/ considérations spéciales
Épididymite	Douleur/enflure testiculaire unilatéral Érythème et œdème possibles sur la peau sus-jacente Avec ou sans écoulement Fièvre	Le plus fréquent (varie en fonction de l'âge) : <i>C. trachomatis</i> <i>N. gonorrhoeæ</i> Coliformes <i>Pseudomonas</i>	Urine du premier jet pour un TAAN (<i>C. trachomatis</i>); peut servir à la détection de la gonorrhée là où il est offert Écouvillonnage urétral pour une coloration de Gram et une mise en culture pour la gonorrhée et Urine du milieu du jet pour un examen microscopique et une culture (micro-organismes entériques, coliformes)	Enflure palpable de l'épididyme Coloration de Gram : Présence de ≥ 5 PN par champ(x1000) dans 5 champs et (ou) diplocoques intracellulaires Gram négatif Coloration de Gram : Absence de PN et de diplocoques intracellulaires Gram négatif	Pour les recommandations relatives au traitement empirique, voir le chapitre « <i>Epididymite</i> ». Voir le chapitre « <i>Épididymite</i> » pour les recommandations relatives au traitement de l'épididymite probablement causée par des infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> ou des infections gonococciques. Voir le chapitre « <i>Épididymite</i> » pour le traitement des micro-organismes autres que la chlamydia ou la gonorrhée. Voir le chapitre « <i>Épididymite</i> » pour le traitement des micro-organismes autres que la chlamydia ou la gonorrhée.

ITS = infection transmissible sexuellement

PN = leucocytes polynucléaires

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

Tableau 1. Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS (suite)

Syndrome	Signes et symptômes	Étiologie	Échantillons et analyses de laboratoire	Résultats de analyses de microscopie et des examens cliniques	Étapes suivantes/ considérations spéciales
Épididymite (suite)	Comme ci-dessus	Comme ci-dessus	Échographie Doppler si on soupçonne une torsion testiculaire		Si les symptômes apparaissent brusquement, il faut soupçonner une torsion testiculaire, car cette dernière représente une urgence chirurgicale.

ITS = infection transmissible sexuellement

PN = leucocytes polynucléaires

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

Tableau 1. Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS (suite)

Syndrome	Signes et symptômes	Étiologie	Échantillons et analyses de laboratoire	Résultats des analyses de microscopie et des examens cliniques	Étapes suivantes/ considérations spéciales
Atteintes inflammatoires pelviennes	Douleurs abdominales basses Dyspareunie profonde Saignements anormaux Fièvre	<i>C. trachomatis</i> <i>N. gonorrhoeæ</i> Mycoplasmes des voies génitales Autres espèces de bactéries aérobies ou anaérobies	Écouvillonnage cervical pour coloration de Gram et une mise en culture pour la gonorrhée Écouvillonnage cervical pour la <i>C. trachomatis</i> (TAAN ou la mise en culture) Écouvillonnage vaginal pour coloration de Gram, mise en culture, test de PH, recherche d'odeur d'amine et préparation à l'état frais Analyses d'urine ± dosage de la bêta-HCG sérique pour écarter une grossesse ectopique Autres analyses sérologiques : Vitesse de la sédimentation globale Taux de la protéine C-réactive	Examen bimanuel : Sensibilité à la mobilisation du col Sensibilité des annexes de l'utérus Masses des annexes de l'utérus Autres troubles : Douleur du QSD Cervicite Fièvre	Pour les recommandations relatives au traitement empirique et aux critères de diagnostic définitif, voir le chapitre « <i>Atteintes inflammatoires pelviennes</i> ». Assurer que le traitement est approprié et conforme au tableau clinique ainsi que les résultats de la coloration de Gram, et préparation à l'état frais, du PH vaginal et de l'odeur d'amine, voir le chapitre « <i>Atteintes inflammatoires pelviennes</i> ».

ITS = infection transmissible sexuellement

QSD = quadrant supérieur droit

bHCG = gonadotrophine chorionique humaine bêta

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

Tableau 1. Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS (suite)

Syndrome	Signes et symptômes	Étiologie	Échantillons et analyses de laboratoire	Résultats des analyses de microscopie et des examens cliniques	Étapes suivantes/ considérations spéciales
Pertes vaginales et faible risque d'ITS (pour les facteurs de risque, voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »	Pertes vaginales	Le plus fréquent : Vaginose bactérienne	Écouvillonnage vaginal pour analyser le pH et faire une coloration de Gram	À l'examen : Pertes liquides, blanches ou grises, abondantes Au microscope : Prédominance de bacilles Gram négatif et de coccobacilles; présence de « clue cells »; pH vaginal > 4,5, odeur d'amine positive	Traitement de la vaginose bactérienne Voir le chapitre « Pertes vaginales » pour les recommandations relatives au traitement.
	Odeur vaginale	Candidose vulvo-vaginale	Écouvillonnage vaginal pour préparation à l'état frais et la recherche d'odeur d'amine	À l'examen : Pertes blanches, en grains ou en mottes Au microscope : Levure bourgeonnante, filaments pseudo-mycéliens et, s'il est possible de tester le pH, présence d'un pH vaginal < 4,5, odeur d'amine négative	Traitement de la candidose Voir le chapitre « Pertes vaginales » pour les recommandations relatives au traitement.
	Prurit vaginal/vulvaire	Trichomonase		À l'examen : Pertes écumeuses, blanches ou jaunes Au microscope : Protozoaire mobile flagellé (Trichomonas) et, s'il est possible de tester le pH, présence d'un pH vaginal > 4,5, odeur d'amine négative	Traitement de la trichomonase Voir le chapitre « Pertes vaginales » pour les recommandations relatives au traitement. Traiter les partenaires sexuels.
Érythème vaginal/vulvaire					
Dysurie					

ITS = infection transmissible sexuellement

Tableau 1. Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS (suite)

Syndrome	Signes et symptômes	Étiologie	Échantillons et analyses de laboratoire	Résultats de analyses de microscopie et des examens cliniques	Étapes suivantes/ considérations spéciales
Pertes vaginales et risque élevé d'ITS (pour les facteurs de risque, voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »)	Pertes vaginales Odeur vaginale Prurit vaginal/ vulvaire Érythème vaginal/ vulvaire Dysurie	Les plus fréquentes : Vaginose bactérienne Candidose vulvo-vaginale Trichomonase	Comme ci-dessus, plus écouvillonnage cervical pour une mise en culture pour la gonorrhée Écouvillonnage cervical pour la <i>C. trachomatis</i> (TAAN ou la mise en culture) Pour les femmes n'ayant pas de col utérin, voir les chapitres « Infections gonococciques » et « Infections à <i>Chlamydia</i> » pour les recommandations relatives au prélèvement des échantillons.	Comme indiqué ci-dessus	Comme indiqué ci-dessus Pour les patients à risque élevé, lorsqu'il n'est pas possible d'effectuer des analyses ou un examen microscopique, ou si le suivi n'est pas garanti, traiter le patient comme s'il s'agissait d'une vaginose bactérienne, d'une candidose vulvo-vaginale, d'une trichomonase, d'une <i>Chlamydia trachomatis</i> et envisager un traitement contre <i>N. gonorrhoeæ</i> si la prévalence locale est élevée ou lorsque les relations sexuelles ont eu lieu au sein d'une région à prévalence élevée.

ITS = infection transmissible sexuellement

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

Tableau 1. Approche syndromique pour le diagnostic et la prise en charge des ITS (suite)

Syndrome	Signes et symptômes	Étiologie	Échantillons et analyses de laboratoire	Résultats de analyses de microscopie et des examens cliniques	Étapes suivantes/ considérations spéciales
Lésions papuleuses génitales ou anales	Croissances dans la région anale ou génitale ou sur les membranes muqueuses Multiples et (ou) polymorphiques Asymétriques Non inflammatoires Peuvent être accompagnées de : Prurit Saignement/ obstruction, selon le site de l'infection (p.ex., urètre ou vagin)	Virus du papillome humain <i>Molluscum contagiosum</i> Acrochordons Carcinome Variations normales	Évaluation visuelle et examen anal, et (ou) vaginal, selon les antécédents et les trouvaillies Un test Pap s'il y a lieu, selon les recommandations locales ou provinciales/ territoriales	Une ou plusieurs lésions présentant l'aspect d'un chou-fleur (condylome acuminé) Lésion externe Lésion interne dans l'anus, le vagin ou sur le col utérin	Traiter le patient en suivant les recommandations du chapitre « <i>Infections génitales au virus du papillome humain</i> ». Consulter un spécialiste pour le traitement.
				Lésions plates et asymétriques (condylome plat) Papule ronde, plate, ombiliquée (<i>Molluscum contagiosum</i>)	Signe de syphilis secondaire; voir le chapitre « <i>Syphilis</i> » pour les recommandations sur le traitement. Peuvent se résoudre spontanément avec ou sans traitement. Peut être traitées avec de l'azote liquide.
				Lésions papuleuses génitales symétriques : Papules péniennes perlées (sillon coronal) ou Papilles vestibulaires (<i>micropapillomatosis labialis</i>)	Résultats normaux; pas besoin de traitement
				Lésion chronique, ulcération ou pigmentation irrégulière (peut indiquer une lésion cancéreuse)	Consulter un spécialiste pour le traitement.

Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)

janvier 2008

Définition	1
Étiologie	1
Épidémiologie	2
Prévention	2
Manifestations et diagnostic	3
Prise en charge	5
Traitement	6
Prise en considération d'autres ITS	9
Déclaration des cas et notification aux partenaires	9
Suivi	9
Considérations spéciales	10

ATTEINTES INFLAMMATOIRES PELVIENNES (AIP)

Définition

- Les AIP sont des infections des voies génitales supérieures féminines pouvant se localiser dans l'endomètre, les trompes de Fallope, le péritoine pelvien ou les structures contiguës.

Étiologie

- Chez la femme, les causes des douleurs abdominales basses sont multiples. Celles-ci peuvent en effet être dues à une maladie ou à une dysfonction gynécologique (complications d'une grossesse, infections aiguës, endométriose, troubles annexiels, troubles menstruels), gastro-intestinales (appendicite, gastro-entérite, maladie inflammatoire de l'intestin), uro-génitales (cystite, pyélonéphrite, néphrolithiase), musculo-squelettiques ou neurologiques.
- La cause infectieuse la plus fréquente des douleurs abdominales basses chez la femme est liée aux atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)¹.
- Les AIP sont dues à une infection imputable à divers pathogènes.
- La majorité des cas d'AIP sont associés à plus d'un micro-organisme.
- Les micro-organismes peuvent être classés selon qu'ils sont transmis sexuellement ou qu'ils sont endogènes.

Tableau 1. Causes microbiennes

Micro-organismes transmis sexuellement	<ul style="list-style-type: none">• <i>Chlamydia trachomatis</i>• <i>Neisseria gonorrhœae</i>• Virus et protozoaires (rares) :<ul style="list-style-type: none">– virus Herpes simplex– <i>Trichomonas vaginalis</i>
Micro-organismes endogènes	<ul style="list-style-type: none">• Mycoplasmes des voies génitales :<ul style="list-style-type: none">– <i>Mycoplasma genitalium</i>– <i>Mycoplasma hominis</i>– <i>Ureaplasma urealyticum</i>
Bactéries anaérobies	<ul style="list-style-type: none">• <i>Bacteroides spp</i>• <i>Peptostreptococcus spp</i>• <i>Prevotella spp</i>
Bactéries aérobies facultatives	<ul style="list-style-type: none">• <i>Escherichia coli</i>• <i>Gardnerella vaginalis</i>• <i>Haemophilus influenzae</i>• <i>Streptococcus spp</i>

Épidémiologie

- Les AIP constituent un problème de santé publique notable.
- Jusqu'aux deux tiers des cas ne sont pas décelés, de sorte que les sous-déclarations sont fréquentes.
- Environ 100 000 cas d'AIP avec symptômes se produisent annuellement au Canada mais comme ces affections ne sont pas signalées à l'échelle nationale, leur nombre exact est inconnu.
- On estime que 10 à 15 % des femmes en âge de procréer ont déjà présenté un épisode d'AIP².
- Ces dernières années, les taux d'hospitalisation liés aux AIP ont baissé (118 pour 100 000 femmes en 1995 par rapport à 55 pour 100 000 femmes en 2001, selon les données de Santé Canada) car de plus en plus de patientes sont traitées en clinique externe; le nombre de visites médicales liées aux AIP est toutefois demeuré stable.
- L'incidence de séquelles à long terme dues aux AIP (infertilité liée aux trompes de Fallope, grossesse ectopique, douleur pelvienne chronique) est directement liée au nombre d'épisodes d'AIP³.
- Dans les régions qui bénéficient depuis de nombreuses années de programmes de contrôle des infections à *Chlamydia trachomatis*, les taux d'AIP et de grossesses ectopiques ont baissé.

Prévention

- Les programmes de promotion de la santé et d'éducation à la santé sont essentiels pour encourager le dépistage des infections transmissibles sexuellement (ITS) et devraient être diffusés auprès des différents groupes populationnels.
- Les professionnels de la santé devraient assumer la responsabilité des activités de prévention primaire telles que le counselling portant sur la réduction des risques et l'éducation des patients.
- Au moment du diagnostic de l'infection, les professionnels de la santé devraient insister sur la prévention et les pratiques sexuelles plus sécuritaires. Ils devraient également déterminer quels sont les obstacles aux mesures préventives et trouver les moyens de les contourner.
- Il faut conseiller aux patientes et à leurs partenaires de s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à la fin de leur traitement.

Manifestations et diagnostic

- Les douleurs abdominales peuvent être la manifestation clinique de nombreuses affections. Les symptômes des AIP peuvent par ailleurs ressembler à ceux d'autres troubles gynécologiques, gastro-intestinaux, urinaires ou musculo-squelettiques.
- Pris isolément, ni l'évaluation des antécédents, ni l'examen physique, ni les analyses de laboratoire ne sont une méthode sensible et spécifique permettant de poser un diagnostic d'AIP⁴.
- Seules un tiers des femmes souffrant d'AIP aiguës ont une température supérieure à 38 °C⁵.
- Parmi les signes observables à l'examen physique des femmes souffrant d'AIP aiguës, on note une sensibilité abdominale basse bilatérale, une sensibilité à l'utérus ou une sensibilité aux annexes et à la mobilisation du col. Ces signes peuvent toutefois être aussi ceux d'autres affections.
- Le diagnostic clinique des AIP étant imprécis, les cliniciens ont besoin d'avoir un indice de suspicion élevé.

Tableau 2. Critères diagnostiques

Critères diagnostiques minimaux	Critères diagnostiques supplémentaires	Critères diagnostiques définitifs
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilité abdominale basse • Sensibilité aux annexes • Sensibilité à la mobilisation du col de l'utérus 	<ul style="list-style-type: none"> • Température orale > 38,3 °C • Présence de globules blancs dans les sécrétions vaginales au microscope dans une préparation saline/ préparation à l'état frais • Vitesse de sédimentation globulaire élevée • Taux élevé de protéine C-réactive • Objectivation d'une infection du col de l'utérus par <i>Neisseria gonorrhœae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i> par des analyses de laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsie de l'endomètre avec signes histopathologiques d'endométrite (au moins 1 plasmocyte par champ × 120 et au moins 5 neutrophiles par champ × 400) • Échographie (ou autres techniques d'imagerie) transvaginale révélant un épaississement des trompes de Fallope pleines de liquide, avec ou sans liquide pelvien libre ou complexe tubo-ovarien • Norme : laparoscopie révélant des anomalies typiques d'AIP, par exemple un érythème ou des exsudats muco-purulents des trompes de Fallope

AIP = atteintes inflammatoires pelviennes

Examen physique et prélèvement d'échantillons

- Effectuer un examen abdominal et pelvien complet chez toute patiente souffrant de douleurs abdominales basses.
- L'examen pelvien devrait comprendre un examen au spéculum ainsi qu'un examen bimanuel
- Examiner les organes génitaux externes, le vagin et le col utérin.



• Procéder à un dosage immédiat de la bêta-HCG sérique pour écarter une grossesse ectopique.

- À l'aide d'un spéculum, procéder à un écouvillonnage endocervical pour faire des tests diagnostiques de *Neisseria gonorrhoeae* et de *Chlamydia trachomatis*.
- Prélever les lésions du col utérin à l'aide d'un écouvillon en vue de tests diagnostiques du virus Herpes simplex, si l'on soupçonne la présence de ce dernier.
- Procéder à des écouvillonnages vaginaux pour effectuer des cultures, des tests du pH, une recherche d'odeur d'amine, des préparations à l'état frais avec une solution saline normale et avec de l'hydroxyde de potassium, et une coloration de Gram. L'évaluation clinique des vaginoses bactériennes est basée sur les critères Amsel, trois critères sur quatre sont nécessaires (perte vaginale, pH élevé, recherche d'odeur d'amine et «clue cells»^{*6}. Il pourrait être pertinent de faire une culture aérobie et anaérobie pour la détection d'agents pathogènes vaginaux inhabituels tels que le *Streptococcus* du Groupe A.

« Clue cells » = Cellules épithéliales recouvertes de coccobacilles.

Diagnostic de laboratoire

- Les résultats négatifs des analyses de laboratoire ne permettent pas d'exclure la présence d'AIP.
- Un examen normal à l'échographie ne permet pas d'exclure la présence d'AIP.
- L'échographie peut faciliter le diagnostic, surtout lorsqu'on soupçonne la présence d'un abcès tubo-ovarien.
- Un dosage immédiat de la bêta-HCG sérique devrait être effectué pour écarter le risque de grossesse ectopique du diagnostic différentiel.
- La détection de diplocoques intracellulaires Gram négatif sur une coloration de Gram des sécrétions endocervicales, les résultats positifs d'un test diagnostique de *N. gonorrhoeae* ou de *C. trachomatis*, ou les deux supportent un diagnostic d'AIP.
- Des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pourraient faciliter la détection de *N. gonorrhoeae* ou de *C. trachomatis*.
- Parmi les autres tests pertinents pour le diagnostic des AIP aiguës, on compte l'hémogramme complet, vitesse de sédimentation globulaire, le taux de protéine C-réactive et la biopsie de l'endomètre.

Prise en charge

- Le diagnostic et le traitement précoces sont essentiels pour que la fertilité ne soit pas compromise.
- L'antibiothérapie peut être administrée par voie orale ou parentérale, au cours d'une hospitalisation ou en consultation externe (traitement ambulatoire).
- Les données recueillies nous portent à croire que les taux d'efficacité et de complications à long terme ne sont pas significativement différents entre ces deux voies d'administration ou entre l'administration au cours d'une hospitalisation ou en consultation externe⁷.
- Les patientes bénéficiant d'un traitement ambulatoire devraient être suivies étroitement et subir de nouveau un examen deux ou trois jours après le début du traitement.
- **En l'absence d'amélioration clinique, il faut hospitaliser les patientes afin de leur administrer un traitement par voie parentérale, les mettre sous observation et procéder éventuellement à une laparoscopie; il faut également envisager de consulter des collègues expérimentés dans les soins de ce type de patientes.**

Tableau 3. Critères pour l'hospitalisation

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

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

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

Traitement

- Les objectifs du traitement consistent à maîtriser l'infection aiguë et à prévenir les séquelles à long terme telles que l'infertilité, une grossesse ectopique ou des douleurs pelviennes chroniques.
- Les schémas thérapeutiques devraient être empiriques et couvrir un large spectre de pathogènes éventuels, en plus de tenir compte de la nature polymicrobienne des AIP.
- Les schémas thérapeutiques devraient cibler *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, les bactéries Gram-négatif aérobies facultatives et les streptocoques⁸. Le traitement des bactéries anaérobies devrait être envisagé; les bactéries anaérobies sont détectées dans la majorité des cas d'AIP mais il reste à déterminer si l'élimination des bactéries anaérobies des voies génitales supérieures est nécessaire.
- Bien que les quinolones ne soient plus recommandées pour le traitement des infections gonococciques au Canada, dû à la nature polymicrobienne des AIP, elles peuvent toujours être utiles pour le traitement d'une infection aiguë qui n'implique pas une *N. gonorrhoeae* résistante aux quinolones. Des essais cliniques récents démontrent que les quinolones sont très efficaces à guérir des AIP aigus.⁹⁻¹¹
- **Pour les patientes présentant des contre-indications au traitement par les céphalosporines ou les quinolones**, les données probantes récentes suggèrent que l'administration de l'azithromycine de courte durée, c'est-à-dire, à une dose de 250 mg, p.o., 1 f.p.j. pour une semaine **OU** 1 g, p.o., en dose unique pendant deux semaines PLUS le metronidazole oral est très efficace, produisant une guérison clinique pour des AIP aigus.¹²
- On peut envisager l'arrêt du traitement parentéral 24 heures après l'amélioration de l'état de la patiente sur le plan clinique⁸.
- Une antibiothérapie transitionnelle par voie orale devrait ensuite être amorcée, la durée totale du traitement devrait être de 14 jours⁸.
- Si le traitement demeure inefficace, il faut envisager d'autres diagnostics différentiels et une laparoscopie.

Tableau 4. Schémas thérapeutiques parentéraux recommandés

<p>Traitement A¹³ [A-I]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Céfoxitine, 2 g, i.v. toutes les 6 heures PLUS doxycycline, 100 mg, i.v. ou p.o. toutes les 12 heures. <ul style="list-style-type: none"> – Il est possible d'interrompre le traitement parentéral 24 heures après l'amélioration clinique du patient et de poursuivre le traitement oral par la doxycycline (100 mg, 2 f.p.j.) pour un total de 14 jours. – La plupart des experts recommandent d'administrer la doxycycline p.o. même chez les patients hospitalisés, car l'administration i.v. est douloureuse et plus coûteuse; en outre, les deux voies ont des biodisponibilités similaires.
<p>Traitement B [A-I]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clindamycine, 900 mg, i.v. toutes les 8 heures PLUS gentamicine*, dose de charge i.v. ou i.m. (2 mg/kg de poids corporel), suivie d'une dose d'entretien (1,5 mg/kg) toutes les 8 heures. Il est possible de lui substituer une posologie uni dose quotidienne (5 mg/kg de poids corporel i.v. toutes les 24 heures). <ul style="list-style-type: none"> – Il est possible d'interrompre le traitement parentéral 24 heures après l'amélioration clinique du sujet et de poursuivre le traitement oral par la doxycycline (100 mg, 2 f.p.j.) OU la clindamycine (450 mg p.o., 4 f.p.j.) pour un total de 14 jours.
<p>Autres traitements¹⁴ [A-II]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofloxacine, 400 mg, i.v. toutes les 12 heures[†] PLUS/MOINS métronidazole, 500 mg, i.v. toutes les 8 heures[†] OU • Lévofloxacin, 500 mg, i.v. 1 f.p.j.[†] PLUS/MOINS métronidazole, 500 mg, i.v. toutes les 8 heures[†] OU • Ampicilline/sulbactam, 3 g, i.v. toutes les 6 heures PLUS doxycycline, 100 mg, i.v. ou p.o. toutes les 12 heures OU • Ciprofloxacin, 200 mg, i.v. toutes les 12 heures[†] PLUS doxycycline, 100 mg, i.v. ou p.o. toutes les 12 heures PLUS/MOINS métronidazole, 500 mg, i.v. toutes les 8 heures[†]. <ul style="list-style-type: none"> – Comme la ciprofloxacin ne cible pas bien <i>C. trachomatis</i>, il est recommandé d'ajouter systématiquement la doxycycline. – Étant donné que les deux quinolones ne couvrent pas bien toutes les bactéries anaérobies, il faudrait ajouter le métronidazole à chaque traitement.

Notes :

- Les patientes ne doivent pas boire d'alcool pendant le traitement ainsi que dans les 24 heures qui suivent le traitement avec le métronidazole à cause du risque de réaction au disulfirame (Antabuse).
 - L'administration d'ofloxacin, de ciprofloxacin, de lévo
- * Les recommandations ci-dessus s'appliquent aux patientes dont la fonction rénale est normale. Il faut modifier la posologie de la gentamicine lorsque la fonction rénale de la patiente est altérée. Il convient aussi de surveiller la fonction rénale et les concentrations de gentamicine pendant la durée du traitement.

[†] **Dû à l'augmentation rapide de la *N. gonorrhoeae* résistante aux quinolones, les quinolones tels que la ciprofloxacin et l'ofloxacin ne sont plus les médicaments privilégiés pour le traitement des infections gonococciques au Canada.**

Les quinolones peuvent être considérées comme traitement de deuxième ligne SEULEMENT SI :

- des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens sont disponibles et la susceptibilité aux quinolones est démontrée;

OU

- au cas où l'épreuve de résistance aux antimicrobiens n'est pas disponible, un test de contrôle de l'efficacité du traitement est essentiel.

[‡] Le traitement des bactéries anaérobies devrait être envisagé; les bactéries anaérobies sont détectées dans la majorité des cas d'AIP mais il reste à déterminer si l'élimination des bactéries anaérobies des voies génitales supérieures est nécessaire.

Tableau 5. Schémas thérapeutiques recommandés pour le traitement ambulatoire

<p>Traitement A¹⁵ [A-II]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone, 250 mg, i.m., en dose unique [§] PLUS doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Céfoxitine, 2 g, i.m. PLUS probénécide, 1 g, p.o., à prendre en dose unique avec la céfoxitine PLUS doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une autre céphalosporine de la troisième génération par voie parentérale (p. ex., ceftizoxime ou céfotaxime) PLUS doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours. • De nombreux experts recommandent l'ajout, à ce traitement, de 500 mg de métronidazole p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours pour mieux couvrir les bactéries anaérobies, et le traitement des vaginoses bactériennes[‡] [B-III].
<p>Traitement B¹⁶ [A-II]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofloxacine, 400 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours[†] PLUS/MOINS métronidazole 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours[‡] [A-I] <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lévofoxacine, 500 mg, p.o., chaque jour[†] PLUS/MOINS métronidazole, 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours[‡] [B-II]. – On ajoute le métronidazole pour couvrir les bactéries anaérobies[‡]. – Les données préliminaires nous portent à croire que la lévofoxacin orale est aussi efficace que l'ofloxacin orale, en plus d'avoir l'avantage d'être à unidose quotidienne[§].

Notes :

- Les patientes ne doivent pas boire d'alcool pendant le traitement ainsi que dans les 24 heures qui suivent le traitement avec le métronidazole à cause du risque de réaction au disulfirame (Antabuse).
- L'administration d'ofloxacin, de ciprofloxacine, de lévofoxacin et de doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes et celles qui allaitent. Les femmes enceintes ne doivent être traitées ni par les quinolones, ni par les tétracyclines.

[†] **Dû à l'augmentation rapide de la *N. gonorrhoeae* résistante aux quinolones, les quinolones tels que la ciprofloxacine et l'ofloxacin ne sont plus les médicaments privilégiés pour le traitement des infections gonococciques au Canada.**

Les quinolones peuvent être considérées comme traitement de deuxième ligne SEULEMENT SI :

- des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens sont disponibles et la susceptibilité aux quinolones est démontrée;

OU

- au cas où l'épreuve de résistance aux antimicrobiens n'est pas disponible, un test de contrôle de l'efficacité du traitement est essentiel.

[§] La ceftriaxone ne doit pas être administrée aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant des antécédents de réactions immédiates et/ou anaphylactiques aux pénicillines.

^{||} Le diluant privilégié pour la ceftriaxone est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg; 0,45 ml/125 mg) pour diminuer l'inconfort.

[‡] Le traitement des bactéries anaérobies devrait être envisagé; les bactéries anaérobies sont détectées dans la majorité des cas d'AIP mais il reste à déterminer si l'élimination des bactéries anaérobies des voies génitales supérieures est nécessaire.

Prise en considération d'autres ITS

- Les sujets présentant une ITS sont susceptibles d'être infectés par une ou plusieurs autres ITS concomitantes.
- À la suite d'un diagnostic d'AIP, il faut procéder au dépistage d'autres infections, y compris le VIH et la syphilis, et offrir du counselling.
- Il est recommandé d'immuniser les sujets contre l'hépatite B, s'ils ne le sont pas encore.
- Discuter du vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • *DCC-2 (2007) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain.*

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Le cas de maladies dont la déclaration est obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux devraient être signalés aux départements de santé publique locaux.
- La prise en charge des femmes souffrant d'AIP n'est considérée comme optimale que si leurs partenaires sexuels sont également examinés et traités.
- Tout partenaire avec qui la patiente a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou la date de diagnostic si elle était asymptomatique devrait se soumettre à une évaluation clinique.
- Après l'examen, les partenaires devraient recevoir un traitement empirique contre les infections gonococciques et les infections à *Chlamydia trachomatis* quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.
- Lorsque le micro-organisme responsable de l'AIP est associé à une ITS à déclaration obligatoire, les départements de santé publique locaux peuvent offrir leur concours au processus de notification aux partenaires, à leur orientation vers les ressources compétentes pour l'évaluation clinique, les tests, le traitement et l'éducation à la santé.

Suivi

- Les douleurs et les sensibilités dues aux AIP aiguës devraient commencer à s'atténuer dans les 48 à 72 heures suivant le début de l'antibiothérapie¹⁷.
- Si aucune amélioration n'est constatée, d'autres analyses devraient être effectuées.
- Les patientes bénéficiant d'un traitement ambulatoire devraient être suivies étroitement et subir de nouveau un examen deux ou trois jours après le début du traitement.
- En l'absence d'amélioration clinique, il faut hospitaliser la patiente pour lui administrer un traitement par voie parentérale et la mettre sous observation.
- À la suite d'un diagnostic d'AIP, les patientes devraient être informées du risque de complications à court terme telles que le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis (périhépatite gonococcique) et l'abcès tubo-ovarien, ainsi que de l'éventualité de séquelles à long terme comme l'infertilité, les grossesses ectopiques et les douleurs pelviennes chroniques.

Considérations spéciales

Grossesse

- Les AIP sont rares pendant la grossesse, particulièrement après le premier trimestre.
- Les femmes enceintes chez qui on soupçonne la présence d'AIP devraient être hospitalisées pour être examinées et recevoir un traitement parentéral en raison du risque accru d'effets indésirables pour elles-mêmes et le déroulement de leur grossesse.
- Le diagnostic différentiel des douleurs abdominales aiguës pendant la grossesse pouvant inclure de multiples conditions, il est recommandé de consulter un collègue ayant une expertise en la matière.

Infection à VIH

- Chez les femmes atteintes du VIH et souffrant d'AIP, l'évolution clinique risque d'être plus complexe.
- Certaines études incitent à croire que dans le cas des femmes séropositives pour le VIH et souffrant d'AIP, le nombre de jours d'hospitalisation, le risque d'abcès tubo-ovarien et la nécessité de procéder à une intervention chirurgicale sont accrus, comparativement aux femmes séronégatives^{18,19}.
- Ces femmes devraient être suivies étroitement et recevoir un traitement agressif; l'hospitalisation devrait être envisagée.
- Il est recommandé de consulter un spécialiste dans le traitement du VIH.

Adolescentes

- Les adolescentes chez qui on soupçonne des AIP devraient être hospitalisées si l'adhérence au traitement n'est pas garantie.

Patientes qui portent un stérilet

- Dans le cas des patientes qui portent un stérilet, celui-ci ne doit être retiré qu'après le début du traitement et l'administration d'au moins deux doses d'antibiotiques.

Épididymite

janvier 2008

Définition	1
Étiologie	1
Épidémiologie	2
Prévention	2
Manifestations	3
Diagnostic	3
Prise en charge et traitement	4
Prise en considération d'autres ITS	5
Déclaration des cas et notification aux partenaires.....	5
Suivi	5
Considérations spéciales	5

ÉPIDIDYMITE

Définition

- L'épididymite (inflammation de l'épididyme) se caractérise par l'apparition relativement soudaine de douleurs et d'enflures testiculaires unilatérales aiguës souvent accompagnés d'une sensibilité de l'épididyme et du canal déférent. Elle s'accompagne parfois d'un érythème et d'un œdème de la peau sus-jacente.
- L'orchi-épididymite désigne principalement l'inflammation de l'épididyme et du testicule¹.

Étiologie²

- Avant l'existence des tests de détection de *Chlamydia trachomatis*, la cause de l'épididymite aiguë était la plupart du temps inconnue. Depuis, les études ont montré que les causes d'épididymite sont principalement d'origine infectieuse.
- Chez les hommes de moins de 35 ans, les deux tiers des cas d'épididymite sont dus à une infection transmissible sexuellement (causée par *Chlamydia trachomatis* dans 47 % des cas et par *Neisseria gonorrhoeae* dans 20 % des cas). Chez les hommes de plus de 35 ans, elle est causée par des coliformes ou par *Pseudomonas* dans 75 % des cas. L'isolement de *Chlamydia trachomatis* ou de *Neisseria gonorrhoeae* est rarement observé.
- La recherche de l'agent causal devrait toujours tenir compte de l'évaluation du risque du patient d'être infecté par un agent pathogène transmissible sexuellement.
- **Dans le cas des enfants et des jeunes adultes, il importe de déterminer si l'œdème scrotal aurait une cause non infectieuse, comme un traumatisme, une torsion du testicule ou une tumeur testiculaire. La torsion du testicule, qui représente un risque élevé d'infarctus testiculaire si le traitement est différé et qui constitue une urgence chirurgicale, devrait être soupçonnée lorsque les douleurs scrotales apparaissent de façon soudaine.**

Tableau 1. Causes microbiennes et facteurs prédisposant à l'épididymite aiguë³

Groupe d'âge	Causes et facteurs prédisposants
Enfants impubères	<ul style="list-style-type: none">• Causes habituelles : coliformes, <i>P. aeruginosa</i>• Cause inhabituelle : dissémination par voie hématogène d'un foyer infectieux primaire• Facteurs prédisposants : pathologie génito-urinaire sous-jacente
Hommes de moins de 35 ans	<ul style="list-style-type: none">• Causes habituelles : <i>C. trachomatis</i>, <i>N. gonorrhoeae</i>• Causes inhabituelles : coliformes, <i>P. aeruginosa</i>, <i>Mycobacterium tuberculosis</i>• Facteur prédisposant : urétrite transmise sexuellement
Hommes de plus de 35 ans	<ul style="list-style-type: none">• Causes habituelles : coliformes, <i>P. aeruginosa</i>• Causes inhabituelles : <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>C. trachomatis</i>, <i>Mycobacterium tuberculosis</i>• Facteurs prédisposants : pathologie structurale sous-jacente, prostatite bactérienne chronique

Épidémiologie

- Le manque de données précises sur l'épididymite aiguë nous empêche de connaître l'incidence de cette affection dans la population générale. Mais dans une étude rétrospective de grande ampleur, 49 % des cas d'épididymite ont été recensés chez des sujets de 20 à 29 ans et 70 % chez des sujets de 20 à 39 ans⁴.
- Dans le cas des adolescents, il faut déterminer si le comportement sexuel est à l'origine de l'épididymite, car cette dernière peut résulter d'une ITS.
- Les coliformes sont une cause fréquente d'épididymite chez les hommes de tous les groupes d'âge qui pratiquent des pénétrations anales actives non protégées.

Prévention

- Lorsqu'une épididymite transmise sexuellement est soupçonnée, il convient de revoir avec le patient les mesures recommandées pour réduire les risques d'infections transmissibles sexuellement.
- Il convient de donner au patient de l'information sur le degré de protection assurée par les méthodes barrières comme le condom masculin.
- Le patient et ses partenaires devraient s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à la fin du traitement, ou sept jours après la fin du traitement dans le cas d'un traitement à dose unique.

Manifestations^{5,6}

- L'épididymite aiguë cause habituellement des douleurs testiculaires unilatérales et une sensibilité à la palpation.
- Règle générale, les douleurs apparaissent de façon progressive.
- Lorsque l'épididymite est attribuable à une infection transmissible sexuellement, la personne atteinte peut présenter une urétrite ou un écoulement urétral. Cependant, l'urétrite est souvent asymptomatique.
- ***Dans tous les cas, la possibilité d'une torsion du testicule, laquelle constitue une urgence chirurgicale, devrait être envisagée. La torsion du testicule est très probable lorsque les douleurs apparaissent soudainement et qu'elles sont intenses. Bien que les hommes de tous les groupes d'âge puissent être touchés, la torsion du testicule est plus fréquente chez les hommes de moins de 20 ans.***

L'épididymite aiguë se manifeste entre autres par :

- une sensibilité du testicule touché à la palpation;
- une tuméfaction palpable de l'épididyme;
- un écoulement urétral;
- une hydrocèle;
- de l'érythème et (ou) de l'œdème du scrotum sur le côté affecté;
- de la fièvre.

Diagnostic⁵

- **Lorsque le diagnostic est incertain, la consultation d'un spécialiste s'impose de toute urgence. En cas de torsion du testicule, la viabilité du testicule n'est pas assurée.**
- Évaluation clinique de l'épididymite et analyses de laboratoire :
 - prélèvement urétral à l'aide d'un écouvillon pour procéder à une coloration de Gram d'un frottis;
 - prélèvement d'échantillons (d'exsudat endo-urétral ou d'urine, selon la technique de laboratoire offerte) pour faire un test de détection de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis*;
 - examen microscopique et culture d'un échantillon d'urine du milieu du jet.
- S'il peut être effectué sans délai, un examen Doppler peut être utile pour déterminer s'il s'agit d'une épididymite ou d'une torsion du testicule.
- La ponction et l'aspiration épидидymaires ne font pas partie des examens cliniques de routine. Elles peuvent cependant être utiles en cas d'infection récidivante lorsque le traitement est inefficace ou lorsque la formation d'un abcès est soupçonnée.

Prise en charge et traitement

- Le *tableau 2* ci-dessous résume les recommandations thérapeutiques sur l'épididymite aiguë qui ont été publiées.

Tableau 2. Schémas thérapeutiques recommandés en cas d'épididymite aiguë⁵⁻¹⁰

Épididymite très probablement causée par une infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> ou au gonocoques	Doxycycline 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 10 à 14 jours [A-I] PLUS: Ceftriaxone 250 mg, i.m. en dose unique* [§] [A-I] OU Ciprofloxacin e 500 mg, p.o., en dose unique [†] [A-I]
Épididymite très probablement causée par des agents entéropathogènes	Ofloxacin e 200 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours [A-I]

[†] Dû à l'augmentation rapide de la *N. gonorrhoeae* résistante aux quinolones, les quinolones tels que la ciprofloxacin et l'ofloxacin ne sont plus les médicaments privilégiés pour le traitement des infections gonococciques au Canada.

- Les quinolones peuvent être considérées comme traitement de deuxième ligne SEULEMENT SI :**
 - des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens sont disponibles et la susceptibilité aux quinolones est démontrée;OU
 - au cas où l'épreuve de résistance aux antimicrobiens n'est pas disponible, un test de contrôle de l'efficacité du traitement est essentiel.

* La ceftriaxone ne doit pas être administrée aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant des antécédents de réactions immédiates et/ou anaphylactiques aux pénicillines.

[§] Le diluant privilégié pour la ceftriaxone est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg; 0,45 ml/125 mg) pour diminuer l'inconfort.

Remarque :

- Il est recommandé de consulter un collègue expérimenté chez les patients présentant une épididymite gonococcique confirmée qui ont les contre-indications au traitement par les céphalosporines et les quinolones

Prise en considération d'autres ITS

- Selon les antécédents sexuels, une infection à gonocoque ou à *Chlamydia trachomatis* devrait être considérée comme la cause d'une épididymite aiguë chez tous les hommes sexuellement actifs et souffrant de cette infection, en particulier ceux qui ont moins de 35 ans.
- La décision de prescrire des tests de dépistage d'autres ITS, dont l'infection par le VIH, devrait être prise en fonction des antécédents sexuels du patient et de la présence de facteurs de risque associés à certaines infections particulières.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les cas de maladie à déclaration obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux doivent être signalés aux départements de santé publique locaux.
- Les départements de santé publique locaux peuvent aider le médecin à notifier les partenaires et à les diriger vers des ressources compétentes pour une évaluation clinique, y compris les tests de détection, le traitement et l'éducation à la santé.
- Lorsqu'un traitement est indiqué pour un cas index soupçonné de souffrir d'une épididymite transmise sexuellement, tous les partenaires avec lesquels il a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition des symptômes ou la date de diagnostic si le cas index était asymptomatique devraient, subir une évaluation clinique et suivre un traitement approprié quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.

Suivi

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

Considérations spéciales

- Parmi les causes rares d'épididymite aiguë, attestée sur le plan clinique, pour lesquelles les prélèvements n'ont pas démontré de cause infectieuse, on compte le traitement par amiodarone, la vasculite, la polyartérite noueuse, la maladie de Behçet et le purpura d'Henoch-Schönlein. Un certain nombre de cas d'épididymite sont idiopathiques.
- On a trouvé récemment dans la littérature médicale l'expression « *épididymite chronique* »¹¹. Les auteurs définissent cette maladie par la présence « *d'un malaise et (ou) une douleur ressentie pendant au moins trois mois au scrotum, au testicule ou à l'épididyme localisée sur un seul ou les deux épididymes lors de l'examen clinique* ». L'évolution naturelle de cette maladie n'a pas été encore élucidée. Les auteurs concluent que d'autres études sur l'épidémiologie, l'étiologie et la pathogenèse de cette affection devraient être menées.

Infections intestinales et enteriques transmissibles sexuellement

janvier 2008

Définitions	1
Étiologie	1
Épidémiologie	2
Prévention	2
Manifestations	3
Diagnostic	3
Prise en charge et traitement	4
Prises en considération d'autres ITS	6
Déclaration des cas et notification aux partenaires	7
Suivi	7
Considérations spéciales	7

INFECTIONS INTESTINALES ET ENTERIQUES TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

Définitions

- **Rectite** : inflammation de la muqueuse rectale qui ne s'étend pas à plus de 10 à 12 cm de la marge anale. L'infection est habituellement transmise par inoculation directe des agents pathogènes dans le rectum au cours de relations sexuelles anales.
- **Rectocolite** : inflammation de la muqueuse rectale et du côlon qui s'étend à plus de 10 à 12 cm de la marge anale; règle générale, l'étiologie est différente de celle de la rectite. L'infection se transmet habituellement par voie fécale-orale.
- **Entérite** : inflammation du duodénum, du jéjunum et/ou de l'iléon. L'infection se transmet par voie fécale-orale.

Étiologie¹

- Les syndromes intestinaux transmis sexuellement sont causés par une grande variété d'agents pathogènes colonisant diverses parties du tractus gastro-intestinal.
- La grande diversité des agents pathogènes transmissibles sexuellement qui causent les maladies intestinales demeure un défi pour le clinicien.
- Les infections entériques sont souvent polymicrobiennes, ce qui entraîne un chevauchement des symptômes.
- Les infections anales et rectales sont souvent transmises sexuellement et touchent principalement les hommes et les femmes ayant des relations sexuelles anales réceptives non protégées.
- Il convient de toujours examiner la possibilité d'une infection transmissible sexuellement, mais un traumatisme ou des corps étrangers peuvent causer des manifestations évocatrices d'une rectite ou d'une rectocolite.
- Certaines infections ano-rectales chez la femme sont secondaires à la dissémination contiguë des pathogènes provenant des organes génitaux.
- Les infections causées traditionnellement par des agents pathogènes associés à des aliments souillés ou de l'eau contaminée peuvent être transmises sexuellement, le plus souvent par voie fécale-orale.
- Les infections sont souvent plus sévères chez les personnes atteintes du VIH et la liste des causes possibles est plus nombreuse.
- Dans le cas des personnes atteintes d'une infection au VIH à un stade avancé, il faut examiner la possibilité d'une infection aux cryptosporidies ou aux microsporidies.

Le tableau 1 présente les agents pathogènes impliqués dans les syndromes gastro-intestinaux transmis sexuellement les plus fréquents et leur mode de transmission

Tableau 1. Syndromes gastro-intestinaux transmis sexuellement les plus fréquents¹

Syndrome	Agents pathogènes	Mode de transmission
Rectite	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • <i>Chlamydia trachomatis</i> (sérotypes LGV et non-LGV) • <i>Treponema pallidum</i> • Virus Herpes simplex 	Relations sexuelles anales réceptives dans la majorité des cas
Rectocolite	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Entamoeba histolytica</i> • <i>Campylobacter spp</i> • <i>Salmonella spp</i> • <i>Shigella spp</i> • <i>Chlamydia trachomatis</i> (sérotypes LGV) 	Contact fécal-oral direct ou indirect
Entérite	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Giardia lamblia</i> 	Contact fécal-oral direct ou indirect

LGV = lymphogranulomatose vénérienne

Épidémiologie²

- Les pratiques sexuelles des individus favorisent souvent le contact direct ou indirect avec la muqueuse rectale (ex : le partage d'accessoires sexuels).
- Les syndromes intestinaux transmissibles sexuellement sont fréquents chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) qui pratiquent des relations sexuelles anales, ou des activités sexuelles oro-anales ou oro-génitales non protégées.
- Les hommes et femmes hétérosexuels qui pratiquent des activités sexuelles oro-anales sont également à risque d'être exposés aux infections entériques.
- Les femmes qui pratiquent des relations sexuelles anales non protégées sont susceptibles de contracter des agents pathogènes transmissibles par voie orale-anale.
- On signale une fréquence plus élevée de relations sexuelles anales non protégées parmi plusieurs sous-populations, comme chez les adolescents et les jeunes de la rue actifs sexuellement.

Prévention

- Les relations sexuelles anales constituent le principal mode de transmission des agents pathogènes causant la rectite; le clinicien devrait donc déterminer les barrières à l'adoption de mesures de prévention et voir aux moyens de les surmonter.
- Les relations oro-anales constituent le principal mode d'acquisition de la rectocolite et de l'entérite transmises sexuellement. Il importe donc de discuter le risque de contamination par voie fécale-orale, surtout dans le cas des travailleurs de l'industrie du sexe et des HARSAH.

Manifestations

- Les symptômes caractéristiques des divers syndromes intestinaux transmissibles sexuellement sont présentés au tableau 2.
- Les infections asymptomatiques sont aussi courantes.
- **Les cliniciens devraient systématiquement s'informer des pratiques sexuelles du patient, peu importe son orientation sexuelle. (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »).**

Tableau 2. Symptômes possibles associés aux syndromes intestinaux transmissibles sexuellement

Syndrome	Liste des symptômes possibles
Rectite	<ul style="list-style-type: none">• Douleur ano-rectale• Ténésme• Constipation• Émission de selles sanglantes• Écoulement rectal mucopurulent
Rectocolite	<ul style="list-style-type: none">• Symptômes de la rectite• Diarrhée• Crampes• Douleur abdominale• Fièvre
Entérite	<ul style="list-style-type: none">• Diarrhée• Crampes• Ballonnement• Nausées

Diagnostic

- Lorsqu'un patient symptomatique mentionne avoir des relations sexuelles ano-rectales une évaluation par anoscopie devrait systématiquement faire partie de l'examen physique.
- La pertinence de prélever des échantillons varie en fonction du tableau clinique et des antécédents, y compris le risque éventuel de l'exposition à la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) (voir le chapitre « *Lymphogranulomatose vénérienne* »). Dans certains cas d'infections entériques, il peut ne pas être indiqué de rechercher des agents pathogènes transmis sexuellement.

- Examen par anoscopie en cas de rectite
 - Obtenir les écouvillons rectaux pour une mise en culture, de préférence sous observation visuelle directe à l'aide d'un anoscope, pour déceler la présence de *Neisseria gonorrhoeae*, de *Chlamydia trachomatis* (épreuve supplémentaire requise pour les cultures positives permettant de distinguer entre une infection à *Chlamydia trachomatis* et la LGV) et du VHS.
 - Un prélèvement des lésions devrait aussi être effectué afin de déceler la présence du VHS.
 - Une sérologie de la syphilis devrait être effectuée chez tous les patients (voir le chapitre « Syphilis »).
 - Bien qu'il existe des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour la détection d'infections à gonocoques et à *Chlamydia trachomatis* à l'aide de prélèvements urogénitaux, elles ont fait l'objet de peu d'études dans le cas des prélèvements rectaux.
- Si le tableau clinique et (ou) les antécédents le justifient, recueillir des échantillons de selles pour une mise en culture et un examen parasitologique.

Prise en charge et traitement

- Le traitement des infections intestinales transmises sexuellement devrait reposer sur les signes physiques.
- Le clinicien devrait avoir un indice de suspicion élevé à l'égard des divers agents étiologiques.
- Le plus souvent, le traitement d'une rectite présumée est empirique; il n'est pas nécessaire d'attendre les résultats des épreuves.

Tableau 3A. Régimes thérapeutiques recommandés en fonction d'une infection entérique présumée ou attestée²

Infection présumée ou attestée	Régime thérapeutique privilégié *	Autres traitements**
Si l'examen physique dévoile un écoulement ano-rectal, traiter comme s'il s'agissait d'une rectite causée par <i>Neisseria gonorrhoeae</i> [†] et <i>Chlamydia trachomatis</i> (voir les chapitres « Infections gonococciques » et « Infections à Chlamydia » pour les recommandations thérapeutiques; voir le chapitre « Lymphogranulomatose vénérienne » pour les recommandations thérapeutiques relatives aux sérotypes de <i>Chlamydia trachomatis</i> causant la LGV)	<ul style="list-style-type: none"> • Céfixime, 400 mg, p.o., en dose unique^{§¶}[A-I] <p>PLUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 à 10 jours [A-I] <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique si l'on soupçonne que le patient n'adhérera pas au traitement [A-I] 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacine, 500 mg, p.o., en dose unique[†] [A-I] <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofloxacine, 400 mg, p.o., en dose unique[†][A-I] <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone 125 mg, i.m., en dose unique^{§¶}[A-I] <p>PLUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 à 10 jours [A-I] <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique si l'on soupçonne que le patient n'adhérera pas au traitement [A-I]

[†] Dû à l'augmentation rapide de la *N. gonorrhoeae* résistante aux quinolones, les quinolones tels que la ciprofloxacine et l'ofloxacine ne sont plus les médicaments privilégiés pour le traitement des infections gonococciques au Canada.

Les quinolones peuvent être considérées comme traitement de deuxième ligne SEULEMENT SI :

- des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens sont disponibles et la susceptibilité aux quinolones est démontrée;

OU

- au cas où l'épreuve de résistance aux antimicrobiens n'est pas disponible, un test de contrôle de l'efficacité du traitement est essentiel.

[§] Le céfixime et la ceftriaxone ne doivent pas être administrés aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant des antécédents de réactions immédiates et/ou anaphylactiques aux pénicillines.

^{||} Le diluant privilégié pour la ceftriaxone est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg; 0,45 ml/125 mg) pour diminuer l'inconfort.

[¶] Le céfixime est privilégié par rapport à la ceftriaxone vu son coût et sa facilité d'administration

* Pour les références associées aux recommandations thérapeutiques, voir les chapitres « Infections à Chlamydia », « Infections gonococciques », « Infections génitales au virus Herpes Simplex » et à la « Lymphogranulomatose vénérienne ».

Tableau 3B. Régimes thérapeutiques recommandés en fonction d'une infection entérique présumée ou attestée²

Infection présumée ou attestée	Régime thérapeutique recommandé*
Si une infection au VHS est présumée ou attestée	Administrer un traitement antiviral en suivant les recommandations relatives aux infections génitales au VHS (voir le chapitre « <i>Infections génitales au virus Herpes Simplex</i> »)
Si une infection à <i>Treponema pallidum</i> est présumée ou attestée	<ul style="list-style-type: none"> • Pénicilline G benzathine, 2,4 millions d'unités, i.m., en dose unique (syphilis primaire et secondaire) [A-I] OU <ul style="list-style-type: none"> • Traiter en suivant les recommandations thérapeutiques de la syphilis, si l'on soupçonne que celle-ci en est rendue à un autre stade de la syphilis, ou si le patient est infecté par le VIH (voir le chapitre « <i>Syphilis</i> »)
Si le patient est présumé ou attesté d'avoir une infection causée par un pathogène entérique autre que ceux énumérés ci haut	Traiter en suivant les recommandations relatives à la prise en charge et au traitement des pathogènes particuliers

LGV= lymphogranulomatose vénérienne

VHS= virus Herpes simplex

* Pour les références associées aux recommandations thérapeutiques, voir les chapitres « *Infections à Chlamydia* », « *Infections gonococciques* », « *Infections génitales au virus Herpes Simplex* » et à la « *Lymphogranulomatose vénérienne* ».

Prises en considération d'autres ITS

- La rectite est associée aux activités sexuelles spécifiques à risque élevé. Lorsque le patient présente des symptômes, il convient de rechercher d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS).
- Il est recommandé de fournir le counselling pré-test pour le VIH et d'offrir un test de dépistage.
- Avant d'immuniser certains patients à risque élevé d'infection, il convient de faire un test de dépistage pour rechercher les marqueurs de l'hépatite B.
- L'immunisation contre l'hépatite A et l'hépatite B est recommandée.
- Il est fortement recommandé de prescrire des analyses sérologiques de la syphilis chez tous les sujets présentant une rectite.
- Discuter du vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • DCC-2 (2007) *Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain.*

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Lorsque le micro-organisme responsable d'une infection intestinale ou entérique est associé à une maladie à déclaration obligatoire, il faut le signaler au département de santé publique local en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux.
- Lorsque le traitement de la rectite est indiqué, tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou de la date du diagnostic (si asymptomatique) devrait se soumettre à une évaluation clinique et suivre un traitement approprié quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.
- Les départements de santé publique locaux peuvent offrir de l'aide pour le processus de notification aux partenaires et à l'orientation de ceux-ci vers les ressources compétentes pour l'évaluation clinique, les tests, le traitement et l'éducation à la santé.

Suivi

- Un suivi devrait être prévu pour chaque cas. Si le patient a adhéré au traitement recommandé, que ses signes et symptômes ont disparu et qu'il n'a pas été de nouveau en contact avec un partenaire non traité, il ne convient pas de répéter les analyses de *Neisseria gonorrhoeae* et de *Chlamydia trachomatis*.
- En cas de syphilis attestée, il convient de faire un suivi sérologique approprié en suivant les recommandations relatives à la syphilis.

Considérations spéciales

- Bien que la conscience sociale du public soit plus développée et qu'on soit plus informé sur les ITS et les diverses pratiques sexuelles, le préjugé réel et perçu chez certains cliniciens à l'endroit des personnes ayant des relations sexuelles ano-rectales peut empêcher des personnes à consulter un médecin ou à révéler leurs pratiques sexuelles.

Enfants

- Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage. (Voir le chapitre « *Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères* »).

Pertes vaginales (Vaginose bactérienne, Candidose vulvo-vaginale, Trichomonase)

janvier 2008

Étiologie	1
Épidémiologie	2
Prévention	2
Manifestations et diagnostic	3
Figure 1. Prise en charge syndromique des pertes vaginales	6
Prises en considération d'autres ITS	7
Vaginose bactérienne	7
Prise en charge et traitement	7
Déclaration des cas et notification aux partenaires	8
Suivi	8
Considérations spéciales	8
Candidose vulvo-vaginale	9
Prise en charge et traitement	9
Déclaration des cas et notification aux partenaires	12

Pertes vaginales (Vaginose bactérienne, Candidose vulvo-vaginale, Trichomonase)

janvier 2008

Suivi	12
Considérations spéciales	12
Trichomonase	13
Prise en charge et traitement	13
Déclaration des cas et notification aux partenaires	13
Suivi	13
Considérations spéciales	13
Utilisation de lactobacilles vivants pour rétablir la flore vaginale normale	14

PERTES VAGINALES (VAGINOSE BACTÉRIENNE, CANDIDOSE VULVO-VAGINALE, TRICHOMONASE)

Étiologie

- Les trois infections le plus souvent associées aux pertes vaginales chez les femmes adultes sont :
 - la vaginose bactérienne (VB);
 - la candidose vulvo-vaginale (CVV);
 - la trichomonase.
- Les pertes vaginales peuvent parfois être causées par une cervicite attribuable à *Neisseria gonorrhœae* ou à *Chlamydia trachomatis*.
- Parmi les causes non infectieuses des pertes vaginales, notons :
 - des sécrétions physiologiques excessives;
 - une vaginite inflammatoire desquamative;
 - une vaginite atrophique (faibles pertes);
 - des corps étrangers.
- Il faut également envisager les causes non infectieuses du prurit vulvo-vaginal sans pertes vaginales, soit :
 - les agents irritants ou une dermatite allergique (p. ex., latex, savons, parfums);
 - les affections cutanées, par exemple :
 - le lichen scléreux (qui peut augmenter le risque de cancer de la vulve);
 - l'hyperplasie des cellules squameuses;
 - le lichen plan;
 - le psoriasis.

Vaginose bactérienne

- La vaginose bactérienne est la cause la plus fréquente de pertes vaginales.
- Elle est caractérisée par un surcroît de micro-organismes (p. ex., *Gardenerella*, *Prevotella*, *Mobiluncus* spp) et une déplétion de la flore de lactobacilles dans les voies génitales.
- Elle n'est habituellement pas considérée transmise sexuellement.

Candidose vulvo-vaginale

- Près de 90 % des cas sont causés par *Candida albicans*, les autres étant causés par d'autres espèces de *Candida* (p. ex., *C. glabrata*) ou par *Saccharomyces cerevisiæ*.
- Elle n'est habituellement pas considérée transmise sexuellement.

Trichomonase

- Elle est causée par *Trichomonas vaginalis*, un protozoaire.
- C'est une infection transmissible sexuellement.

Épidémiologie

- Les troubles vaginaux, fréquents en soins primaires, font partie des raisons les plus communes d'une consultation gynécologique.

Vaginose bactérienne

- La prévalence a été estimée entre 10 et 30 % chez les femmes enceintes et à 10 % des patientes consultant un médecin de famille^{1,2}.
- **Pendant la grossesse, la vaginose bactérienne est associée à la rupture prématurée des membranes, à une chorioamnionite, au travail avant-terme, à la naissance prématurée et à l'endométrite postcésarienne³.**
- La présence de la VB pendant une intervention effractive comme la pose d'un stérilet, une biopsie endométriale ou un curetage utérin, a été associée à une atteinte inflammatoire pelvienne post-intervention et à une cellulite du dôme vaginal^{4,5}.
- **La présence de la VB est associée à un risque accru d'acquisition du VIH^{6,7}.**

Candidose vulvo-vaginale

- Près de 75 % des femmes présentent au moins un épisode de CVV durant leur vie et 5 à 10 % des femmes en présenteront plus d'un⁸.
- L'incidence de la CVV récurrente (au moins quatre épisodes symptomatiques de CVV par an) a été estimée à 5 % chez les femmes en âge de procréer⁸.
- Parmi les femmes atteintes du VIH, les faibles numérations de CD4 et les charges virales élevées ont été associées à une colonisation persistante de *Candida* et à une incidence accrue de CVV⁹⁻¹².

Trichomonase

- La prévalence de la trichomonase n'a pas été bien déterminée. Dans le cadre d'une étude menée dans une clinique des infections transmissibles sexuellement (ITS) aux États-Unis, la prévalence de la trichomonase a été estimée entre 10 et 35 %, mais ces données sont peu susceptibles d'être généralisables¹³. Parmi les hommes consultant des cliniques ITS, la prévalence a été estimée entre 3 et 20 %¹³.
- **La trichomonase est associée à un risque accru d'acquisition et de transmission du VIH chez les femmes¹³⁻¹⁵.**

Prévention

- Les facteurs prédisposant à la VB et à la CVV sont présentés au tableau 1.
- La trichomonase, qui est transmise sexuellement, peut être prévenue en pratiquant les pratiques sexuelles plus sécuritaires.

Manifestations et diagnostic

- Les signes et symptômes associés à ces infections ne sont pas spécifiques (voir le *tableau 1*).
- Le diagnostic définitif ne peut être posé qu'après avoir obtenu les résultats aux analyses de laboratoire¹⁶.

Tableau 1. Caractéristiques diagnostiques et diagnostic en laboratoire

	Vaginose bactérienne	Candidose	Trichomonase
Transmission sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Elle n'est habituellement pas considérée comme transmise sexuellement 	<ul style="list-style-type: none"> • Elle n'est habituellement pas considérée comme transmise sexuellement 	<ul style="list-style-type: none"> • Transmise sexuellement
Facteurs prédisposants	<ul style="list-style-type: none"> • Souvent absents • Plus fréquent si la personne est active sexuellement • Nouveau partenaire sexuel • Emploi d'un stérilet 	<ul style="list-style-type: none"> • Souvent absents • Plus fréquent si la personne est active sexuellement • Usage courant ou récent d'antibiotiques • Grossesse • Corticostéroïdes • Diabète mal maîtrisé • Immunodépression 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires multiples
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> • Pertes vaginales • Odeur de poisson • Asymptomatique dans 50 % des cas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertes vaginales • Picotements • Dysurie externe • Dyspareunie superficielle • Asymptomatique dans autant que 20 % des cas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertes vaginales • Picotements • Dysurie • Asymptomatique dans 10 à 50 % des cas
Signes	<ul style="list-style-type: none"> • Pertes abondantes, fines, blanches ou grises 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertes blanches, en grains ou en mottes • Érythème et œdème du vagin et de la vulve 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertes beiges ou jaunes, écumeuses • Érythème de la vulve et du col de l'utérus (col piqueté vasculaire rouge ou « col en fraise »)

Tableau 1. Caractéristiques diagnostiques et diagnostic en laboratoire (suite)

	Vaginose bactérienne	Candidose	Trichomonase
pH vaginal	• > 4,5	• < 4,5	• > 4,5
Préparation à l'état frais	• PN • « Clue cells »*	• Levure bourgeonnante • Filaments pseudo mycéliens	• Protozoaire mobile flagellé (sensibilité de 38 à 82 %) [†]
Coloration de Gram	• « Clue cells »* • Diminution de la flore normale • Prédominance de bacilles et de coccobacilles courbés Gram négatif	• PN • Levure bourgeonnante • Filaments pseudo-mycéliens	• PN • Trichomonas
Odeur d'amine	• Positive	• Négative	• Négative
Traitement privilégié (voir les tableaux 3 à 9)	• Métronidazole • Clindamycine	• Antifongiques	• Métronidazole • Traiter le partenaire

PN = leucocytes polynucléaire

*Clue cells = Cellules épithéliales recouvertes de coccobacilles

[†] Le test par mise en culture est plus sensible que l'examen microscopique pour la détection de *T. vaginalis*.

Prélèvement d'échantillons

- Procéder à un examen au spéculum.
- Exclure la cervicite.
- Prélever un échantillon de sécrétions de la paroi vaginale afin de l'analyser au microscope (si l'examen microscopique n'est pas possible sur place, voir *la figure 1* pour la prise en charge syndromique).
- Bien qu'elle ne constitue pas un test sensible, la coloration de Gram peut guider le diagnostic de la cervicite muco-purulente (CMP) et de la gonorrhée chez les femmes symptomatiques.
- L'obtention de résultats négatifs avec une préparation à l'état frais ne permet pas d'exclure une origine infectieuse de la vaginite.
- Une culture est rarement requise dans les cas de vaginite aiguë.

Tableau 2. Prélèvement d'échantillons

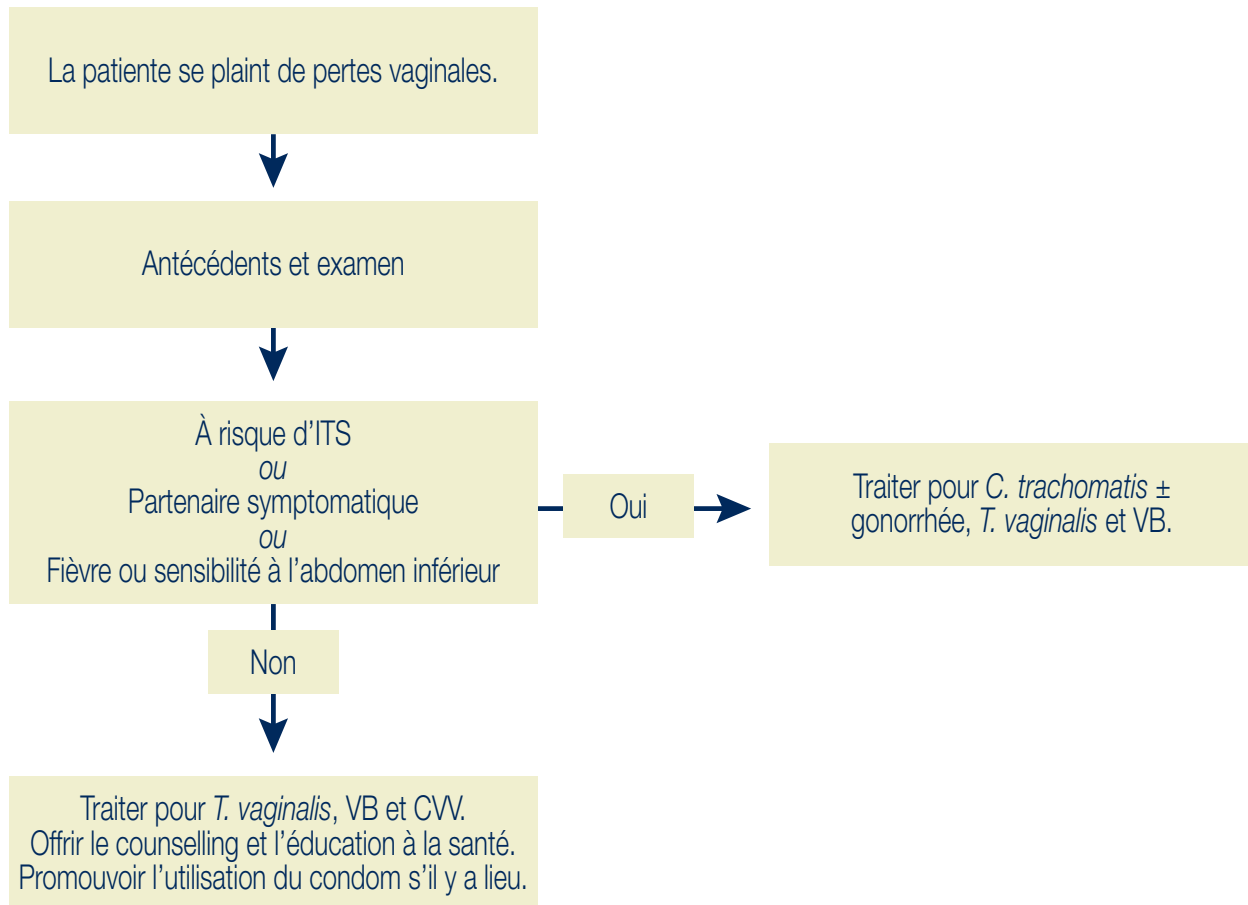
Test	Directives	Résultat normal
Test de pH	Utiliser du papier pH à intervalle de résultats étroit.	pH ≤ 4,5
Préparation à l'état frais	<ul style="list-style-type: none">Placer une goutte de sécrétions vaginales sur une lame; la mélanger avec une goutte de solution saline à 0,9 %*; recouvrir d'une lamelle; examiner immédiatement au microscope à faible et à fort grossissement.Vérifier la présence de leucocytes, de "clue cells",† de lactobacilles, de levures et de trichomonas.	Cellules épithéliales et globules blancs (rare)
Odeur d'amine/ préparation à l'état frais additionnée de KOH (facultatif)	<ul style="list-style-type: none">Placer une goutte de sécrétions sur la lame; la mélanger avec une goutte de KOH à 10 %; la présence d'une odeur d'amine (de poisson) après l'application du KOH est un résultat positif; recouvrir d'une lamelle; examiner au microscope à faible et à fort grossissement.Vérifier la présence de levures.	Négative
Coloration de Gram		Prédominance de grands bacilles Gram-positifs

*Tandis que le KOH détruit les débris cellulaires et permet de déceler plus clairement les levures et les hyphes, il détruit également les cellules épithéliales dans les « clue cells », lesquelles sont nécessaires pour diagnostiquer la VB, et lyse les Trichomonas. La solution saline est donc nécessaire en cas de vaginite.

† Clue cells = Cellules épithéliales recouvertes de coccobacilles

Figure 1. Prise en charge syndromique des pertes vaginales

Lorsque l'examen microscopique sur place n'est pas disponible, se référer à l'algorithme mis au point par l'Organisation mondiale de la santé pour la prise en charge des pertes vaginales¹⁷.



CVV = candidose vulvo-vaginale
ITS = infection transmissible sexuellement
VB = vaginose bactérienne

Prises en considération d'autres ITS

- En cas de trichomonase, il faut envisager la présence d'autres ITS. S'il y a lieu, d'après les facteurs de risque de la patiente et de son partenaire (et selon leur statut d'immunisation contre l'hépatite B), on pourra prélever des échantillons pour vérifier la présence des infections suivantes :
 - gonorrhée et chlamydie;
 - syphilis;
 - VIH;
 - hépatite B.
- Discuter le vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • DCC-2 (2007) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) *Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain.*

VAGINOSE BACTÉRIENNE

Prise en charge et traitement

Tableau 3. Traitement de la vaginose bactérienne

Asymptomatique	Symptomatique
<p>Le traitement n'est nécessaire que dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• grossesse à risque élevée (antécédents d'accouchement avant-terme);• avant la pose d'un stérilet;• avant une chirurgie gynécologique;• un avortement thérapeutique ou une manoeuvre instrumentale des voies génitales supérieures.	<p><i>Traitements privilégiés</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Métronidazole, 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours• Gel de métronidazole à 0,75 %, 1 applicateur (5 g), 1 f.p.j., par voie intra-vaginale, pendant 5 jours• Crème de clindamycine à 2 %, 1 applicateur (5 g), par voie intra-vaginale, 1 f.p.j., pendant 7 jours <p><i>Autres traitements</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Métronidazole, 2 g, p.o., en dose unique• Clindamycine, 300 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours
<ul style="list-style-type: none">• Pour le traitement au métronidazole, le schéma de 7 jours p.o. est aussi efficace que le traitement au gel pendant 5 jours (taux de guérison : de 75 à 85 %) ¹⁸⁻²⁰. La prise d'une dose unique p.o. est également associée à un taux de guérison de 85 %, mais à un taux supérieur de récurrence après un mois (35 à 50 % vs 20 à 33 %) [A-I] ²¹.• Dans une étude, la crème de clindamycine était équivalente aux deux schémas de métronidazole (taux de guérison de 75 à 86 %) [A-I] ²⁰.	

Remarque :

- **Les patientes ne doivent pas boire d'alcool pendant le traitement ainsi que dans les 24 heures qui suivent le traitement oral au métronidazole à cause du risque de réaction au disulfirame (Antabuse).**
- La crème à la clindamycine est à base d'huile, ce qui peut nuire à l'efficacité des condoms en latex ou des diaphragmes.

Vaginose bactérienne récurrente

- Près de 15 à 30 % des patientes présentent une vaginose bactérienne récurrente un à trois mois après le traitement²².
- Confirmer de nouveau le diagnostic.

Tableau 4. Traitement de la vaginose bactérienne récurrente

- **Métronidazole**, 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 10 à 14 jours [B-III]^{22,23}
- **Gel de métronidazole à 0,75 %**, un applicateur (5 g), 1 f.p.j., par voie intra-vaginale pendant 10 jours, suivi d'un traitement supprimeur au gel de métronidazole appliqué deux fois par semaine pendant 4 à 6 mois [B-III]²⁴

Remarque :

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

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- La vaginose bactérienne n'est pas une maladie à déclaration obligatoire.
- Le traitement des partenaires sexuels de sexe masculin n'est pas indiqué et ne prévient pas la récurrence de l'infection.

Suivi

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

Considérations spéciales

Grossesse

- Pendant la grossesse, la vaginose bactérienne est associée à la rupture prématurée des membranes, à une chorioamnionite, au travail avant-terme, à la naissance prématurée et à l'endométrite postcésarienne³.
- Le dépistage systématique de la VB pendant la grossesse n'est pas recommandé. Dans le cas de grossesse à risque élevé, les données préconisent le dépistage et le traitement entre la 12^e et la 16^e semaine de grossesse (voir le chapitre « Femmes enceintes »). Cependant, les femmes enceintes présentant des symptômes devraient passer des tests et être traitées.

- Le traitement de la VB asymptomatique chez les femmes ayant déjà accouché avant-terme pourrait réduire le risque d'une rupture des membranes prématurée, le travail avant-terme et le risque d'avoir un bébé de faible poids à la naissance [B-I]^{25,26}. Traiter aux antibiotiques oraux : le métronidazole et la clindamycine par voie orale ne sont pas contre-indiqués pendant la grossesse ou l'allaitement²⁶⁻³¹. Les antibiotiques topiques n'ont pas d'effet sur les naissances avant-terme, **mais le traitement par la clindamycine topique pendant la grossesse a été associé à des issues indésirables chez les nouveau-nés** (voir le chapitre « Femmes enceintes »).

- Il est important de refaire le test un mois après la fin du traitement pour confirmer son efficacité.



VIH

- Le traitement est le même chez les patientes atteintes du VIH que chez celles qui ne le sont pas.

CANDIDOSE VULVO-VAGINALE

Prise en charge et traitement

Candidose vulvo-vaginale sans complication

Tableau 5. Traitement de la candidose vulvo-vaginale sans complication

Asymptomatique	Symptomatique
<ul style="list-style-type: none">• Le traitement n'est pas nécessaire.	<ul style="list-style-type: none">• Ovules et crèmes intra-vaginales à base d' azoles, en vente libre (p. ex., clotrimazole, miconazole)• Fluconazole 150 mg, p.o., en dose unique. Contre-indiqué pendant la grossesse.
<ul style="list-style-type: none">• L'efficacité des azoles topiques et oraux est équivalente [A-I]³². L'efficacité estimée se situe entre 80 et 90 %³².• Dans la plupart des cas, les symptômes disparaissent en deux ou trois jours.	

Remarque :

- Les ovules et les crèmes à base d'huile peuvent nuire à l'efficacité des condoms en latex ou des diaphragmes

Candidose vulvo-vaginale complexe

- Définie comme une CVV récurrente, une CVV sévère, une CVV causée par une espèce non *albicans* ou survenant chez une personne immunodéprimée.

La CVV récurrente

- Survenue d'au moins quatre épisodes ou plus de CVV en 12 mois.
- Confirmer le diagnostic de CVV récurrente en prélevant une culture vaginale et en procédant à l'identification complète des espèces isolées, ce qui devrait permettre d'orienter le traitement. Les espèces non *albicans* se retrouvent chez 10 à 20 % des patientes souffrant de CVV récurrente³³. Le traitement antifongique classique n'est pas aussi efficace contre certaines de ces espèces (voir le *tableau 8*).
- Le traitement requiert une induction généralement suivie d'un schéma d'entretien de six mois (voir le *tableau 6*).
- Aux patientes sujettes aux CVV récurrentes requérant une antibiothérapie, on peut administrer des azoles prophylactiques topiques ou oraux, comme le fluconazole 150 mg, par voie orale, au début de l'antibiothérapie, puis une fois par semaine pendant la durée du traitement [B-III]⁸.

Tableau 6. Traitement de la candidose vulvo-vaginale récurrente

Traitement d'induction

- **Fluconazole** 150 mg, p.o., 1 fois toutes les 72 heures, à raison de 3 doses [A-I]³⁴. Efficacité de 92 %. **Contre-indiqué pendant la grossesse.**
- **Azole topique** pendant 10 à 14 jours [B-II]³⁵⁻³⁸.
- **Acide borique** 300 à 600 mg, sous forme de capsule de gélatine, par voie intra-vaginale, 1 f.p.j., pendant 14 jours [B-II]^{39,40}. L'irritation mucoale est moindre lorsqu'une dose de 300 mg est utilisée⁴⁰. Efficacité d'environ 80 %⁴⁰. **Contre-indiqué pendant la grossesse.**

Notes :

- Chaque épisode de CVV récurrente causée par *C. albicans* répond généralement à un traitement aux azoles oraux ou topiques, le traitement étant plus efficace lorsque sa durée est plus longue³⁶.
- Sans traitement d'entretien, la CVV est récurrente chez 50 % des patientes, dans les trois mois qui suivent la fin du traitement initial.
- Commencer le traitement d'entretien dès la fin du traitement initial.

Traitement d'entretien

- **Fluconazole** 150 mg, p.o., 1 fois par semaine [A-I]³⁴. Une récurrence s'est produite dans 10 % des cas pendant le traitement.
- **Kétoconazole** à 100 mg, p.o., 1 f.p.j. [A-I]⁴¹. Une récurrence s'est produite dans 5 % des cas pendant le traitement. Il faut suivre les patientes recevant du kétoconazole à long terme pour surveiller toute hépatotoxicité (incidence de 1/12 000).
- **Itraconazole** de 200 à 400 mg, p.o., 1 fois par mois [A-I]^{42,43}. Une récurrence s'est produite dans 36 % des cas pendant le traitement⁴³.
- **Clotrimazole** 500 mg, par voie intra-vaginale, 1 fois par mois [A-I]⁴⁴.
- **Acide borique** 300 mg, en capsule par voie intra-vaginale, pendant 5 jours, chaque mois à compter du premier jour du cycle menstruel [B-II]⁴⁰. Une récurrence s'est produite dans 30 % des cas pendant le traitement⁴⁰.

Notes :

- La durée minimale du traitement d'entretien est de six mois. Après six mois, cesser le traitement et faire un suivi.
- Le taux de récurrence est élevé, celle-ci se produisant chez près de 60 % des femmes dans le mois ou les deux mois qui suivent l'arrêt du traitement d'entretien^{8,36}.
- En cas de récurrence, traiter l'épisode puis réintroduire un schéma d'entretien.
- **Le fluconazole et l'acide borique sont contre-indiqués pendant la grossesse.**
- Les ovules et les crèmes à base d'huile peuvent nuire à l'efficacité des condoms en latex ou des diaphragmes.

CVV sévère

- Érythème, œdème, excoriation ou formation des fissures majeurs de la vulve.

Tableau 7. Traitement de la candidose vulvo-vaginale sévère

Fluconazole 50 mg, p.o., 1 fois toutes les 72 heures, à raison de 2 doses [A-I]³³.
Contre-indiqué pendant la grossesse.
Azole topique pendant 10 à 14 jours [B-III]^{8,35,37,38}.

Remarque:

- Les ovules et les crèmes à base d'huile peuvent nuire à l'efficacité des condoms en latex ou des diaphragmes.

CVV causée par une espèce non albicans

- Le plus souvent causée par *C. glabrata*, lequel est de 10 à 100 fois moins sensible aux azoles que *C. albicans*⁸.

Tableau 8. Traitement de la candidose vulvo-vaginale causée par une espèce non albicans

Traitement initial

- **Acide borique** 600 mg, en capsule à administrer par voie intra-vaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours [B-II]^{38,39,45,46}. Efficacité de 64 à 81 %. Brûlures vaginales signalées dans <10 % des cas.
- **Crème de flucytosine** à 5 g, à administrer par voie intra-vaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours [B-II]^{46,47}. Efficacité de 90 %.
- **Amphotéricine B** 50 mg, en suppositoire à administrer par voie intra-vaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours [B-III]⁴⁸. Efficacité de 80 % (10 patients). Irritation externe légère signalée dans 10 % des cas.
- **Flucytosine** à 1 g PLUS **amphotéricine B** à 100 mg (les deux combinées dans un gel lubrifiant), administrées par voie intra-vaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours [B-III]^{49,50}. Efficacité dans 100 % des cas (4 patientes).

En cas de symptômes récurrents

- Retraiter par **l'acide borique** en capsule de 600 mg, à administrer par voie intra-vaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours, SUIVI DE : **l'acide borique**, 1 fois tous les 2 jours pendant plusieurs semaines, OU 100 000 unités de **nystatine** en suppositoire, 1 f.p.j. pendant 3 à 6 mois [B-III]⁸.

Remarque:

- Il n'existe pas de données sur l'innocuité de l'acide borique utilisé à long terme⁵¹.

Personnes immunodéprimées

- Personnes qui prennent des corticostéroïdes ou dont le diabète n'est pas maîtrisé.
- Les espèces *C. glabrata* et les autres espèces non *albicans* sont plus souvent isolées chez les femmes diabétiques que chez celles qui ne font pas de diabète.
- Traiter pendant une plus longue durée (10 à 14 jours) par un **azole intra-vaginal** [B-III] OU de **l'acide borique** en capsule de 600 mg, par voie intra-vaginale, 1 f.p.j. pendant 14 jours [B-II]^{37,38}.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- La candidose vulvo-vaginale n'est pas une maladie à déclaration obligatoire.
- Le dépistage et le traitement systématiques ne sont pas indiqués chez les partenaires de sexe masculin⁵²⁻⁵⁴. Cependant, ces derniers devraient recevoir un traitement s'il s'agit d'une infection à *Candida balanitis*. Utiliser une crème d'azole topique deux fois par jour pendant sept jours.

Suivi

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

Considérations spéciales

Grossesse

- Seuls les azoles topiques sont recommandés pour le traitement de la candidose vulvo-vaginale pendant la grossesse. Un traitement de sept jours pourrait être nécessaire⁵⁵.

VIH

- Le traitement de la candidose est le même chez les patientes atteintes du VIH que chez celles qui ne sont pas infectées par le virus.
- La candidose vaginale est souvent récurrente et plus sévère chez les femmes séropositives. Dans certains cas, elle nécessite un traitement plus agressif et à plus long terme.

TRICHOMONASE

Prise en charge et traitement

Tableau 9. Traitement de la trichomonase

- **Métronidazole** 2 g, p.o., en dose unique [A-I]⁵⁶
 - **Métronidazole**, 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours [A-I]⁵⁶
-
- Efficacité de 82 à 88 % pour les deux schémas thérapeutiques; elle peut atteindre 95 % si le partenaire est traité lui aussi⁵⁶.
 - Le gel de métronidazole intra-vaginal n'est pas efficace.

Remarque :

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

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- La trichomonase est une maladie à déclaration obligatoire dans certaines régions.
- Les partenaires devraient recevoir un traitement contre la trichomonase quel que soient les symptômes (il n'est pas nécessaire de les soumettre à des tests de dépistage de *Trichomonas*). La majorité des hommes infectés par le *T. vaginalis* sont asymptomatiques, mais certains d'entre eux présentent une uréthrite légère. Traiter les partenaires sexuels de la même façon que le cas index.

Suivi

- Aucun suivi n'est nécessaire, à moins que les symptômes soient récurrents, ce qui se produit généralement en cas de réinfection.
- La prévalence de *T. vaginalis* résistant au métronidazole est estimée à 5 %. Répond habituellement à une dose élevée de métronidazole⁵⁷.

Considérations spéciales

Grossesse

- La trichomonase peut être associée à une rupture prématurée des membranes, à une naissance avant-terme et à un faible poids à la naissance.

- Les femmes enceintes présentant des symptômes devraient être traitées avec le **métronidazole** 2 g, p.o., en dose unique, pour soulager les symptômes [A-I]. Un autre traitement possible est le **métronidazole** 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours [A-I]. Il n'est pas connu si le traitement améliorera l'issue des grossesses^{58,59}.

- Il n'est pas recommandé de traiter les femmes enceintes qui ne présentent pas de symptômes [D-I]⁶⁰.
- Le métronidazole n'est pas contre-indiqué pendant la grossesse ou l'allaitement²⁶⁻³¹.

VIH

- Le traitement de la trichomonase est le même chez les patientes atteintes du VIH que chez celles qui ne sont pas infectées par le virus.



Utilisation de lactobacilles vivants pour rétablir la flore vaginale normale

- Les préparations de lactobacilles sont souvent utilisées pour le traitement de la VB et de la CVV. Un petit essai randomisé mené auprès de femmes en bonne santé a montré que la prise de lactobacilles par voie orale était sans danger, qu'elle augmentait le dénombrement de lactobacilles vaginaux et qu'elle diminuait le nombre de levures comparativement au groupe sous placebo⁶¹. Cependant, dans un essai plus récent, randomisé, bien conçu, contrôlé et mené auprès de 278 femmes, la prise de *L. rhamnosus* par voie orale et par voie intra-vaginale s'est avérée inefficace pour la prévention des CVV post-antibiothérapie⁶².
- Deux essais randomisés et contrôlés ont étudié l'emploi d'une combinaison topique à base de *L. acidophilus* à faible dose et d'œstriol, pour la prise en charge de la vaginose bactérienne dans le premier, et pour celle de plusieurs infections (VB, VVV, trichomonase) dans le second^{63,64}. Les deux essais ont montré sur le plan statistique une réduction significativement plus importante des symptômes et du rétablissement microscopique de la flore normale, comparativement au groupe sous placebo.

Prostatite

janvier 2008

Définition	1
Étiologie	5
Épidémiologie	6
Manifestations	7
Diagnostic	8
Prise en charge et traitement	9
Prise en considération d'autres ITS	11
Déclaration des cas et notification aux partenaires	11
Suivi	11

PROSTATITE

La prostatite n'est pas considérée comme une infection transmise sexuellement (ITS). Elle fait partie des présentes lignes directrices afin d'aider les professionnels de la santé dans la prise en charge des hommes présentant des symptômes génito-urinaires.

Définition

Il n'est pas facile d'établir une définition globale de la prostatite car chaque syndrome de prostatite présente des caractéristiques distinctes. J.N. Krieger la définit comme suit : « *“Prostatite” est le diagnostic posé chez un grand nombre d'hommes faisant état de divers symptômes siégeant dans la partie inférieure de l'appareil génito-urinaire et du périnée¹.* »

En 1995, le National Institute of Health des É.U., National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIH-NIDDK) a proposé une première classification des syndromes de prostatite avant de la publier en 1998. Une réunion de concertation du réseau National Institutes of Health Chronic Prostatitis Collaborative Research Network tenue en mars 2002 a confirmé l'approbation par le milieu de la recherche en urologie de ce système de classification². Le tableau 1 permet de comparer la classification NIH-NIDDK avec le système de classification classique.

Tableau 1. Classification NIH-NIDDK des syndromes de prostatite

Classification NIH-NIDDK	Classification classique	Caractéristiques
Catégorie I : Prostatite bactérienne aiguë	Prostatite bactérienne aiguë	Infection bactérienne aiguë de la prostate
Catégorie II : Prostatite bactérienne chronique	Prostatite bactérienne chronique	Infection chronique de la prostate caractérisée par des infections récurrentes des voies urinaires
Catégorie III : Prostatite chronique/syndrome pelvien douloureux chronique (PC/SPDC)		Symptômes de malaise ou douleur dans la région pelvienne pendant au moins trois mois, en l'absence de bactéries uropathogènes cultivées selon les méthodes courantes.
Catégorie IIIA : syndrome pelvien douloureux chronique inflammatoire	Prostatite chronique non bactérienne	Présence notable de leucocytes dans les EPS, le VB3 ou le sperme

EPS (en anglais « *expressed prostatic secretions* ») = sécrétions obtenues par massage prostatique
VB3 = « voided bladder 3 specimen » ou 3^e jet d'urine (voir la section « *Diagnostic* »)

Tableau 1. Classification NIH-NIDDK des syndromes de prostatite (suite)

Classification NIH-NIDDK	Classification classique	Caractéristiques
Catégorie IIIB : syndrome pelvien douloureux chronique non inflammatoire	Prostatodynie	Pas de présence notable de leucocytes dans les EPS, le VB3 ou le sperme.
Catégorie IV : Prostatite inflammatoire asymptomatique	Aucune	Leucocytes dans les EPS, le VB3, le sperme ou les tissus prostatiques au cours d'une évaluation clinique pour d'autres troubles chez des hommes qui ne présentent aucun symptôme de prostatite.

EPS (en anglais « *expressed prostatic secretions* ») = sécrétions obtenues par massage prostatique
 VB3 = « voided bladder 3 specimen » ou 3^e jet d'urine (voir la section « *Diagnostic* »)

Il existe trois différences importantes entre l'approche classique et les nouvelles approches du NIH-NIDDK visant à classifier le syndrome de prostatite³.

- La nouvelle classification clinique comprend une évaluation systématique des symptômes caractéristiques de la prostatite, généralement réalisée à l'aide du NIH - Chronic Prostatitis Symptom Index (voir *tableau 2*). Cet indice des symptômes vise à être évaluatif plutôt que discriminant et il ne doit pas servir d'outil de dépistage ou de diagnostic. Il est conçu pour fournir un indice de la gravité des symptômes et de leur incidence sur la qualité de vie des hommes atteints de prostatite chronique.
- La distinction établie entre la prostatite chronique/le syndrome pelvien douloureux chronique (PC/SPDC) inflammatoire et non inflammatoire est nettement différente de celle associée à l'approche classique de la prostatite non bactérienne et de la prostatodynie.
- Ces nouveaux concepts fournissent un cadre critique pour l'élaboration de la recherche sur les causes, l'évaluation et le traitement des syndromes de prostatite.

Tableau 2. Indice NIH des symptômes de la prostatite chronique^{4*} (suite)

*En anglais- NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI)

EFFETS DES SYMPTÔMES		
7. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure vos symptômes vous ont-ils empêché de faire ce que vous faites d'habitude?	<input type="checkbox"/> (0) Jamais <input type="checkbox"/> (1) Rarement	<input type="checkbox"/> (2) À quelques reprises <input type="checkbox"/> (3) Souvent
8. À quelle fréquence avez-vous pensé à vos symptômes, au cours de la dernière semaine?	<input type="checkbox"/> (0) Jamais <input type="checkbox"/> (1) Rarement <input type="checkbox"/> (2) À quelques reprises	
QUALITÉ DE VIE		
9. Si vous deviez passer le reste de votre vie avec les mêmes symptômes que ceux que vous avez éprouvés au cours de la dernière semaine, comment vous sentiriez-vous?	<input type="checkbox"/> (0) Enchanté <input type="checkbox"/> (1) Content <input type="checkbox"/> (2) Relativement satisfait <input type="checkbox"/> (3) Mitigé (ni satisfait ni mécontent)	<input type="checkbox"/> (4) Plutôt mécontent <input type="checkbox"/> (5) Malheureux <input type="checkbox"/> (6) Extrêmement malheureux
POINTAGE DES RUBRIQUES DE L'INDICE NIH DES SYMPTÔMES DE LA PROSTATITE CHRONIQUE		
Douleur :	total des points 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 et 4	= _____ (0-21)
Symptômes urinaires :	total des points 5 et 6	= _____ (0-10)
Effets sur la qualité de vie :	total des points 7, 8 et 9	= _____ (0-12)

Étiologie

Le tableau 3 présente les connaissances les plus récentes sur les agents étiologiques impliqués dans les différents syndromes de prostatite⁵.

Tableau 3. Agents étiologiques des différents syndromes de prostatite

Syndrome de prostatite	Agents étiologiques
Catégorie I : Prostatite bactérienne aiguë	<ul style="list-style-type: none">• Le plus fréquent : <i>Escherichia coli</i>, suivi par les espèces du genre <i>Proteus</i> et <i>Providentia</i>.• Moins courants : <i>Klebsiella</i>, <i>Pseudomonas</i>, <i>Serratia</i> et <i>Enterobacter</i>.• De moindre importance : <i>Enterococci</i>.• Le rôle des bactéries Gram positif est envisagé, mais on estime qu'elles sont rarement à l'origine de la prostatite bactérienne.
Catégorie II : Prostatite bactérienne chronique	<ul style="list-style-type: none">• Les agents pathogènes sont les mêmes que pour la Catégorie I.
Catégorie IIIA : Syndrome pelvien douloureux chronique inflammatoire	<ul style="list-style-type: none">• Cause inconnue.• Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Mycoplasma hominis</i>, <i>Ureaplasma urealyticum</i>, <i>Trichomonas vaginalis</i>; un agent viral peut également causer ce type de syndrome de prostatite, mais la plupart des études ne corroborent pas cette opinion.
Catégorie IIIB : Syndrome pelvien douloureux chronique non inflammatoire	<ul style="list-style-type: none">• Cause inconnue.• Parmi les explications proposées pour ce syndrome, on compte une dyssynergie entre les muscles détrusor de la vessie et du sphincter interne « prostatite de stress », ou « myalgie de tension du plancher pelvien ».
Catégorie IV : Prostatite inflammatoire asymptomatique	<ul style="list-style-type: none">• Cause inconnue.

Épidémiologie

Selon certaines estimations, jusqu'à 50 % des hommes éprouveraient des symptômes de la prostatite au cours de leur vie et nombre d'entre eux demeurent symptomatiques pendant des périodes prolongées¹.

Le tableau 4 résume quelques caractéristiques épidémiologiques ainsi que la fréquence relative des syndromes de prostatite.

Tableau 4. Caractéristiques épidémiologiques des syndromes de prostatite⁶

Syndrome de prostatite	Manifestations caractéristiques	Pourcentage approximatif de l'ensemble des syndromes de prostatite
Catégorie I – Prostatite bactérienne aiguë	Maladie aiguë	1 à 5 %
Catégorie II – Prostatite bactérienne chronique	Infections récurrentes des voies urinaires	5 à 10 %
Catégorie IIIA – Syndrome pelvien douloureux chronique inflammatoire	Malaise ou douleur dans la région pelvienne pendant au moins 3 mois	40 à 65 %
Catégorie IIIB – Syndrome pelvien douloureux chronique non inflammatoire	Malaise ou douleur dans la région pelvienne pendant au moins 3 mois	20 à 40 %
Catégorie IV – Prostatite inflammatoire asymptomatique	Asymptomatique ; détectée au cours d'une évaluation clinique pour d'autres troubles chez des hommes qui ne présentent aucun symptôme de prostatite.	Inconnu

Manifestations⁵

Tableau 5. Principales caractéristiques cliniques des différents syndromes de prostatite

Syndrome de prostatite	Présentation clinique
Catégorie I – Prostatite bactérienne aiguë	<ul style="list-style-type: none"> • Généralement se présente avec: fièvre, frissons et douleur dans les régions lombaire, rectale ou périnéale, accompagnés dans la plupart des cas de symptômes d’irritation ou d’obstruction des voies génito-urinaires. • À l’examen rectal digital, la prostate est chaude, ferme, gonflée et extrêmement sensible. • Le massage prostatique est à éviter car il est douloureux et peut provoquer une bactériémie.
Catégorie II – Prostatite bactérienne chronique	<ul style="list-style-type: none"> • Se présente souvent comme une infection récurrente des voies urinaires même après le traitement antibiotique approprié. • Symptômes variant de la dysurie ou autres plaintes mictionnelles à des douleurs éjaculatoires, de l’hémospemie ou des douleurs pelviennes ou génitales. • Certains patients peuvent être asymptomatiques. • L’examen clinique urogénital ne révèle généralement rien de particulier.
Catégorie IIIA – Syndrome pelvien douloureux chronique inflammatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes similaires à ceux de la Catégorie II. • Ne cause généralement pas de dysurie du type cystite. • Symptômes les plus marqués : douleurs pelviennes chroniques (périnée, testicules, pénis, bas-ventre et lors de l’éjaculation). • L’examen clinique urogénital ne révèle généralement rien de particulier.
Catégorie IIIB – Syndrome pelvien douloureux chronique non inflammatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes similaires à ceux de la Catégorie II. • Ne cause généralement pas de dysurie du type cystite. • Symptômes les plus marqués : douleurs pelviennes chroniques (périnée, testicules, pénis, bas-ventre et lors de l’éjaculation). • Plaintes courantes : notamment dysurie, retard de la miction, débit interrompu ou par à-coups, diminution de la grosseur ou de la force du jet, égouttement. • Symptômes parfois exacerbés par l’activité sexuelle. • L’examen clinique urogénital ne révèle généralement rien de particulier.
Catégorie IV – Prostatite inflammatoire asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> • Asymptomatique.

Diagnostic⁴

- Le test idéal pour le diagnostic de la prostatite bactérienne serait une biopsie du tissu prostatique, mais elle est rarement indiquée.
- L'examen des sécrétions obtenues par massage prostatique (EPS en anglais, « expressed prostatic secretions ») a été le test sans équivoque pour différencier les syndromes de prostatite. On désigne la procédure sous le nom de « test de localisation de quatre contenants », en anglais « four glass test » (voir le *tableau 6*).
- Malheureusement, ce test de localisation n'a pas été validé de façon appropriée et ses limites sont importantes. Très peu d'urologues y recourent systématiquement et selon certains d'entre eux, son utilisation devrait être limitée aux essais de recherche⁵.
- Un test de dépistage plus simple constitué de deux échantillons d'urine recueillis avant et après un massage prostatique pourrait s'avérer aussi sensible et spécifique que le « test de localisation de quatre contenants »⁶⁻¹⁰ (même interprétation qu'au tableau 6 ci-dessous; l'échantillon pré-massage correspond au 2^e jet d'urine (VB2), et l'échantillon post-massage au 3^e jet d'urine (VB3)).
- Éviter l'échantillon du 1^{er} jet d'urine (VB1) chez les patients sans uréthrite clinique, et l'échantillon de sécrétions obtenues par massage prostatique (EPS) difficile à obtenir et à gérer.

Tableau 6. Cultures de localisation (« test de localisation de quatre contenants ») pour le diagnostic des syndromes de prostatite

Méthode
<ul style="list-style-type: none">• S'assurer que le patient a la vessie pleine avant d'entreprendre la procédure.• Dégager le prépuce des hommes non circoncis pendant la durée de la procédure.• Laver le gland du pénis avec de l'eau et du savon ou nettoyer avec de la polyvidone-iodée.• Recueillir les 10 premiers ml d'urine du premier jet (VB1)• Rejeter les prochaines 100 ml d'urine ensuite recueillir un échantillon de 10 ml d'urine du milieu du jet (VB2).• Procéder à un massage prostatique et recueillir toute sécrétion prostatique exprimée – (EPS).• Recueillir les 10 premiers ml d'urine après le massage prostatique (VB3).• S'assurer que tous les échantillons parviennent immédiatement au laboratoire pour une culture quantitative.
Interprétation
<ul style="list-style-type: none">• Tous les échantillons donnent moins de 10³ colonies/ml : test négatif pour la prostatite bactérienne.• L'échantillon VB3 ou EPS donne un dénombrement de colonies supérieur à l'échantillon VB1 de 1 ou de plus de 1 log : prostatite bactérienne chronique.• L'échantillon VB1 donne un dénombrement de colonies supérieur aux autres échantillons : uréthrite ou contamination de l'échantillon.• Tous les échantillons produisent au moins 10³ colonies/ml: impossible à interpréter. Dans un tel cas, traiter le patient pendant 2 à 3 jours avec un antibiotique qui ne pénétrera pas la prostate mais qui stérilisera l'urine de la vessie (ampicilline ou nitrofurantoïne), puis répéter la procédure.

EPS (en anglais « *expressed prostatic secretions* ») = sécrétions obtenues par massage prostatique

VB1 = échantillon d'urine du 1^{er} jet

VB2 = échantillon d'urine du 2^e jet

VB3 = échantillon d'urine du 3^e jet

Prise en charge et traitement⁵

Le tableau 7 présente un résumé des antibiothérapies proposées dans le traitement de la prostatite bactérienne aiguë (catégorie I) et de la prostatite bactérienne chronique (catégorie II).

- La prostatite bactérienne aiguë répond rapidement à la plupart des antibiotiques.
- Le traitement de la prostatite bactérienne aiguë doit se poursuivre pendant au moins 3 à 4 semaines à l'aide d'un antimicrobien approprié doté d'une excellente capacité de pénétration tissulaire afin d'éviter des complications comme l'abcès prostatique ou l'évolution en prostatite bactérienne chronique.
- Les données disponibles ne permettent pas de recommander une fluoroquinolone précise; à l'heure actuelle seules la norfloxacine, la ciprofloxacine ou l'ofloxacine, sont approuvées pour le traitement de la prostatite bactérienne.
- La prise en charge de la plupart des patients atteints de prostatite aiguë peut se faire à l'aide d'antibiotiques oraux, cependant pour certains, un traitement intraveineux est nécessaire. Si un traitement par voie intraveineuse est indiqué, on recommande ampicilline/gentamicine, bien que le triméthoprimé-sulfaméthoxazole et la ciprofloxacine puissent aussi convenir par voie intraveineuse (voir le *tableau 7*). D'autres schémas d'antibiothérapies aux bêta-lactamines sont envisageables, mais ce n'est pas la portée de ces lignes directrices d'en dresser la liste. Si une antibiothérapie intraveineuse s'avère nécessaire, revenir rapidement aux antibiotiques oraux dès que l'état du patient s'est amélioré cliniquement.
- La prostatite bactérienne chronique exige une antibiothérapie d'au moins 4 à 6 semaines.
- En cas de récurrence d'une prostatite bactérienne chronique, on peut envisager un traitement de 3 mois.
- **Si le traitement antibiotique ne donne aucun résultat, il faut envisager l'orientation du patient vers un collègue ayant une expertise en la matière pour une évaluation clinique.**

Tableau 7. Schémas thérapeutiques possibles pour le traitement empirique des prostatites bactériennes

Syndrome de prostatite	Antibiothérapie	Durée
Catégorie I – Prostatite bactérienne aiguë	Dans certains cas, on peut opter pour une administration intraveineuse pour les premiers jours du traitement.	
	• Triméthoprime-sulfaméthoxazole , 160/800 mg, p.o., 2 f.p.j.* [C-II]	4 semaines
	OU • Ofloxacin e, 400 mg, p.o., 2 f.p.j. [A-I]	4 semaines
	OU • Ciprofloxacine , 500 mg, p.o., 2 f.p.j. [A-I]	4 semaines
	OU • Ampicilline , 1 g, i.v. toutes les 6 heures PLUS gentamicine , 5 mg/kg, de poids corporel i.v./jour† [A-I]	4 semaines
Catégorie II – Prostatite bactérienne chronique	• Triméthoprime-sulfaméthoxazole , 160/800 mg, p.o., 2 f.p.j.* [C-II]	6 à 12 semaines
	OU • Ofloxacin e, 400 mg, p.o., 2 f.p.j. [A-I]	6 à 12 semaines
	OU • Ciprofloxacine , 500 mg, p.o., 2 f.p.j. [A-I]	6 à 12 semaines
	OU • Doxycycline , 100 mg, p.o., 2 f.p.j.* [I-III]	6 à 12 semaines

* Pas approuvé par la Food and Drug Administration des Etats-Unis.

† Les recommandations de gentamicine ci-dessus s'appliquent aux patients dont la fonction rénale est normale. Il faut modifier la posologie de la gentamicine lorsque la fonction rénale du patient est altérée. Il convient aussi de surveiller la fonction rénale et les concentrations de gentamicine pendant la durée du traitement. Dès que l'état du patient s'est amélioré sur le plan clinique, on peut envisager l'arrêt du traitement parentéral et une antibiothérapie transitionnelle par voie orale doit ensuite être amorcée.

Tableau 8. Schémas thérapeutiques pour le traitement de la prostatite non bactérienne et des syndromes pelviens douloureux chroniques (Catégories IIIA et IIIB)

Le traitement de la Catégorie IIIA (prostatite non bactérienne inflammatoire) n'est pas bien défini

- Une antibiothérapie donne parfois des résultats.
- Un traitement unique de 4 semaines avec un antibiotique approprié peut se concevoir.
- Éviter de prolonger ou de répéter les antibiothérapies.
- D'autres approches ont été proposées mais sans être vraiment éprouvées (AINS, alphabloquants, finastéride [Proscar], allopurinol, suppléments alimentaires, changements au mode de vie, massages prostatiques).
- Évaluer les symptômes persistants ou sévères de troubles mictionnels, particulièrement chez les patients âgés, pour dépister une cystite interstitielle ou un carcinome de la vessie¹¹.

Le traitement de la Catégorie IIIB (syndrome pelvien douloureux chronique non inflammatoire) est encore plus empirique que celui de la Catégorie IIIA

- En plus de celles proposées pour la catégorie IIIA, les approches comprennent les analgésiques, myorelaxants, les alphabloquants, la physiothérapie, les neuromodulateurs, la rétroaction biologique, les bains de siège, les exercices de relaxation et la psychothérapie.

Prise en considération d'autres ITS

- Il faut envisager des tests de détection pour les infections transmissibles sexuellement si on le juge approprié, particulièrement chez les jeunes patients sexuellement actifs ainsi que chez les patients ayant déjà présenté des symptômes de troubles urétraux ou d'écoulement urétral.
- Si l'investigation révèle que l'échantillon **VB1** a un dénombrement de colonies supérieur à tous les autres échantillons (voir la section ci-dessus intitulée « *Diagnostic* »), envisager une urétrite et pousser l'investigation en fonction de ce diagnostic.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- D'ordinaire, on n'exige pas des partenaires sexuels des patients atteints de prostatite qu'ils se soumettent à un examen ou à un traitement car les syndromes de prostatite ne sont généralement pas causés par des pathogènes transmis sexuellement.
- Lorsque le micro-organisme responsable d'une prostatite est associé à une maladie à déclaration obligatoire, en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux il faut le signaler au département de santé publique local.

Suivi

- Prévoir un suivi adéquat en fonction du diagnostic confirmé ou présumé, ou en vue de pousser l'investigation.

Ulcérations génitales (UG)

janvier 2008

Définition	1
Étiologie	1
Épidémiologie	1
Prévention	2
Manifestations	3
Diagnostic	5
Prise en charge	9
Traitement	10
Prises en considération d'autres ITS	10
Déclaration des cas et notification aux partenaires.....	11
Suivi	11
Considérations spéciales	11

ULCÉRATIONS GÉNITALES (UG)

Définition

- Lésions génitales vésiculeuses, ulcéreuses, érosives ou pustuleuses, accompagnées ou non d'une adénopathie régionale, et attribuables à un certain nombre d'infections transmissibles sexuellement (ITS) ou de troubles non reliés à des ITS.

Étiologie

ITS

- Pour la plupart des patients jeunes et sexuellement actifs souffrant d'ulcérations génitales (UG), l'étiologie est liée à une ITS. Les UG sont le plus souvent attribuables au virus Herpes simplex de type 1 ou 2 (VHS-1 ou VHS-2), qui cause l'herpès génital¹. Un examen minutieux peut permettre de découvrir plus d'un agent causal². Voici d'autres ITS susceptibles d'être à l'origine d'UG :
 - *Treponema pallidum* spp., qui cause la syphilis primaire;
 - *Haemophilus ducreyi*, qui cause le chancre mou;
 - *Chlamydia trachomatis* de sérotype L1, L2 ou L3, qui cause la lymphogranulomatose vénérienne (LGV);
 - *Klebsiella granulomatis*, qui cause le granulome inguinal (donovanose).

Infections ou troubles non reliés à des ITS

- Des infections ou troubles non reliés à des ITS peuvent aussi causer des UG (voir, plus loin dans le texte, le paragraphe intitulé « *Diagnostic différentiel* »).
- Même après une évaluation complète, il est impossible d'établir un diagnostic d'après des analyses en laboratoire dans au moins 25 % des cas d'UG³.

Épidémiologie

- Les UG peuvent être liées à un certain nombre de facteurs : région géographique où la relation sexuelle a eu lieu; facteurs socioéconomiques; sexe des partenaires sexuels ; nombre de partenaires; statut sérologique pour l'infection par le VIH et prévalence des infections dans la région; toxicomanie; industrie du sexe (travailleurs ou travailleuses du sexe et leurs clients) ; circoncision⁴.
- Les UG représentent tout au plus 5 % des consultations médicales pour une éventuelle ITS⁵.
- De 70 à 80 % des UG sont causées par VHS de type 1 ou 2.
- Les ulcérations génitales chez les sujets actifs sexuellement peuvent être associées à deux agents pathogènes ou plus².
- **Les femmes et les hommes souffrant d'UG courent un risque accru de contracter ou de transmettre le VIH⁶.**
- Au Canada, la syphilis et la LGV sont rarement les causes d'UG. Cependant, le risque devrait être envisagé chez les sujets qui ont des relations sexuelles au cours d'un séjour dans des régions où ces infections sont endémiques et chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Lorsque ce risque est présent, on peut assister à une flambée localisée. Il est rare qu'on doive aussi envisager un risque de granulome inguinal ou de chancre mou.

- L'incidence de la syphilis augmente au Canada; ces dernières années, des flambées régionales de syphilis infectieuse ont été constatées à Vancouver, au Yukon, à Calgary, à Edmonton, à Toronto, à Ottawa, à Montréal et à Halifax⁷⁻⁹.
- Le chancre mou a été sporadiquement associé à des foyers épidémiques urbains en Amérique du Nord, notamment chez les consommateurs de cocaïne. Les travailleurs de l'industrie du sexe constituent le réservoir habituel.
- À l'heure actuelle, en Europe, on constate des flambées de LGV rectale chez les HARSAH. Des cas ont été signalés récemment en Amérique du Nord. La fréquence de coinfection au VIH ou au virus de l'hépatite C¹⁰⁻¹¹ y est très élevée, y compris au Canada¹².
- L'infection au VIH accroît le risque de transmission d'UG causées par des ITS. L'inverse est aussi vrai¹³

Facteurs de risque

- Facteurs de risque d'UG liées à des ITS¹⁴
 - Relations sexuelles avec :
 - HARSAH;
 - une personne atteinte d'UG;
 - un nouveau partenaire;
 - un partenaire originaire d'une région où les UG sont endémiques ou qui a séjourné dans une telle région;
 - des travailleurs de l'industrie du sexe et leurs clients;
 - un partenaire anonyme (p. ex., rencontré via le réseau Internet, dans un sauna ou lors d'une « soirée rave »);
 - une personne infectée par le VIH;
 - Tourisme dans des régions où les UG sont endémiques.
 - Séjour dans une région du Canada où des flambées de cas d'ITS sont enregistrées (syphilis, par exemple).
 - Antécédents de lésions génitales ou d'ITS.
 - Toxicomanie (chez un des deux partenaires, ou chez les deux).

Prévention

- L'activité sexuelle impliquant des contacts avec une muqueuse (buccale, anale, génitale) peut être associée aux ulcérations transmissibles sexuellement. Aux patients qui se montrent préoccupés par les ITS ou la contraception, il convient de donner de l'information sur l'efficacité des méthodes barrières pour prévenir la transmission des ITS et du VIH ainsi que des conseils sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires (voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* »).
- Il faut déterminer les obstacles à la prévention et donner aux patients des moyens de les surmonter (voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* »).
- Si l'UG est causée par une ITS d'origine bactérienne, le patient et ses partenaires sexuels devraient attendre que leurs traitements soient terminés avant d'avoir des relations sexuelles non protégées. Pour l'herpès génital, voir le chapitre « *Infections génitales au virus Herpès Simplex* ».

Manifestations

- En raison du manque de sensibilité et de spécificité de la ou des lésions, le diagnostic est souvent erroné lorsqu'il n'est fondé que sur l'évaluation clinique et les résultats de l'examen physique, même lorsque le cas est dit « classique »³.
- La coinfection au VIH peut modifier les caractéristiques cliniques des ulcérations génitales; le régime thérapeutique peut également être différent.

Tableau 1. Manifestations

ITS	Site	Aspect	Autres signes et symptômes
Virus Herpès simplex ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les deux sexes, n'importe où dans la région recouverte par un « caleçon boxeur » • Hommes : gland, prépuce, corps du pénis, anus, rectum (HARSAH) • Femmes : col utérin, vulve, vagin, périnée, jambes et fesses 	<ul style="list-style-type: none"> • Vésicules multiples regroupées se transformant en ulcères circulaires superficiels sur base érythémateuse • Bords et base lisses • Ganglions lymphatiques inguinaux hypertrophiés, non fluctuant et sensibles, très fréquents à l'occasion de l'infection primaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Ulcères habituellement douloureux ou prurigineux, ou les deux à la fois • Douleur dans la région génitale • Symptômes généraux : la fièvre, des malaises et une pharyngite sont courants à l'occasion de l'infection primaire
Syphilis primaire (voir aussi le chapitre « Syphilis »)	<ul style="list-style-type: none"> • Au point d'inoculation, bien que la plupart des sujets ayant contracté la syphilis ne remarquent pas l'apparition d'un chancre primaire¹⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> • Papule se transformant en chancre indolore • Induration accompagnée d'exsudat séreux • Ulcération unique dans 70 % des cas • Bords et base lisses 	<ul style="list-style-type: none"> • Ganglions lymphatiques souvent fermes, hypertrophiés, non fluctuants, non douloureux à la palpation
Chancre mou	<ul style="list-style-type: none"> • Au point d'inoculation 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ou plusieurs ulcérations nécrosantes et douloureuses • 2 ou plusieurs ulcérations dans 50 % des cas 	<ul style="list-style-type: none"> • Adénopathie régionale douloureuse et suppurante accompagnée d'un érythème et d'un œdème de la peau sus-jacente

HARSAH = hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Tableau 1. Manifestations (suite)

ITS	Site	Aspect	Autres signes et symptômes
Lympho-granulomatose vénérienne ¹⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Au point d'inoculation 	<ul style="list-style-type: none"> • Papule unique indolore disparaissant spontanément, pouvant s'ulcérer, suivie quelques semaines plus tard d'une adénopathie douloureuse inguinale et (ou) fémorale, la plupart du temps unilatérale, et(ou) d'une rectocolite. Flambées récentes chez les HARSAH* caractérisées principalement par la rectocolite • Si l'infection est non traitée, une fibrose peut entraîner l'apparition de fistules et de sténoses, causer une obstruction lymphatique, et provoquer ainsi l'éléphantiasis 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes et signes de l'urétrite
Granulome inguinal	<ul style="list-style-type: none"> • Au point d'inoculation 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ou plusieurs lésions ulcéreuses, évolutives • Richement vascularisé (coloration rouge vif) • Saigne facilement au toucher • 2 ou plusieurs lésions dans 50 % des cas • Variantes hypertrophiées, nécrotiques et sclérosées • Une récurrence peut se produire de 6 à 18 mois après la fin d'un traitement apparemment efficace 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de douleur

HARSAH = hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Diagnostic

Tableau 2. Particularités diagnostiques des UG liées à des ITS

Affection	% des UG liées à des ITS	Période d'incubation
Herpès (l'herpès génital récurrent est plus fréquent que l'herpès génital primaire)	95 %	De 2 à 7 jours pour l'herpès génital primaire
Syphilis primaire	> 1 %	De 3 à 90 jours
Chancre mou	< 1 %	De 5 à 14 jours
Lymphogranulomatose vénérienne	< 1 %	De 3 à 30 jours
Granulome inguinal	< 1 %	De 1 à 180 jours

ITS = infections transmissibles sexuellement
UG = ulcérations génitales

Diagnostic différentiel

Tableau 3. Agents pathogènes infectieux causant des ulcérations génitales non liées à des ITS¹⁸

Fongiques	Virales	Bactériennes
<ul style="list-style-type: none">• <i>Candida</i>• Champignons causant des mycoses profondes (rare)	<ul style="list-style-type: none">• Cytomégalovirus (rare)• Varicelle ou Virus <i>herpes-zoster</i> (rare)• Virus d'Epstein-Barr (rare)	<ul style="list-style-type: none">• <i>Staphylococcus</i> spp.• <i>Streptococcus</i> spp.• <i>Salmonella</i> spp.• <i>Pseudomonas</i> spp.• Mycobactéries• Parasites (p. ex., la gale)

Tableau 4. Affections non infectieuses de la peau et des muqueuses¹⁹

Dermatoses bulleuses	Dermatoses non bulleuses	Affections malignes
<ul style="list-style-type: none"> • Dermatoses non auto-immunes : <ul style="list-style-type: none"> – eczéma de contact, – érythème multiforme (presque toujours associé à l'infection au VHS), – épidermolyse toxique • Dermatoses auto-immunes : <ul style="list-style-type: none"> – pemphigus, – pemphigoïde cicatricielle 	<ul style="list-style-type: none"> • Vulvite/balanite, non spécifique • Aphtes ou ulcérations aphteuses, aphtose • Lichen plan, lichen plan érosif • Lichen scléreux • Maladie de Behçet • <i>Pyoderma gangrenosum</i> • Éruption médicamenteuse fixe • Lupus érythémateux • Maladie de Crohn • Vasculite 	<ul style="list-style-type: none"> • Épithélioma malpighien spino-cellulaire • Néoplasie intra-épithéliale vulvaire • Affections moins fréquentes : <ul style="list-style-type: none"> – maladie de Paget extramammaire – carcinome basocellulaire – lymphome/leucémie – histiocytose X

VHS = virus Herpes simplex

- Autres causes de lésions ulcéreuses de la peau et des muqueuses :
 - trauma (moins fréquent);
 - idiopathique : dans un contexte de recherche, on ne trouve pas de causes précises dans 12 à 51 % des cas d'ulcération génitale. L'orientation vers des spécialistes pourrait contribuer à réduire ce pourcentage⁴.

Diagnostic de laboratoire et prélèvement d'échantillons

- Dans tous les cas d'UG, une analyse d'identification virale du VHS et une sérologie pour la syphilis devrait faire partie des examens essentiels.
- Prévenir d'avance le laboratoire lorsque des analyses particulières sont nécessaires. La consultation d'un collègue ayant une expertise en matière d'UG peut être justifiée.
- Pour toutes les ulcérations vulvaires, il convient de demander des biopsies, des cultures, des frottis et une sérologie, s'il y a lieu.

Virus de l'Herpes simplex

- Voir le chapitre « *Infections génitales au virus Herpes simplex* ».
- Pour toutes les lésions, qu'il s'agisse d'une lésion initiale ou récurrente ou d'un cas classique, il est important de faire subir un test de détection du VHS en raison des faux positifs associés au diagnostic clinique. L'utilité de recommencer l'épreuve après un test positif est presque toujours limitée. Le typage est important pour faciliter la discussion avec le patient sur l'histoire naturelle de la maladie, l'évaluation des partenaires sexuels et la prévention.
- Identification virale
 - Identification virale soit par mise en culture virale ou par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) ou, si ces analyses ne sont pas disponibles, par test de détection des antigènes.
 - Pour la culture, la recherche du virus devrait être effectuée sur au moins trois pustules ou vésicules découvertes ou ulcères humides à *moins* qu'une infection au VHS ait été confirmée antérieurement par une épreuve de laboratoire. Le transport du prélèvement doit s'effectuer à l'aide d'un milieu de transport viral spécial.
 - Les TAAN sont jugés les plus efficaces, mais peu de laboratoires sont en mesure de les effectuer (voir le chapitre « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* »).
- Anticorps spécifique de type pour le VHS
 - En présence d'un cas d'herpès génital potentiel et si deux tests d'identification virale se sont révélés négatifs ou si les analyses sont difficiles à effectuer lorsque des lésions sont apparentes ou rares, une sérologie spécifique de type peut être pertinente pour attester l'herpès génital²⁰. Si les tests sérologiques du VHS de type 1 et de type 2 sont négatifs 12 semaines après l'apparition du premier symptôme, l'herpès génital est peu probable.
 - Au Canada, peu de laboratoires effectuent les tests sérologiques de type du VHS.

T. pallidum

- Voir le chapitre « *Syphilis* ».
- Identification
 - Obtenir un échantillon des sécrétions des ulcérations pour les examiner au microscope à fond noir ou leur faire subir un test de détection des anticorps par l'immunofluorescence directe. Vérifier si votre laboratoire local peut effectuer ces analyses, car celles-ci ne sont pas courantes.
- Sérologie
 - La sérologie de la syphilis devrait inclure une analyse non tréponémique (p. ex., test rapide de la réagine plasmatique [test RPR], test VDRL) ou une analyse tréponémique par essai immuno-enzymatique (ELISA). Puisque les analyses tréponémiques sont beaucoup plus sensibles que les analyses non tréponémiques dans le cas de syphilis primaire, de nombreux experts préconisent les analyses tréponémiques lorsqu'une syphilis primaire est soupçonnée. Bien que les essais immuno-enzymatiques soient très sensibles, ils peuvent manquer de spécificité, par conséquent si l'analyse ELISA tréponémique s'avère positive, une analyse confirmatoire par un deuxième test tréponémique est requise (p. ex., TP-PA, MHA-TP, FTA-Abs).
 - Si les analyses sérologiques non tréponémiques sont positives, il convient de confirmer le résultat à l'aide d'une analyse tréponémique (p. ex., test d'agglutination passive de *Treponema pallidum* [test TP-PA], test de microhémagglutination de *Treponema pallidum* [test MHA-TP])

ou test d'immunofluorescence indirecte de *Treponema pallidum* [test FTA-ABS]) si ces analyses n'ont pas déjà été prescrites (voir le chapitre « Syphilis »).

- Les analyses sérologiques devraient être reprises de 2 à 4 semaines après la première épreuve négative s'il y a un risque de syphilis.
- On prescrira un examen au microscope à fond noir d'un prélèvement provenant des lésions ou un test d'immunofluorescence de *Treponema pallidum* si ceux-ci sont disponibles.

Autres causes

- Si les antécédents, les facteurs de risque et les signes physiques justifient des tests de détection d'UG moins courantes, des analyses de laboratoire particulières peuvent être nécessaires pour trouver les causes des affections ulcéreuses. Des tests de détection du chancre mou, de la LGV et du granulome inguinal peuvent s'avérer pertinents.
- *Haemophilus ducreyi* (chancre mou)
 - Voir le chapitre « Chancre mou ».
 - Culture bactérienne sur milieu spécial (prendre d'avance avec le laboratoire les dispositions qui s'imposent).
 - TAAN, si c'est possible (p. ex., polymérase en chaîne [PCR]).
 - Coloration de Gram, peut être utile (voir le chapitre « Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement »).
- *Chlamydia trachomatis* de sérotype L1, L2 ou L3 (LGV)
 - Voir le chapitre « Lymphogranulomatose vénérienne ».
 - Identification de *Chlamydia trachomatis* par mise en culture, TAAN ou analyse sérologique, suivie d'une confirmation des sérotypes causant la LGV par séquençage de l'ADN ou par polymorphisme de restriction (RFLP).
- *Klebsiella granulomatis* (granulome inguinal)
 - Identification par méthode de coloration des corps de Donovan dans un prélèvement broyé ou biopsique.

Attention

- **La plupart des cliniciens canadiens possèdent peu de connaissances sur les ulcérations génitales associées aux ITS, à l'exception de l'herpès génital. Le patient devrait donc être orienté vers un collègue possédant une expertise en la matière, surtout s'il présente l'une des caractéristiques suivantes :**
 - Voyage;
 - HARSAH;
 - une personne infectée par le VIH;
 - un sujet immunodéprimé;
 - une maladie systémique.
- En cas de lésions atypiques ou qui ne guérissent pas, la biopsie peut s'imposer et le médecin devrait diriger son patient vers un collègue possédant une expertise en la matière²¹.

Prise en charge²²

Si les résultats des analyses ne sont pas disponibles

- Considérations thérapeutiques à envisager
 - Le traitement empirique du chancre mou, de la LGV et de la syphilis devrait être discuté avec un spécialiste de la région ou un représentant de la santé publique surtout si l'on a des doutes sur la possibilité d'un suivi avec les patients et qu'ils présentent les facteurs de risque de ces maladies,
 - Dès la première visite, le traitement de l'herpès génital devrait être envisagé dans presque tous les cas d'UG, surtout si les symptômes sont caractéristiques.
- Pour plus d'information, voir les chapitres « *Chancre mou* », « *Lymphogranulomatose vénérienne* » et « *Syphilis* ».

Si les résultats des analyses RPR, VDRL, TP-PA, MHA-TP, de l'examen au microscope à fond noir ou du test d'immunofluorescence sont connus

- Résultats positifs (présence de spirochètes mobiles en forme de tire-bouchon) : traiter comme s'il s'agissait d'une syphilis (voir le chapitre « *Syphilis* »).
- Résultats négatifs à l'examen au microscope à fond noir, aux tests d'immunofluorescence et aux tests de détection de l'infection au VHS et de l'*Haemophilus ducreyi* ou absence de tests : traiter comme s'il s'agissait d'une syphilis s'il y a des antécédents récents de contacts avec un cas de syphilis infectieuse ou s'il y a de bons indices cliniques et qu'un suivi ne peut être assuré.
- Autrement :
 - Résultats négatifs des analyses de laboratoire avec tableau clinique caractéristique d'une infection au VHS : envisager de traiter comme s'il s'agissait d'une infection au VHS (voir le chapitre « *Infections génitales au virus Herpes simplex* »).
 - Tableau clinique évocateur d'un chancre mou : traiter comme s'il s'agissait d'un chancre mou (voir le chapitre « *Chancre mou* »).

Traitement²³

- Pour connaître les recommandations sur le traitement de la syphilis, de l'infection au VHS, du chancre mou et de la LGV, voir les chapitres se rapportant à chacune de ces infections.
- **Le traitement des ITS ulcéreuses chez les patients co-infectés par le VIH peut s'avérer complexe²⁴. Voir les chapitres se rapportant aux infections particulières, ou consulter un collègue d'expérience en cas de manque de connaissances.**

Granulome inguinal^{3,25-29}

- Traitement privilégié :
 - **Doxycycline**, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 21 jours (selon les résultats d'études sur d'anciennes préparations de tétracyclines) [C-III];
 - **Triméthoprim/sulfaméthoxazole**, double concentration, p.o., 2 f.p.j., pendant 21 jours [C-III].
- Autres traitements :
 - **Ciprofloxacine**, 750 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 21 jours [C-III];
 - **Érythromycine**, 500 mg, p.o., 4 f.p.j., pendant 21 jours [C-III];
 - **Azithromycine**, 500 mg, p.o., 1 f.p.j., ou 1g par semaine, pendant au moins 21 jours [C-III].

Prises en considération d'autres ITS

- Voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* ».
- Faire un ou plusieurs prélèvements pour diagnostiquer les infections à *Chlamydia trachomatis* ou à gonocoques et les autres ITS, s'il y a lieu (y compris la LGV, le chancre mou et le granulome inguinal si le sujet a visité une région où ces infections sont endémiques).
- Il est recommandé de prescrire un test de dépistage des anticorps anti-VIH et de fournir le counselling approprié (voir le chapitre « *Infections au virus de l'immunodéficience humaine* »). Les patients atteints d'une syphilis, d'une LGV et d'un chancre mou courent un risque accru d'une infection concomitante au VIH³. Le délai à l'intérieur duquel est subi le test de dépistage des anticorps anti-VIH constitue un élément important car l'ulcération génitale est un marqueur de risque d'infection au VIH. Des tests de base devraient être prescrits après la première visite et le test de dépistage des anticorps anti-VIH devrait être repris après 12 semaines.
- L'immunisation contre l'hépatite B est aussi une mesure recommandée chez les sujets qui n'ont pas été immunisés et qui n'ont pas d'immunité contre le virus (voir le chapitre « *Infections au virus de l'hépatite B* »).
- Discuter du vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • DCC-2 (2007) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les cas de maladie à déclaration obligatoire en vertu des lois et règlements provinciaux et territoriaux devraient être signalés aux départements de santé publique locaux (voir les chapitres sur les infections particulières pour connaître les exigences en matière de déclaration).
- **La notification aux partenaires est d'une importance primordiale pour empêcher une flambée lorsqu'il s'agit de l'une des affections ulcéreuses rares d'origine bactérienne présentées dans la présente rubrique.**
- Lorsqu'il faut traiter comme s'il s'agissait d'une syphilis, d'un chancre mou, d'une LGV ou d'un granulome inguinal, tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles devrait se soumettre à une évaluation clinique, y compris les tests de dépistage et le traitement³. Pour des précisions sur la notification aux partenaires et le traitement de l'infection, voir les chapitres portant sur la LGV, la syphilis et le chancre mou.
- Les départements de santé publique locaux peuvent aider le clinicien à notifier les partenaires et à les orienter pour qu'ils subissent une évaluation clinique, des analyses diagnostiques, reçoivent des traitements et bénéficient de services d'éducation à la santé.

Suivi

- Il faut prévoir une visite de suivi pour évaluer le cas du patient.
 - Chancre mou ou granulome inguinal : si le patient a été fidèle au traitement prescrit, que ses symptômes ont disparu et qu'il ne risque pas d'être de nouveau en contact avec un partenaire non traité, il n'a pas à subir encore une fois des analyses diagnostiques.
 - LGV : voir le chapitre « *Lymphogranulomatose vénérienne* ».
 - Infection génitale au VHS : nul besoin de faire des tests de contrôle.
 - Syphilis : voir le chapitre « *Syphilis* ».
- La période fenêtre doit être prise en considération si un test de dépistage des anticorps anti-VIH est considéré à cette étape. Il sera trop précoce dans la période fenêtre pour établir un sérodiagnostic de l'infection au VIH chez la plupart des patients se présentant avec une ulcération génitale aiguë.

Considérations spéciales

Enfants

- **L'abus sexuel devrait être soupçonné lorsqu'une ulcération génitale est détectée chez un enfant après la période néonatale. Il convient alors de consulter un collègue possédant une expertise auprès de cette clientèle (voir le chapitre « *Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères* »).**
- Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage. Voir le chapitre « *Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères* ».

- **Signalement des cas d'agression sexuelle :**
 - Il faut signaler tous les abus sexuels chez un enfant à l'organisme régional de protection de l'enfance.
 - Les départements de santé publique locaux peuvent aider à trouver la source de l'infection et à évaluer le risque de transmission.
- **Autant que possible, le cas de l'enfant devrait être évalué dans un centre spécialisé, ou avec l'aide d'un tel centre (voir les annexes F et G).**

Définition	1
Étiologie	1
Épidémiologie	1
Prévention	1
Manifestations	2
Diagnostic	2
Prise en charge et traitement	3
Prise en considération d'autres ITS	3
Déclaration des cas et notification aux partenaires.....	4
Suivi	4
Considérations spéciales	4
Figure 1. Organigramme du traitement* de l'urétrite.....	6

URÉTRITE

Définition

- Syndrome clinique :
 - inflammation de l'urètre pouvant s'accompagner d'un écoulement urétral;
 - en cas d'écoulement urétral, ce dernier peut être mucoïde, mucopurulent ou purulent;
 - l'urétrite peut aussi se manifester par une dysurie, un prurit urétral ou un érythème au niveau du méat.
- Définition microscopique : présence de ≥ 5 leucocytes polynucléaires (PN) sur un frottis dans 5 champs d'observation aléatoirement choisis et non adjacents à grossissement $\times 1\ 000$ (immersion à l'huile)¹.
- L'urétrite non gonococcique (UNG) fait référence aux urétrites qui ne sont pas causées par *N. gonorrhœae*.

Étiologie²

- Causes importantes à envisager :
 - *Neisseria gonorrhœae*;
 - *Chlamydia trachomatis*.
- Autres causes possibles :
 - *Trichomonas vaginalis*³;
 - Virus Herpes simplex⁴;
 - *Mycoplasma genitalium*^{5,6};
 - *Ureaplasma urealyticum*².
- Autres causes moins fréquentes à envisager :
 - Adénovirus^{7,8};
 - *Candida albicans*⁹.

Épidémiologie

- Il existe peu de données sur l'incidence et la prévalence de l'urétrite.

Évolution naturelle de l'infection

- Les symptômes de l'urétrite gonococcique apparaissent deux à six jours après l'acquisition de l'infection.
- Les symptômes de l'UNG apparaissent une à cinq semaines après l'acquisition de l'infection (généralement deux à trois semaines après).
- Jusqu'à 25 % des infections, surtout les UNG, peuvent être asymptomatiques¹⁰.

Prévention

- Profiter de l'évaluation clinique pour passer en revue les pratiques sexuelles plus sécuritaires, examiner les obstacles à l'adoption de ces pratiques et trouver des solutions pour surmonter ces obstacles.
- Conseiller l'usage systématique du condom.
- Les patients et leurs partenaires devraient attendre la fin de leur traitement avant d'avoir des relations sexuelles non protégées (p. ex., attendre à la fin d'un traitement à doses multiples ou attendre sept jours après la prise d'un traitement à dose unique).

Manifestations

- Écoulement urétral.
- Dysurie.
- Picotement urétral ou érythème du méat.
- Souvent asymptomatique.
- Bien que la pollakiurie, l'hématurie et la miction impérieuse puissent, dans de rares cas, être concomitantes à une urétrite, la présence de l'un de ces symptômes exige une évaluation plus approfondie du patient.

Diagnostic

Prélèvement d'échantillons

- Écoulement urétral : prélever un échantillon en demandant au patient de « traire » son pénis trois ou quatre fois, de la base vers le gland¹¹.
- Écouvillonnage endo-urétral : insérer l'écouvillon sur une longueur de 2 cm dans l'urètre, effectuer une rotation et le retirer. Soumettre l'échantillon à une coloration de Gram et à des analyses.
- Échantillon d'urine : prélever 10 à 20 ml du premier jet d'urine, peu importe l'heure de la journée, mais de préférence après ne pas avoir uriné pendant au moins deux heures¹².

Diagnostic de laboratoire

- Il est recommandé de faire un test pour la gonorrhée et la chlamydie (pour plus d'information sur les analyses, voir les chapitres « Infections génitales à *Chlamydia* » et « Infections gonococciques »).
- Procéder aux analyses suivantes :
 - coloration de Gram des écoulements ou d'un échantillon endo-urétral pour déceler les PN et les diplocoques Gram négatif (si disponible);
 - **si le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) est offert** : un TAAN de l'urine pour *C. trachomatis*^{13,14} et une mise en culture d'un écouvillonnage endo-urétral pour le dépistage de *N. gonorrhoeae*;
 - **si le TAAN n'est pas disponible** : une analyse d'immunofluorescence directe (IFD), un essai immunoenzymatique (EIA) ou une mise en culture pour *C. trachomatis*¹⁴ et une mise en culture d'un écouvillonnage endo-urétral pour *N. gonorrhoeae*.
- Même si le TAAN pour la gonorrhée est à envisager lorsque les conditions de transport et d'entreposage peuvent nuire à la viabilité de *N. gonorrhoeae* ou lorsqu'il n'est pas possible d'effectuer un écouvillonnage, la culture est la méthode à privilégier, car elle permet de procéder à des tests de sensibilité aux antimicrobiens.

Précaution

- La présence des symptômes suivants indique un diagnostic alternatif :
 - hématurie;
 - fièvre, frissons;
 - pollakiurie, nycturie, miction impérieuse;
 - douleur périanale, masses au niveau du scrotum;
 - difficultés à entamer la miction ou à maintenir un débit urinaire;
 - adénopathie.

Prise en charge et traitement (voir *Figure 1*)

Urétrite gonococcique :

Céfixime, 400 mg, p.o., en dose unique, PLUS SOIT de la **doxycycline**, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours¹⁵ [A-I], OU de l'**azithromycine**, 1 g, p.o., en dose unique si l'adhésion au traitement n'est pas garantie [A-I].

Urétrite non gonococcique :

Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours¹⁶⁻¹⁸ [A-I] OU de l'**azithromycine**, 1 g, p.o., en dose unique si l'adhésion au traitement n'est pas garantie [A-I].

- Il existe d'autres schémas thérapeutiques relatifs aux infections gonococciques et les infections à *Chlamydia trachomatis*, voir les chapitres « Infections gonococciques » et « Infections génitales à *Chlamydia* ».
- Les traitements à dose unique favorisent l'adhésion au traitement et sont particulièrement pratiques dans le cas de certaines populations, tels les jeunes de la rue; ils sont toutefois les plus coûteux.
- La résolution des symptômes peut prendre jusqu'à sept jours après la fin du traitement.
- Les patients et leurs partenaires devraient attendre la fin de leur traitement avant d'avoir des relations sexuelles non protégées (p.ex., attendre à la fin d'un traitement à doses multiples ou attendre sept jours après la prise d'un traitement à dose unique).
- Les infections asymptomatiques sont fréquentes chez les hommes et devraient être traitées.

Prise en considération d'autres ITS

- Effectuer des analyses sérologiques pour la syphilis.
- Examiner le statut d'immunisation de l'hépatite B; proposer la vaccination si le patient n'est pas protégé contre le virus, ou un test de dépistage s'il présente un risque élevé d'infection.
- Offrir un test de dépistage du VIH et du counselling.
- Dans le cas des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, envisager le vaccin contre l'hépatite A.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- L'urétrite causée par certains agents (p. ex., *C. trachomatis*, *N. gonorrhœae*) est une maladie à déclaration obligatoire dans les provinces et territoires du Canada. Toutes les maladies à déclaration obligatoire doivent être signalées aux autorités de santé publique conformément aux lois et règlements locaux.
- Tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou de la date du diagnostic (si asymptomatique) devrait se soumettre à une évaluation clinique, y compris les tests de dépistage et le traitement empirique quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.
- Dans la mesure du possible, encourager le recours aux autorités de santé publique ou du médecin traitant afin de procéder à la notification aux partenaires du patient et de prendre contact avec le plus de partenaires possible¹⁹.

Suivi

- Une fois le traitement complété et les symptômes résolus, un test de contrôle n'est pas recommandé de façon systématique.
- Si les symptômes persistent ou réapparaissent après la fin du traitement (soit une semaine après le début de ce dernier), le patient devrait être réévalué.
- En l'absence de résultats de laboratoire ou de signes cliniques, la seule présence de symptômes n'est pas suffisante pour justifier l'amorce d'un nouveau traitement.
- Si un test de contrôle est indiqué et qu'on procède à un TAAN comme test de confirmation de l'efficacité du traitement, il faut attendre trois semaines après la fin du traitement pour éviter des faux positifs.

Considérations spéciales

Urétrite récurrente ou persistante

- Il s'agit souvent d'un problème difficile à régler.
- Il faut confirmer de nouveau la présence d'une urétrite à l'aide d'un frottis et d'une coloration de Gram.
- Il est crucial de différencier l'urétrite des troubles fonctionnels.
- Il est important d'informer le patient au début de la prise en charge d'une urétrite récurrente que cette dernière peut constituer un problème clinique difficile à régler, mais que les symptômes finissent souvent par se résoudre.
- **En cas d'une urétrite persistante où l'échec est confirmé par des analyses microbiologiques ou cliniques il faut considérer les causes possibles suivantes:**
 - la réexposition à un partenaire qui n'a pas été traité;
 - une infection contractée auprès d'un nouveau partenaire;
 - le traitement n'a pas été suivi correctement ou n'a pas été complété;
 - une infection due à d'autres agents pathogènes;
 - la présence de micro-organismes résistants²⁰;
 - d'autres causes (p. ex., infection urinaire, prostatite, phimosis, irritation chimique, rétrécissement de l'urètre, tumeurs).

- **Considérer :**

- reprélever des échantillons (urine et endo-urétraux) pour faire une coloration de Gram, une mise en culture et un TAAN pour *N. gonorrhœae* et *C. trachomatis*;
- des écouvillonnages endo-urétraux ou un prélèvement d'urine pour *T. vaginalis*^{2,21};
- un écouvillonnage endo-urétral ou un prélèvement d'urine pour une culture de Herpes simplex, même si cette infection est généralement associée à des lésions^{3,22};
- un écouvillonnage endo-urétral ou un prélèvement d'urine du premier jet à mettre en culture pour *U. urealyticum* et *M. genitalium*⁵ (se fait généralement dans des laboratoires spécialisés);
- diriger le patient vers un urologue ou un infectiologue si l'affection persiste;
- déterminer si d'autres causes sous-jacentes, telle l'anxiété, contribueraient aux symptômes.

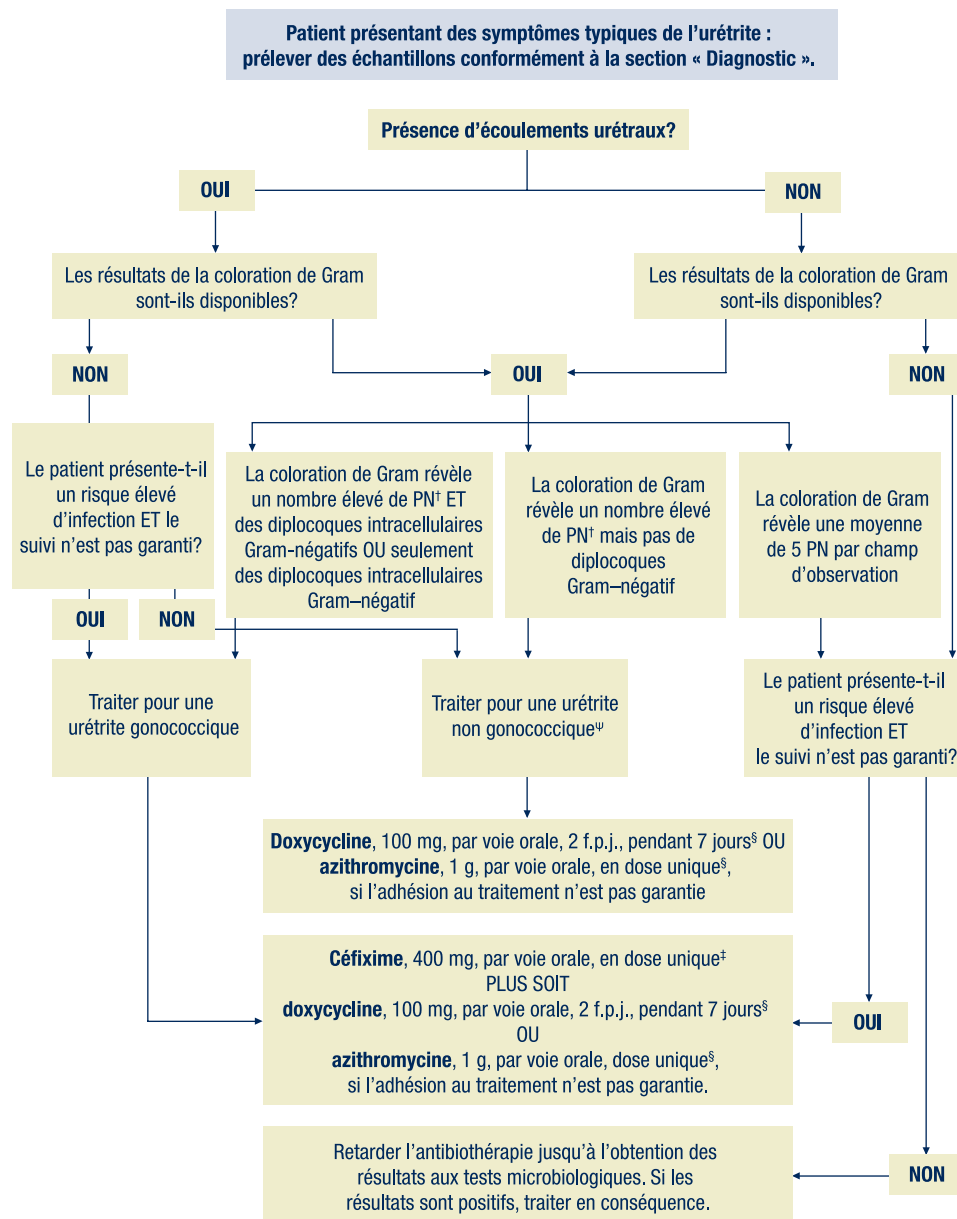
L'urétrite chez les enfants

- **Des symptômes inexplicables de pyurie chez des garçons impubères ou chez des jeunes hommes qui ne sont pas sexuellement actifs pourraient laisser entrevoir qu'ils ont été victimes d'abus sexuels (voir le chapitre « *Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères ou prépubères* »).**
- **Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage. Voir le chapitre « *Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères* ».**
- **Les professionnels de la santé doivent suivre les lignes directrices provinciales et territoriales en matière de déclaration de cas soupçonnés d'abus sexuels infligés à un enfant aux autorités responsables.**
- Les adolescents et adolescentes atteints d'une urétrite peuvent être erronément diagnostiqués avec une infection urinaire.
- En plus des symptômes présents chez les adultes, les enfants souffrant d'urétrite peuvent également présenter les symptômes suivants :
 - douleur abdominale;
 - refus d'uriner;
 - énurésie.
- Pour connaître les schémas thérapeutiques pour les enfants, voir les chapitres « *Infections gonococciques* » et « *Infections à Chlamydia* ».
- Des tests de contrôle devraient être offerts à tous les enfants.

Urétrite chez les femmes

- Chez les femmes, l'urétrite causée par *N. gonorrhœae* et *C. trachomatis* peut survenir sans cervicite.
- La dysurie et la pollakiurie peuvent être des symptômes d'urétrite, lesquels peuvent imiter une cystite.
- Chez les femmes, des échantillons d'urine et des prélèvements endo-cervicaux devraient être obtenus pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhœae*.

Figure 1. Organigramme du traitement* de l'urétrite



PN = leucocytes polynucléaires

* Organigramme du traitement uniquement. Les échantillons doivent être prélevés et envoyés au laboratoire conformément à la section « Diagnostic ».

† Un nombre moyen ≥ 5 de PN par champ d'observation ($\times 1\,000$) dans cinq champs non adjacents.

‡ Traiter pour une urétrite attribuable à la chlamydia, envisager un traitement contre la gonorrhée SI la prévalence de la gonorrhée locale est élevée ou si les relations sexuelles ont eu lieu dans une région présentant une prévalence élevée OU si le suivi n'est pas garanti OU si le partenaire sexuel est infecté par la gonorrhée

‡ Pour connaître les autres schémas de traitement, consultez le chapitre intitulé « Infections gonococciques ».

§ Pour connaître les autres schémas de traitements, consultez le chapitre intitulé « Infections à Chlamydia ».

	Prise en charge des ITS en fonction du syndrome présenté	Atteintes inflammatoires pelviennes	Epididymite	Infections intestinales et entériques transmissibles sexuellement	Pertes vaginales	Prostatite	Ulcération génitales	Urétrite
A								
acide borique					10,11			
adénopathie							1,3	
fémorale							4	
(bubon) inguinale	5,6						4	
alcool		7,8			7,8,13			
allaitement					8,13			
amidarone			5					
amphotéricine B					11			
ampicilline/ pénicilline sulbactam		7				9,10		
anal	11,12							
analyse non tréponémique							7	
analyse tréponémique							7	
anticorps								
anti-VHS							7	
anti-VIH							10,11	
appendicite		1,5						
aspirat								
épididymaire			3					
asymptomatique	2	9	3,5	3,7	3,7-9,13	2,5-7		1-4
Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)		1-10			2			
avortement								
thérapeutique								
azithromycine				5			10	

	Prise en charge des ITS en fonction du syndrome présenté	Atteintes inflammatoires pelviennes	Epididymite	Infections intestinales et entériques transmissibles sexuellement	Pertes vaginales	Prostatite	Ulcération génitales	Urétrite
B								
bactéries								
aérobies		1,6						
anaérobies		1,6-8						
facultatifs		1,6						
balanite							6	
benzathine-penicilline G				6				
biopsie							6,9	
endométriale		3,4			2			
prostatique								
vulvaire							6	
C								
<i>Campylobacter jejuni</i> spp	11			2				
cancer								
de la vulve					1			
candida (<i>Candida albicans</i>)					1,2			
espèce non albicans					12			
candidose					1-4,6,9-12			
vulvo-vaginale	9,10				1,2,6,9-12			
carcinome	12					11	6	
CD4					2			
céfixime				5				3,6
céfoxitine		7,8						
ceftriaxone		8	4					
céphalosporine		6,8						

	Prise en charge des ITS en fonction du syndrome présenté	Atteintes inflammatoires pelviennes	Epididymite	Infections intestinales et entériques transmissibles sexuellement	Pertes vaginales	Prostatite	Ulcération génitales	Urétrite
césarienne					2,8			
chancres mou	6						1-3,5,8-11	
charge viral					2			
chlamydia (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	1-4,7,10,11	1-4,9	1,4,5	2,4-7	1,7	5	1,8,10	1-3,5,6
ciprofloxacine		7,8	4	5		9,10	10	
circoncision							1	
classification NIH-NIDDK des syndromes de prostatite						1,2		
clindamycine		7			4,7,8			
clotrimazole					9,10			
clue cells		4,5			4,5			
cocaïne							2	
col utérin Voir dysplasie du col utérin								
friabilité du col utérin	4							
sensibilité à la mobilisation du col	8	3						
piqueté vasculaire rouge « fraise »	4				3			
coliformes	7		1,2					
coloration de Gram	3,4,7-9	4	3		4,5			2,4-6
condom					6,7,9-11			
condylome acuminé	12							
condylome plat	12							
constipation	11			3				

	Prise en charge des ITS en fonction du syndrome présenté	Atteintes inflammatoires pelviennes	Epididymite	Infections intestinales et entériques transmissibles sexuellement	Pertes vaginales	Prostatite	Ulcération génitales	Urétrite
corticostéroïde					3,11			
critères Amsel		4						
cryptosporidie				1				
cystite interstitielle						11		
<i>cytomégalo</i> virus (CMV)							5	
D								
dermatite/dermatose					1		6	
diagnostic en laboratoire	1-12	4			3,4		6	2
diaphragme					7,9-11			
diarrhée	11			3				
diplocoques	3,7	4						2,6
douleur abdominale	11	3						5
aiguë		10						
basse	4,8	1,4						
doxycycline		7,8	4	5		10	10	
dyspareunie	8				3			
dysplasie du col utérin								
atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée (ASCUS)	2							
lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade histologique (L1B2)	2							
dysurie	9,10				3	7		1,2,5

	Prise en charge des ITS en fonction du syndrome présenté	Atteintes inflammatoires pelviennes	Epididymite	Infections intestinales et entériques transmissibles sexuellement	Pertes vaginales	Prostatite	Ulcération génitales	Urétrite
E								
écoulement								
ano-rectal/rectal	11			5				
muco-purulent	4			3				
cervical	4							
exsudat		3						
rectal	11			3				
urétral	3							1,2,6
vaginal	4,9,10	3,4			1-14			
émission de selles sanglantes				3				
endométriose		1						
endométrite		3			2,8			
entérite	11			1-7				5
énurésie								
épididymite			1-5					
érythème	3,7,9,10						3,6	
du méat	3							1,2
multiforme							6	
trompe de Fallope		3						
vulvaire	9,10							
érythromycine							10	
essai immuno-enzymatique (EIA)	5						7	
examen bimanuel	8	4						
F								
femmes qui allaitent		7,8						

	Prise en charge des ITS en fonction du syndrome présenté	Atteintes inflammatoires pelviennes	Epididymite	Infections intestinales et entériques transmissibles sexuellement	Pertes vaginales	Prostatite	Ulcérations génitales	Urétrite
fenêtre sérologique	2							
fièvre		5	3	3	6	7	3	3
fluconazole					9-11			
flucytosine					11			
FTA-ABS	5						8	
G								
ganglion lymphatique								
inguinal							3	
gastroentérite		1						
gentamicine		7				9,10		
<i>Giardia lamblia</i>				2				
globule blanc		3			5			
gonorrhée (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)		3,4,6-9	1-5	2,4,5,7	1,4,6,7			1-6
Gram négatif		4,6			4			2,6
Gram positif					5	5		
granulome inguinal							1,4,5,8,10,11	
grossesse		1,10						
ectopique		2,4,6,9						
H								
hématurie								2,3
herpès génital	5,11						1,2,5,7,9	
hétérosexuel				2				
hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)	6						1,3,4	
hydrocèle			3					

	Prise en charge des ITS en fonction du syndrome présenté	Atteintes inflammatoires pelviennes	Epididymite	Infections intestinales et entériques transmissibles sexuellement	Pertes vaginales	Prostatite	Ulcérations génitales	Urétrite
I								
immuno-fluorescence directe (IFD)	5						7	2
indice des symptômes de la prostatite chronique du National Institutes of Health des États-Unis						3,4		
infections des voies urinaires (VU)						1,6,7		
infections intestinales et entériques				1-7				
infertilité		2,6,9						
liée aux trompes de Fallope		2						
infestations ectoparasitaires								
gale (<i>Sarcoptes scabiei</i>)							5	
itraconazole					10			
J								
jeune de la rue				2				3
jouet sexuel								
K								
kétoconazole					10			
L								
lactobacilles					1,5,14			
laparoscopie		3,5,6						

	Prise en charge des ITS en fonction du syndrome présenté	Atteintes inflammatoires pelviennes	Epididymite	Infections intestinales et entériques transmissibles sexuellement	Pertes vaginales	Prostatite	Ulcérations génitales	Urétrite
leucocytes polynucléaires (PN)	3,4,7				4,5			1,6
lymphocytes CD4					2			
lymphogranulomatose vénérienne (LGV)	6,11			2-6			1,2,4,5,8,10,11	
M								
maladie de Behçet							6	
malaise							3	
métronidazole		6,7,8			4,7,8,13			
miconazole					9			
MHA-TP micro-hémagglutination de <i>Treponema pallidum</i>							7,9	
microscopie à fond noir	5						7-9	
microsporidies				1				
<i>Mobiluncus spp</i>					1			
myalgie						5		
Mycoplasma		1						
<i>genitalium</i>		1						1,5
<i>hominis</i>		1				5		
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>			2					
N								
nausée		5		3				
néoplasie								
néoplasie intra-épithéliale vulvaire							6	
norfloxacine						9		

	Prise en charge des ITS en fonction du syndrome présenté	Atteintes inflammatoires pelviennes	Epididymite	Infections intestinales et entériques transmissibles sexuellement	Pertes vaginales	Prostatite	Ulcérations génitales	Urétrite
notification aux partenaires		9	5	7	8,12,13	11	11	4
nouveau-né/nourrisson					8			
nycturie								
nystatine					11			
O								
oedème	7		1,3		3,11		3	
ofloxacine				5		9,10		
orchi-épididymite			1					
P								
<i>P. aeruginosa</i>			2					
papules péniennes perlées	12							
pathogènes entériques	7,11			1-7				
périhépatite		9						
période fenêtre							11	
polymorphisme de restriction (RFLP)							8	
prélèvement d'échantillon								
urétral	2,3,7							
vaginal	4,8,9,12							
préparation à l'état frais	4,8,9	3,4			4,5			
prévention								
primaire		2	2	2	2,14		2,7	1
prostatite			2			1-11		4
prostatodynie						2		
protéine C-réactive	8	3,4						

	Prise en charge des ITS en fonction du syndrome présenté	Atteintes inflammatoires pelviennes	Epididymite	Infections intestinales et entériques transmissibles sexuellement	Pertes vaginales	Prostatite	Ulcérations génitales	Urétrite
selles sanguinolentes	11			3				
sérologie				4,6,7			6,7	
sérotype				2,5			1,8	
soins primaires					2			
soirées " rave "							2	
syndrome de Fitz-Hugh-Curtis		9						
syphilis	2,5,11,12			4,6,7			1-3,5,6,7-11	
primaire et secondaire				6			1,3,5,7	
T								
ténésme				3				
test d'agglutination passive de <i>Treponema pallidum</i> (TP-PA)							7,9	
test d'amplification des acides nucléiques (TAAAN)	2-4,6-8,10,11			4				
polymérase en chaîne (PCR)							8	
test de contrôle		7,8	4	5			11	4,5
test de localisation de quatre contenants						8,9		
test non tréponémique VDRL							7,9	
test Pap (Papanicolaou)								
du col utérin	2,12							

	Prise en charge des ITS en fonction du syndrome présenté	Atteintes inflammatoires pelviennes	Epididymite	Infections intestinales et entériques transmissibles sexuellement	Pertes vaginales	Prostatite	Ulcération génitales	Urétrite
testicule/ testiculaire			1,3,5					
torsion			1,3					
tétracyclines		7,8					10	
traitement topique					8-12,14			
travail avant-terme					2,7,8			
travailleurs de l'industrie du sexe			2				1,2	
trichomonase (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	3,4,9,10	1			1-5,7,13,14	5		1
triméthoprim-sulfaméthoxazole (TMP-SMX)								
U								
ulcération génitales (UG)	5,6,12						1-12	
ulcère							3,7	
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	3	1				5		1,5
urétrite	3		2,3		13	8,9,11	4	1-6
urine	2,3,7,8		3			2,8,9		2,5
V								
vaccin								
contre le virus de l'hépatite A				6				3
contre le virus de l'hépatite B				6				3
vaginose bactérienne (VB)	9,10	4,8			1-4,6-8,14			
vésicule	5,6						1,3,7	

	Prise en charge des ITS en fonction du syndrome présenté	Atteintes inflammatoires pelviennes	Epididymite	Infections intestinales et entériques transmissibles sexuellement	Pertes vaginales	Prostatite	Ulcérations génitales	Urétrite
VIH/sida (virus de l'immuno-déficience humaine/syndrome de l'immuno-déficience acquise)	2	5,9,10	5	1,6	2,7,9,12,13		1-3,9-11	3
virus de l'hépatite A (VHA)	2			6				
virus de l'hépatite B (VHB)	2			6				
virus de l'hépatite C (VHC)	2							
virus Herpes simplex (VHS)	2-5,11	1,4		2,5,6			1,6,7,9-11	1,5
vomissements		5						
voyage	6						9	

Prise en charge et traitement d'infections spécifiques

V

Chancre mou

Infections à Chlamydia

Infections gonococciques

Infections au virus de l'hépatite B

Infections génitales au virus
Herpes simplex (VHS)

Infections au virus de
l'immunodéficience humaine (VIH)

Infections génitales au virus
du papillome humain (VPH)

Infestations ectoparasitaires
(pédiculose pubienne, gale)

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

Syphilis

Chancre mou

janvier 2008

Étiologie	1
Épidémiologie	1
Prévention	2
Manifestations	2
Diagnostic	2
Prise en charge	3
Traitement	3
Déclaration des cas et notification aux partenaires	4
Prise en considération d'autres ITS	4
Suivi	4

CHANCRE MOU

Étiologie

- Ulcérations génitales (UG) causées par *Haemophilus ducreyi* ou le chancre mou. *H ducreyi* est un bacille Gram négatif très sensible.

Épidémiologie

- Le chancre mou est répandu dans certaines régions du monde où la lutte contre les infections transmissibles sexuellement est insuffisante. Les femmes vulnérables (notamment les travailleuses de l'industrie du sexe bénéficiant de peu de soins de santé) ayant de multiples partenaires sexuels malgré des ulcérations génitales, constituent habituellement le réservoir d'infection. Dans cette population, le chancre mou ne peut que rester endémique^{1,2}.
- Le tourisme fait parfois réintroduire le chancre mou dans certaines sociétés où cette maladie a été éradiquée. Des groupes de cas peuvent se former autour d'un cas index (comme on l'a décrit au Canada)¹.
- Le chancre mou est éliminé sans difficulté par des mesures de contrôle visant directement les travailleurs de l'industrie du sexe, le traitement des hommes ayant des ulcérations génitales et le soutien des efforts de lutte contre les ITS.
- Le chancre mou ne se transmet que par les sujets ayant des ulcérations; on n'a signalé aucun réservoir latent de chancre mou transmissible lorsque la maladie n'était pas active.
- Le taux d'attaque suite à des relations sexuelles non protégées est élevé (probablement plus de 50 % chez les femmes ou les hommes exposés); la période d'incubation varie de 5 à 14 jours.
- Dans les régions où le chancre mou est endémique, on compte jusqu'à 10 % des sujets atteints d'une infection concomitante au virus Herpes simplex (VHS). Il arrive qu'une infection à *Treponema pallidum* accompagne l'infection à *Haemophilus ducreyi*.
- Le chancre mou a été reconnu comme une ITS significative au cours des années 1980 quand il est devenu évident qu'il jouait un rôle important dans la transmission du VIH³.
 - On observe une augmentation rapide de la prévalence de l'infection au VIH dans les sociétés où le chancre mou est endémique.
 - **Le risque de transmission du VIH est de 10 à 50 fois plus élevé après une exposition sexuelle à une personne infectée à la fois par *Haemophilus ducreyi* et le VIH^{2,3}.** Par conséquent, le chancre mou et *Haemophilus ducreyi* font l'objet d'importants travaux de recherche⁴.
- On peut lutter contre le chancre mou dans la plupart des sociétés, même là où les infrastructures et les ressources sont limitées².
 - Au cours de la dernière décennie, le chancre mou a été éradiqué dans de nombreuses régions du monde où il était endémique, y compris dans la plus grande partie de l'est et du sud de l'Afrique².
 - Sa migration vers d'autres pays où il a déjà été éradiqué est susceptible d'être peu fréquente.

Prévention

- Les mesures classiques de lutte contre les ITS sont très efficaces, soit : réduction du nombre de partenaires sexuels, promotion et utilisation du condom pour toutes les activités sexuelles à risque élevée et diagnostic précoce dans les pays où le chancre mou est endémique.
- Les travailleuses de l'industrie du sexe ont besoin d'être éduquées afin de reconnaître les ulcérations génitales et devraient avoir accès à des soins médicaux.
- Au cours d'une flambée d'ulcérations génitales, le diagnostic établi d'après des analyses microbiologiques, les efforts accrus de sensibilisation auprès des travailleurs de l'industrie du sexe et de leur clientèle ainsi que le traitement syndromique des ulcérations sont tous des moyens qui ont permis de limiter la dissémination de l'infection à *Haemophilus ducreyi* et de l'éradiquer localement².
- La circoncision réduit la vulnérabilité à l'infection à *Haemophilus ducreyi*; il a été prouvé que le chancre mou ne se dissémine pas dans les populations où tous les hommes sont circoncis.

Manifestations

- Après l'exposition, une papule apparaît et se transforme rapidement en une ou plusieurs lésions pustuleuses qui, en se brisant, forment des ulcères superficiels, douloureux et purulents sur une base granulomateuse qui saigne facilement.
 - Chez l'homme, les lésions apparaissent sur le prépuce, le sillon balano-préputial et le corps du pénis.
 - Chez la femme, des lésions peuvent apparaître sur une zone étendue des organes génitaux externes, mais rarement dans le vagin ou sur le col utérin.
- L'apparition de multiples ulcérations est fréquente, surtout chez la femme.
- Une adénite inguinale douloureuse apparaît chez 30 % des patients; les ganglions lymphatiques peuvent suppurer, devenir fluctuants et se rompre spontanément.
- Le chancre mou s'apparente à d'autres ulcérations génitales, surtout à celles de la syphilis; toutefois, les lésions causées par le chancre mou sont habituellement douloureuses alors que les ulcérations de la syphilis primaire sont habituellement indolores.
- Le chancre mou reste localisé aux organes génitaux; il ne s'étend que rarement et n'évolue pas en maladie systémique⁵.

Diagnostic

- Le diagnostic étiologique clinique est souvent erroné; au Canada, les causes des ulcérations devraient être minutieusement recherchées car le chancre mou n'est pas réputé endémique.
 - Autant que possible, les tests devraient comprendre une culture d'*Haemophilus ducreyi* à l'aide d'un milieu de culture ou un milieu de transport spécialisé, selon l'endroit (pour plus de précisions, communiquer avec votre laboratoire régional).
 - Il convient d'écarter les autres causes d'ulcérations génitales en effectuant un examen au microscope à fond noir ou une épreuve par immunofluorescence directe de *Treponema pallidum* pour la syphilis primaire et en faisant une culture pour le VHS.
 - Il n'existe aucun test sérologique fiable permettant de détecter la présence de *Haemophilus ducreyi*. La détection par méthode de coloration de Gram de coccobacilles Gram négatif regroupés en « banc de poissons » peut être utile.

- La culture d'*Haemophilus ducreyi* nécessite l'utilisation d'un milieu spécial⁴. Au Kenya, au cours d'études prospectives, l'utilisation soit d'une gélose gonococcique ou une gélose de Mueller-Hinton a facilité la croissance de la plupart des souches. Les prélèvements devraient être effectués à partir de la base des ulcérations et transférés dans un milieu de transport enrichi en thioglycolate et hémine permettant la survie de la bactérie (pendant deux ou trois jours à 4 °C) en attendant que le milieu de culture soit prêt⁴. Idéalement, *Haemophilus ducreyi* devrait se cultiver à une température de 32 °C, dans une atmosphère humide contenant 5 % de dioxyde de carbone.
- Les tests d'amplification des acides nucléiques, y compris la polymérase en chaîne multiplex [M-PCR] qui permet de détecter la présence d'*Haemophilus ducreyi*, de *Treponema pallidum* et de VHS, peuvent être utilisés, mais la plupart des laboratoires n'effectuent pas ces analyses.

Prise en charge

- À l'échelle mondiale, la prise en charge syndromique est utilisée pour le traitement immédiat des ulcérations génitales dès la première consultation avec un professionnel de la santé; cette approche clinique est particulièrement efficace comme mesure de contrôle de la syphilis et du chancre mou. Dans la plupart des sociétés, une enquête des étiologies microbiennes d'UG à intervalles réguliers s'impose pour déterminer lesquelles devront faire l'objet d'une prise en charge syndromique.
- L'enquête épidémiologique et le contrôle des flambées devraient constituer une démarche systématique dans tous les pays où la syphilis et le chancre mou sont présumés éradiqués. On devrait disposer de modes d'intervention rapide afin de réagir immédiatement à l'apparition de ces infections à l'aide de stratégies permettant d'éradiquer à nouveau l'*Haemophilus ducreyi* et le *Treponema pallidum*.
- Dans tous les cas attestés de chancre mou, les patients devraient subir des tests permettant d'écartier la présence d'ITS concomitantes, y compris l'infection au VIH.

Traitement

- Le traitement syndromique pour le chancre mou consiste en une dose unique de 500 mg, p.o. de **ciprofloxacine** (le taux de guérison obtenu avec cet agent est supérieur à 90 % [A-I]⁶).
- Un traitement d'une semaine à l'**érythromycine**, 500 mg, p.o., 3 f.p.j, permet aussi d'obtenir un taux de guérison supérieur à 90 %⁶. Ce traitement est cependant associé à une observance thérapeutique plus faible [A-I].
- Un autre macrolide, l'**azithromycine**, permet de guérir plus de 90 % des patients lorsqu'elle est prescrite en dose unique de 1 g, p.o. [A-I]⁷⁻⁹.
- La **ceftriaxone**, administrée par voie i.m. en dose de 250 mg, donne de bons résultats, cependant l'échec au traitement est fréquent chez les patients aussi infectés par le VIH [A-I]^{7,9,10}.
- Il convient d'évaluer minutieusement les patients avec un échec thérapeutique, en tenant compte de l'étiologie et de la co-existence possible d'autres agents pathogènes. Il faut aspirer ou inciser les bubons pour soulager la douleur et prévenir la rupture spontanée.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Tous les sujets ayant eu des relations sexuelles avec le cas index au cours des deux semaines précédant la date de l'apparition des premiers symptômes devraient être traités à l'aide d'une quinolone ou d'une antibiothérapie réputée efficace pour traiter les cas index quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.

Prise en considération d'autres ITS

- Lorsqu'on soupçonne la présence du chancre mou chez un patient, on devrait également envisager les ITS suivantes :
 - lymphogranulomatose vénérienne;
 - infection auVHS;
 - syphilis;
 - donovanose (granulome inguinal).
- Ces patients devraient tous subir un test de détection pour la syphilis et un test de dépistage pour le VIH lors de leur première visite et trois mois plus tard. Ils devraient aussi subir un test de dépistage de la gonorrhée.
- Un vaccin contre l'hépatite B devrait être offert aux patients non immunisés.
- On ne devrait pas manquer l'occasion de fournir du counselling sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires.
- Discuter du vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • DCC-2 (2007) *Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain.*

Suivi

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

Infections à *Chlamydia*

janvier 2008

Étiologie	1
Épidémiologie	1
Prévention	2
Manifestations	2
Diagnostic	3
Prise en charge	5
Traitement	5
Prise en considération d'autres ITS	9
Déclaration des cas et notification aux partenaires.....	9
Suivi	9
Considérations spéciales	10

INFECTIONS À CHLAMYDIA

(Pour en savoir plus sur la lymphogranulomatose vénérienne, voir les chapitres « *Ulcérations génitales* » et « *Lymphogranulomatose vénérienne* »)

Étiologie

- Infection causée par *Chlamydia trachomatis*, sérotypes D à K.

Épidémiologie

- Le nombre de cas signalés au Canada et ailleurs dans le monde est en hausse depuis 1997¹.
- Selon les données préliminaires plus de 65 000 cas ont été signalés au Canada en 2006 (202 cas par 100 000 personnes).²
- La chlamydie touche de manière disproportionnée les adolescents et les jeunes adultes sexuellement actifs. Le nombre de cas signalés est le plus élevé chez les personnes âgées de 15 à 24 ans, les deux tiers des cas signalés à l'échelle nationale appartenant à ce groupe d'âge².
- L'infection est sous-diagnostiquée, car la majorité des personnes infectées sont asymptomatiques³⁻⁸.
- Le sous-dépistage est un problème chez les hommes et les femmes exposés à un risque élevé d'infection. Les hommes, un réservoir oublié de l'infection, consultent moins souvent un médecin pour un examen médical⁹⁻¹¹.
- La période d'incubation habituelle séparant le moment de l'exposition et l'apparition des symptômes est de deux à trois semaines en moyenne, mais peut aller jusqu'à six semaines.
- Non traitée, l'infection persiste pendant de nombreux mois.
- Les personnes infectées par *N. gonorrhœae* sont souvent co-infectées par *C. trachomatis*^{12,13}.
- Facteurs de risque :
 - un contact sexuel avec une personne infectée par *Chlamydia trachomatis*;
 - un nouveau partenaire sexuel ou plus de deux partenaires sexuels au cours de l'année précédente;
 - des antécédents d'infections transmissibles sexuellement (ITS);
 - les populations vulnérables, comme les utilisateurs de drogues injectables, les personnes incarcérées, les travailleurs de l'industrie du sexe et les jeunes de la rue, etc. (voir la section « *Populations spécifiques* »).

Prévention

Il est possible de prévenir l'infection et ses séquelles en prenant les mesures suivantes :

- Informer les patients de l'importance de toujours avoir des pratiques sexuelles à risques réduits (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »).
- Déterminer les obstacles aux mesures préventives et les moyens de les surmonter.
- Favoriser l'acceptation des tests par l'utilisation de tests non invasifs d'amplification des acides nucléiques (TAAN) à partir de l'urine.
- Procéder au dépistage de l'infection auprès des groupes présentant un risque (en fonction des facteurs de risque précités).
 - Les femmes sexuellement actives âgées de moins de 25 ans;
 - Les hommes âgés de moins de 25 ans constituent un réservoir caché pour les infections et réinfections de leurs partenaires. Il y a un manque de données probantes pour déterminer si le dépistage routine chez les jeunes hommes asymptomatiques diminue l'incidence de l'infection à chlamydia ano-génitale chez les femmes.^{14,15} Dans l'attente de pareilles données, il serait important de dépister tous les hommes sexuellement actifs âgés de moins de 25 ans pour *C. Trachomatis*^{7,8,10,16-24};
 - Les femmes enceintes. Toutes les femmes enceintes devraient passer un test de dépistage lors de leur première visite prénatale. Dans le cas des femmes enceintes infectées par *Chlamydia trachomatis* ou exposées à un risque élevé de réinfection, un nouveau test de dépistage est indiqué lors du troisième trimestre de grossesse²⁵⁻³¹;
- Toutes les personnes infectées par *Chlamydia trachomatis* devraient être soumises à un nouveau test de dépistage au bout de 6 mois après la détection de l'infection^{26,32-35}.
- Pour prévenir une réinfection, il faut évaluer les partenaires du patient, leur faire passer des tests, les traiter et leur offrir du counselling.
- Les patients et leurs partenaires devraient attendre la fin de leur traitement avant d'avoir des relations sexuelles non protégées (p. ex., attendre la fin d'un traitement à doses multiples ou attendre sept jours après la prise d'un traitement à dose unique).

Manifestations

Tableau 1. Signes et symptômes³⁶

Femmes	Hommes	Nouveau-nés et nourrissons
<ul style="list-style-type: none"> • Infection le plus souvent asymptomatique • Cervicite • Pertes vaginales • Dysurie • Douleurs abdominales basses • Saignement vaginal anormal • Dyspareunie • Conjonctivite • Rectite (souvent asymptomatique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Infection souvent asymptomatique • Écoulement urétral • Urétrite • Picotement urétral • Dysurie • Douleur testiculaire • Conjonctivite • Rectite (souvent asymptomatique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conjonctivite chez les nouveau-nés • Pneumonie chez les nourrissons âgés de < 6 mois

Tableau 2. Principales séquelles

Femmes	Hommes
<ul style="list-style-type: none">• Atteinte inflammatoire pelvienne (AIP)• Grossesse ectopique• Infertilité• Douleur pelvienne chronique• Syndrome de Reiter	<ul style="list-style-type: none">• Orchi-épididymite• Syndrome de Reiter

Diagnostic

Diagnostic de laboratoire

(Pour plus d'information, voir le chapitre « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* ».)

- Les résultats dépendent fortement du type de tests effectués, du prélèvement et des conditions de transport des échantillons, ainsi que de l'expertise du laboratoire. Il convient de consulter votre laboratoire local pour savoir quels tests sont offerts et quelle est leur performance.
- Les TAAN (p. ex., la réaction de polymérase en chaîne [PCR] et l'amplification médiée par la transcription [TMA]) sont plus sensibles et spécifiques que la mise en culture, que l'essai immuno-enzymatique (EIA) ou que l'immunofluorescence directe (IFD). Dans les contextes non médico-légaux, les TAAN devraient dans la mesure du possible être utilisés avec des échantillons d'urine, de l'urètre ou du col utérin. Le sang et le mucus nuisent à la performance du TAAN et peuvent donner lieu à des résultats faussement négatifs; une culture est donc recommandée dans ces cas.
- Autrefois, les échantillons vaginaux étaient proscrits pour le diagnostic des ITS, sauf dans la prise en charge des vulvo-vaginites, des vaginoses bactériennes et des cas d'abus sexuel d'un enfant. Des données plus récentes démontrent que les TAAN permettent de déceler autant, sinon davantage de cas de *C. trachomatis*, de *N. gonorrhoeae* et de *Trichomonas vaginalis* chez les femmes à l'aide d'écouvillonnages vaginaux qu'avec des écouvillonnages du col, de l'urètre ou un échantillon d'urine³⁷. Vérifiez auprès de votre laboratoire s'il offre cette option. * (voir la section *Prélèvement d'échantillons* dans le présent chapitre)
- Il existe des données prometteuses sur l'emploi d'écouvillonnages rectaux et oraux pour déceler *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* au moyen des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) et des essais cliniques courants sont entamés par le National Institutes of Health des États-Unis.** (voir la section *Prélèvement d'échantillons*)
- **À l'heure actuelle, la culture est la seule méthode recommandée pour les échantillons prélevés dans la gorge.**
- Grâce à sa nature non-invasive, le TAAN des urines est l'analyse idéale pour le dépistage des femmes ou jeunes femmes asymptomatiques, à qui il n'est pas nécessaire de faire passer un examen pelvien pour d'autres raisons. Cependant, un examen physique demeure essentiel, et le prélèvement d'échantillons au moyen de méthodes plus invasives peut être requis à des fins diagnostiques pour les personnes symptomatiques.

- Un TAAN postexposition peut être effectué au moment de la consultation sans attendre 48 heures, ceci est basé sur une opinion d'experts, qui suppose que les TAAN peuvent détecter l'inoculum (ADN ou ARN).
- Certains TAAN permettent de détecter l'infection à *C. trachomatis* et à *N. gonorrhoeae* à partir d'un seul échantillon.
- La culture est la méthode privilégiée dans les cas médico-légaux, mais les TAAN pourraient être appropriés à condition que les résultats positifs soient confirmés. La confirmation peut être effectuée au moyen d'un TAAN utilisant une série d'autres amorces ou par les techniques de séquençage de l'ADN.
- La détection des IgM dirigées contre *C. trachomatis* est utile pour le diagnostic de la pneumonie à *C. trachomatis* chez les nourrissons de moins de 3 mois.
- Une sérologie n'est pas utile pour le diagnostic des infections génitales aiguës à *C. trachomatis*.

Prélèvement d'échantillons

Sites possibles de prélèvement d'échantillons :

- Col utérin chez les femmes pubères ou plus âgées pour un TAAN
 - Dans le cas des femmes ayant subi une ablation chirurgicale du col utérin :
 - l'urine ou un écouvillonnage urétral pour un TAAN,
 - ou**
 - écouvillonnage vaginal pour une mise en culture ou un TAAN *(voir la section *Diagnostic de laboratoire* dans le présent chapitre).
 - ou**
 - écouvillonnage rectal pour une mise en culture ou un TAAN **(voir la section *Diagnostic de laboratoire* dans le présent chapitre).
- Pour les hommes, un écouvillonnage urétral pour un TAAN (il est préférable que le patient n'ait pas uriné depuis au moins 2 heures, mais si ce n'est pas le cas, cela ne devrait pas empêcher de procéder au test).
- TAAN de l'urine, culture d'un écouvillonnage vaginal et rectal chez les filles impubères.
- TAAN de l'urine pour les femmes et les hommes de tous âges :
 - à tout moment de la journée,
 - premiers 10 à 20 ml d'urine (pas l'urine du milieu du jet),
 - il est préférable que le patient n'ait pas uriné depuis au moins 2 heures, mais si ce n'est pas le cas, cela ne devrait pas empêcher de procéder aux analyses.
- Prélèvements d'échantillons endométriaux ou tubaires par biopsie pour des TAAN chez les femmes qui subissent une laparoscopie dans le cadre d'évaluation pour une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP).
- Écouvillonnage de la conjonctive pour une mise en culture, une analyse par EIA ou IFD.
- Prélèvement naso-pharyngé par aspiration pour une mise en culture chez les nourrissons âgés de moins de 6 mois.
- Prélèvements oro-pharyngés et rectaux si requis.
- Pour plus d'information sur le transport des échantillons, voir le chapitre « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* ».

Prise en charge

- L'évaluation clinique devrait dépendre des symptômes et des signes présentés par le patient, ainsi que de ses antécédents sexuels.
- Le traitement contre *Chlamydia trachomatis* est indiqué dans les cas suivants :
 - test positif de *C. trachomatis*;
 - après avoir diagnostiqué un syndrome compatible avec une infection à *C. trachomatis*, sans attendre les résultats des tests de détection de *C. trachomatis*;
 - diagnostic d'une infection à *C. trachomatis* chez un partenaire sexuel;
 - cotraitement empirique lorsqu'un diagnostic d'infection à *N. gonorrhœae* est posé avant l'obtention des résultats des tests de dépistage de *C. trachomatis* à cause de la probabilité élevée de coinfection (20 à 42 %) ^{12,13} et de l'éventualité d'avoir des résultats faussement négatifs, surtout avec les méthodes autres que les TAAN.

Traitement

- Les études qui ont évalué l'efficacité et l'efficacité de l'administration d'une dose unique d'azithromycine et d'un traitement de 7 jours par la doxycycline ont démontré des taux de guérison élevés, similaires dans les deux groupes; l'azithromycine est toutefois beaucoup plus coûteuse ³⁸⁻⁴⁷.
- L'ofloxacine affiche une efficacité similaire à celle de la doxycycline et de l'azithromycine, mais elle est plus coûteuse et doit être prise en plusieurs doses ⁴⁸⁻⁵⁶.
- L'érythromycine est associée à des effets secondaires gastro-intestinaux significativement plus élevés que d'autres schémas thérapeutiques ⁵⁶⁻⁶⁰.
- L'antibiorésistance est rare, mais pourrait devenir un problème émergent ^{61,62}.
- En l'absence de contre-indications, les options thérapeutiques présentées au tableau 3 ci-dessous sont recommandées.

**Adultes (à l'exception des femmes enceintes ou qui allaitent) :
Infection urétrale, endocervicale, rectale, conjonctivale**

(Pour en savoir plus sur l'atteinte inflammatoire pelvienne, voir le chapitre « Atteintes Inflammatoires Pelviennes ». Pour en savoir plus sur l'épididymite, voir le chapitre « Épididymite »).

**Tableau 3. Adultes (à l'exception des femmes enceintes ou qui allaitent) :
traitement en cas d'infection urétrale, endocervicale, rectale, conjonctivale**

Traitement privilégié	Autre traitement
<ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours [A-I] OU <ul style="list-style-type: none"> • Azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique si l'adhérence au traitement n'est pas garantie*[A-I] 	<ul style="list-style-type: none"> • Ofloxacine, 300 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours [B-II] OU <ul style="list-style-type: none"> • Érythromycine, 2 g/jour, p.o., en doses fractionnées, pendant 7 jours[†] [B-II] OU <ul style="list-style-type: none"> • Érythromycine, 1 g/jour, p.o., en doses fractionnées, pendant 14 jours[†] [B-I]

* Si le patient a des vomissements plus d'une heure après l'administration, ne pas administrer d'autres doses.

† Les posologies de l'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut la remplacer par des doses similaires d'autres préparations (à l'exception de **la formulation d'estolate d'érythromycine qui est contre-indiquée en cas de grossesse**). Si l'érythromycine a été utilisée pour le traitement, il est nécessaire d'effectuer un test de contrôle de l'efficacité du traitement 3 à 4 semaines après la fin de ce dernier.

Enfants

- Si utilisé seul, un traitement topique n'est PAS adéquat pour traiter la conjonctivite et n'est pas nécessaire quand un traitement systémique est administré.
- **L'usage de l'érythromycine chez les nourrissons âgés de moins de 6 semaines a été associé à une sténose pylorique hypertrophique infantile (SPHI)⁶³⁻⁶⁶. Le risque de sténose pylorique hypertrophique infantile (SPHI) lié aux autres macrolides (p. ex., azithromycine, clarithromycine) est inconnu. Il faut expliquer aux parents les risques et les bienfaits associés à l'usage d'érythromycine chez les nourrissons de cet âge. Lorsqu'on utilise l'érythromycine chez ces nourrissons, il est important de surveiller tout signe ou symptôme de SPHI. Toute SPHI survenant après l'utilisation d'érythromycine devrait être signalée au Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments au 1 866 234-2345.**
- Il est possible d'éviter le traitement des nourrissons âgés de moins de 6 semaines contre *C. trachomatis* en soumettant les femmes enceintes à des tests de dépistage et à un traitement avant l'accouchement.
- **La doxycycline est contre-indiquée chez les enfants âgés de moins de 9 ans.**
- Les quinolones ont été associées à des dommages articulaires chez de jeunes animaux. Ces changements articulaires n'ont pas été clairement attribués à l'administration de quinolones aux enfants. Leur innocuité chez les enfants n'a pas été établie. **Les quinolones ne devraient pas être administrées aux patients impubères. L'expérience sur l'emploi de ces agents chez les patients âgés de moins de 18 ans est limitée.**

Tableau 4. Enfants

Première semaine de vie	> 1 semaine à 1 mois	> 1 mois à < 9 ans	9 à 18 ans
<p>Nourrissons de ≤ 2 000 g : Érythromycine, 20 mg/kg/jour, p.o., en doses fractionnées, pendant au moins 14 jours*[†] [B-II]</p> <p>Nourrissons de > 2 000 g : Érythromycine, 30 mg/kg/jour, p.o., en doses fractionnées, pendant au moins 14 jours*[†] [B-II]</p>	<p>Érythromycine, 40 mg/kg/jour, p.o., en doses fractionnées, pendant au moins 14 jours*[†] [B-II]</p>	<p>Azithromycine, 12 à 15 mg/kg (max. : 1 g), p.o., en dose unique [B-II]</p> <p>Autres traitements : Érythromycine, 40 mg/kg/jour, p.o., en doses fractionnées (max. : 500 mg, 4 f.p.j., pendant 7 jours ou 250 mg, 4 f.p.j., pendant 14 jours)*[†] [B-II]</p> <p>OU</p> <p>Sulfaméthoxazole, 75 mg/kg/jour, p.o., en doses fractionnées (max. : 1 g, 2 f.p.j.) pendant 10 jours[†] [B-II]</p>	<p>Traitement privilégié: Doxycycline, 5 mg/kg/jour, p.o., en doses fractionnées (max. : 100 mg, 2 f.p.j.) pendant 7 jours [A-I]</p> <p>OU</p> <p>Azithromycine, 12 à 15 mg/kg (max. : 1 g), p.o., en dose unique si l'adhérence au traitement n'est pas garantie [A-I]</p> <p>Autres traitements : Érythromycine, 40 mg/kg/jour, p.o., en doses fractionnées (max.:500 mg, 4 f.p.j., pendant 7 jours ou 250 mg, 4 f.p.j., pendant 14 jours)*[†] [B-I]</p> <p>OU</p> <p>Sulfaméthoxazole, 75 mg/kg/jour, p.o., en doses fractionnées (max. : 1 g, 2 f.p.j.) pendant 10 jours[†] [B-II]</p>

* Les posologies de l'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut la remplacer par des doses similaires d'autres préparations (**à l'exception de la formulation d'estolate d'érythromycine, qui est contre-indiquée durant la grossesse**).

† Si le patient a été traité par l'érythromycine ou par le sulfaméthoxazole, il est conseillé de répéter les tests après le traitement.

Notes :

- Il est essentiel que les nouveau-nés dont la mère est infectée passent un test de dépistage de *C. trachomatis* et soient traités si leurs résultats sont positifs. Il faut les surveiller de près pour vérifier tout signe d'infection à *Chlamydia trachomatis* (p. ex., conjonctivite, pneumopathie inflammatoire). La prophylaxie n'est pas recommandée à moins que le suivi ne soit pas garanti.
- Chez tous les enfants imputères, un test de contrôle devrait être effectué de trois à quatre semaines après la fin du traitement.

Femmes enceintes et mères qui allaitent : infection urétrale, endocervicale, rectale

- Dans les essais cliniques qui ont comparé l'amoxicilline, l'érythromycine et l'azithromycine, ces trois agents affichent des résultats microbiologiques et des taux de guérison clinique similaires, mais l'érythromycine provoque davantage d'effets secondaires gastro-intestinaux chez la mère⁶⁷⁻⁷⁵.
- À l'heure actuelle, les données relatives à l'administration d'azithromycine durant la grossesse sont limitées, même si de nombreux experts jugent ce médicament sécuritaire dans ce contexte^{68-70,72-74}.
- **La doxycycline et les quinolones sont contre-indiquées chez les femmes enceintes et chez celles qui allaitent.**
- La clindamycine doit être administrée 3 à 4 fois par jour pendant 10 à 14 jours et n'offre aucun avantage. Elle est même plus coûteuse que l'azithromycine et ne fait donc pas partie des options thérapeutiques recommandées.
- Les données relatives aux résultats chez les nouveau-nés sont insuffisantes.

Tableau 5. Femmes enceintes et mères qui allaitent : traitement en cas d'infection urétrale, endocervicale, rectale

- **Amoxicilline**, 500 mg, p.o., 3 f.p.j., pendant 7 jours* [A-I]
OU
- **Érythromycine**, 2 g/jour, p.o., en doses fractionnées, pendant 7 jours*† [B-I]
OU
- **Érythromycine**, 1 g/jour, p.o., en doses fractionnées, pendant 14 jours*† [B-I]
OU
- **Azithromycine**, 1 g, p.o., en dose unique si l'adhérence au traitement n'est pas garantie‡ [B-I]

* Si l'érythromycine ou l'amoxicilline ont été utilisées pour le traitement de mères qui allaitent, un test de contrôle devrait être effectué de trois à quatre semaines après la fin du traitement.

† Les posologies de l'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut la remplacer par des doses similaires d'autres préparations (**à l'exception de la formulation d'estolate d'érythromycine, qui est contre-indiquée durant la grossesse**). Les effets secondaires gastro-intestinaux sont plus graves avec l'érythromycine qu'avec l'amoxicilline.

‡ Si la patiente a des vomissements plus d'une heure après l'administration du médicament, il n'est pas nécessaire d'administrer une autre dose.

Remarque : Chez toutes les femmes enceintes, un test de contrôle devrait être effectué de trois à quatre semaines après la fin du traitement.

Prise en considération d'autres ITS

- Voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* ».
- Faire des prélèvements pour le diagnostic d'une infection à *N. gonorrhœae*.
- Prélever un échantillon de sang pour effectuer des tests sérologiques pour la syphilis (voir le chapitre « *Syphilis* »).
- Un test de dépistage du VIH et le counselling sont recommandés (voir le chapitre « *Infections au virus de l'immunodéficience humaine* »).
- L'immunisation contre l'hépatite B est recommandée pour les personnes non immunes et non vaccinées (voir le chapitre « *Infections au virus de l'hépatite B* »).
- Discuter du vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • DCC-2 (2007) *Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain*.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les infections à *C. trachomatis* doivent être signalées par les laboratoires et les médecins aux départements de santé publique locaux dans toutes les provinces et tous les territoires.
- Tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou la date du diagnostic (si asymptomatique) devrait se soumettre à une évaluation clinique, y compris les tests de dépistage et le traitement empirique quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements. Si le cas index n'a eu aucun partenaire pendant cette période, son dernier partenaire devrait se soumettre à une évaluation clinique et recevoir le traitement.
- Il est important de retracer les parents de nouveau-nés infectés (p. ex., la mère et son partenaire sexuel) et les soumettre à une évaluation clinique et les traiter.
- Les départements de santé publique locaux peuvent offrir leur concours au processus de notification aux partenaires, et aider à orienter ceux-ci vers les ressources compétentes pour l'évaluation clinique, les tests, le traitement et l'éducation à la santé. Si les ressources de soutien des départements de santé publique locaux sont limitées, on devrait avertir en priorité les jeunes partenaires âgés de moins de 25 ans.

Suivi

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

- Il est recommandé d'effectuer un autre test chez toutes les personnes infectées par *C. trachomatis* six mois après le traitement, car le risque de réinfection est élevé.
- Les raisons expliquant les échecs thérapeutiques apparents peuvent être les suivantes :
 - l'inobservance du schéma posologique ou l'abandon du traitement;
 - la réexposition à un partenaire qui n'a pas été traité;
 - une infection contractée auprès d'un nouveau partenaire;
 - un résultat faussement positif;
 - rarement, un problème de résistance.
- Dans le cas des patients qui présentent des symptômes persistants, il faut également envisager la possibilité d'une infection par d'autres pathogènes ou une cause d'origine non infectieuse.

Considérations spéciales

Enfants

- **Il est essentiel** que les nouveau-nés dont la mère est infectée passent un test de détection de *C. trachomatis*. Si les résultats sont positifs, les nouveau-nés doivent recevoir le traitement. Il faut les surveiller de près afin de vérifier tout signe d'infection à *Chlamydia trachomatis* (p. ex., conjonctivite, pneumopathie inflammatoire). La prophylaxie n'est pas recommandée à moins que le suivi ne soit pas garanti.
- **Il faut envisager la possibilité d'abus sexuel lorsqu'on détecte une infection génitale, rectale ou pharyngée à *Chlamydia trachomatis* chez un enfant impubère, bien qu'une infection à *C. trachomatis* contractée durant la période périnatale puisse persister jusqu'à l'âge de 3 ans. Il faudrait consulter un collègue ayant une expertise dans ce domaine. Il faut également examiner les frères et sœurs de la victime, ainsi que les autres enfants à risque.**
- **Les cas d'abus sexuel à l'égard d'enfants doivent être rapportés à l'agence locale de protection de l'enfance (voir le chapitre « *Abus sexuel à l'égard des enfants impubères et prépubères* »).**
- **Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage.**
- Chez les enfants impubères les prélèvements, pour le test de contrôle par mise en culture, sont indiqués environ 3 à 4 semaines après la fin du traitement.

Infections gonococciques

janvier 2008

Étiologie	1
Épidémiologie	1
Prévention	2
Manifestations	3
Diagnostic	4
Prise en charge	8
Traitement	9
Prise en considération d'autres ITS	14
Déclaration des cas et notification aux partenaires.....	14
Suivi	15
Considérations spéciales	16

INFECTIONS GONOCOCCIQUES

Étiologie

- Cause : *Neisseria gonorrhoeae*.

Épidémiologie

- Les données préliminaires indiquent que l'incidence rapportée de la gonorrhée a plus que doublé entre 1997 et 2006. Il y avait 4,477 cas de gonorrhée signalés en 1997 et les données préliminaires pour 2006 indiquent 10,808 cas de gonorrhée signalés. Le taux par 100,000 personnes pour 1997 était 14.9 et le taux préliminaire pour 2006 est 33.1. Les plus affectés sont les hommes âgés de 20 à 24 ans et les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans.¹
- Depuis 1997, les infections gonococciques sont en hausse graduelle mais constante. Il semble qu'un certain nombre de personnes ayant des pratiques sexuelles qui comportent un risque élevé de transmission jouent un rôle crucial dans les taux courants de prévalence. La recherche des cas et la notification aux partenaires font partie des stratégies essentielles au contrôle de cette infection.
- **La surveillance continue de la résistance aux antimicrobiens joue un rôle important pour assurer des taux élevés de guérison de cette infection traitable^{2,3}.**
- La proportion de micro-organismes résistants à la pénicilline est supérieure à 1 % dans la plupart des régions du Canada, et peut atteindre 15 % ou plus dans certaines régions urbaines et rurales⁴. Aussi le nombre d'isolats résistants aux tétracyclines ou à une combinaison des pénicillines et tétracyclines est encore élevé; il ne faut donc *pas* utiliser ces antibiotiques dans le traitement de la gonorrhée.
 - Au Canada, la résistance aux quinolones a régulièrement augmenté, passant de 1 % vers la fin des années 1990 à un taux de 15.7 % en 2005⁴⁻⁶. Ces taux correspondent aux échantillons soumis par chaque province et territoire au Laboratoire national de microbiologie (LNM). Le taux actuel rapporté par le LNM n'est pas toujours représentatif de la situation nationale, car l'envoi d'échantillons par chaque province et territoire se fait sur une base volontaire et n'est pas uniforme dans tout le pays. Par ailleurs, la transition des tests en culture vers les TAAN crée une difficulté à produire un portrait qui reflète le taux de résistance réel dans tout le Canada, car la disponibilité des échantillons pour faire les tests de résistances devient de plus en plus limitée.
 - **Dans certaines régions du Canada, le taux de résistance aux quinolones est significativement plus élevé que le taux national. Veuillez vérifier auprès de votre département de santé publique local pour connaître le taux de résistance aux quinolones dans votre région. Les quinolones ne sont pas recommandées pour le traitement de *N. gonorrhoeae* au Canada dû aux taux de résistance de > 3-5%. (Voir la section de « *Traitement* » pour les recommandations concernant l'utilisation des quinolones au Canada).**
- La transmission du VIH est plus importante chez les personnes qui sont atteintes d'infections gonococciques concomitantes⁷.



- Personnes à risque :
 - les individus ayant des contacts avec une personne atteinte d'une infection confirmée ou d'un syndrome compatible;
 - les individus qui ont eu des relations sexuelles non protégées avec une personne provenant d'une région du monde où la maladie est endémique (il existe également un risque de résistance plus élevé chez la population de ces régions);
 - les voyageurs qui séjournent dans des régions du monde où la maladie est endémique et qui ont des rapports sexuels non protégés avec une personne habitant une telle région (il existe également un risque de résistance plus élevé chez la population de ces régions);
 - les travailleurs de l'industrie du sexe et leurs partenaires sexuels;
 - les jeunes âgés de moins de 25 ans, actifs sexuellement et ayant plusieurs partenaires;
 - les jeunes de la rue;
 - les hommes ayant des relations sexuelles non protégées avec d'autres hommes;
 - les personnes ayant des antécédents de gonorrhée et d'autres ITS.
 - Dans une étude passive de surveillance canadienne, la réinfection a été rapportée d'être au moins 2% par année.⁸

Prévention

- Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes liés aux ITS ou à la contraception, les cliniciens devraient saisir cette occasion pour éduquer celui-ci sur les pratiques sexuelles à risques réduits et l'encourager à les utiliser de façon constante.
- Au moment du diagnostic, passer en revue et vérifier les mesures de prévention.
- Déterminer les obstacles aux mesures préventives et les moyens de les surmonter.
- Voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* ».
- Offrir du counselling sur la prévention des séquelles reproductives éventuelles de cette maladie.
- Les patients et leurs partenaires devraient attendre la fin de leur traitement avant d'avoir des relations sexuelles non protégées (p.ex., attendre à la fin d'un traitement à doses multiples ou attendre sept jours après la prise d'un traitement à dose unique).

Manifestations

Tableau 1. Manifestations

Nouveaux-nés et nourrissons	Enfants	Adolescents et adultes		
		Femmes	Hommes	Femmes et hommes
<ul style="list-style-type: none"> • Ophthalmie • Infection du liquide amniotique • Infection gonococcique disséminée 	<ul style="list-style-type: none"> • Urétrite • Vaginite • Conjonctivite • Infection pharyngée • Rectite • Infection gonococcique disséminée 	<ul style="list-style-type: none"> • Cervicite • Atteintes inflammatoires pelviennes • Urétrite • Périhépatite • Bartholinite 	<ul style="list-style-type: none"> • Urétrite • Épididymite 	<ul style="list-style-type: none"> • Infection pharyngée • Conjonctivite • Rectite • Infection gonococcique disséminée : arthrite, dermatite, endocardite, méningite

Tableau 2. Symptômes des infections des infections à *N. gonorrhœae*⁹⁻¹¹

Nouveaux-nés	Femmes	Hommes
<ul style="list-style-type: none"> • Conjonctivite • Sepsie 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertes vaginales • Dysurie • Saignement vaginal anormal • Douleurs abdominales basses • Douleurs et écoulements rectaux en cas de rectite (voir le chapitre « <i>Infections intestinales et entériques transmissibles sexuellement</i> ») • Dyspareunie profonde 	<ul style="list-style-type: none"> • Écoulement urétral • Dysurie • Picotement urétral • Douleurs testiculaires, enflure ou symptômes d'épididymite • Douleurs et écoulements rectaux en cas de rectite (voir le chapitre « <i>Infections intestinales et entériques transmissibles sexuellement</i> »)

Notes :

- Période habituelle d'incubation de deux à sept jours.
- De nombreux patients sont asymptomatiques ou présentent des symptômes qui ne sont pas typiques d'une infection à *N. gonorrhœae*.
- Les partenaires des patients peuvent également être asymptomatiques.
- L'infection persiste aussi longtemps qu'elle n'est pas traitée.

Tableau 3. Principales séquelles

Femmes	Hommes
<ul style="list-style-type: none">• Atteintes inflammatoires pelviennes• Infertilité• Grossesse ectopique• Douleur pelvienne chronique• Syndrome de Reiter• Infection gonococcique disséminée	<ul style="list-style-type: none">• Orchi-épididymite• Syndrome de Reiter• Infertilité (rare)• Infection gonococcique disséminée

Diagnostic¹²

Diagnostic en laboratoire

- Les cultures prélevées moins de 48 heures après l'exposition peuvent être négatives.
- Un TAAN post-exposition peut être effectué au moment de la consultation sans attendre 48 heures, ceci est basé sur une opinion d'experts, qui suppose que les TAAN peuvent déceler l'inoculum (ADN ou ARN).
- Dans la mesure du possible, la culture est la méthode recommandée, car elle permet de réaliser des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens. Il est avéré que les tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sont les seuls offerts dans certaines régions. Les TAAN peuvent être utiles lorsque les patients refusent un examen pelvien ou un prélèvement urétral¹³. Dans ces situations, le TAAN devrait se faire à partir d'un échantillon d'urine.
- Les cultures sont particulièrement importantes dans les cas suivants :
 - abus sexuel d'enfants (par voie rectale, pharyngée, vaginale)[†];
 - agression sexuelle[†];
 - échec au traitement présumé;
 - évaluation clinique d'atteintes inflammatoires pelviennes;
 - infection acquise outre-mer ou dans des régions où la résistance aux antimicrobiens est avérée.
- On suggère de soumettre tous les isolats à des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens, lesquels sont *requis* pour tous les isolats de patients ayant obtenu des cultures positives au suivi (test de contrôle) et des échecs au traitement présumés.
- Les analyses qui n'utilisent pas les méthodes de culture sont idéales lorsque les conditions de transport et d'entreposage ne permettent pas de maintenir la viabilité de *N. gonorrhoeae*¹⁴ (voir le chapitre « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* »).
- Le recours à des TAAN peut être envisagé, mais il faut prendre des mesures pour assurer une surveillance continue de la résistance aux antimicrobiens. Si ces tests sont effectués pour un test de contrôle, il faut attendre trois semaines après la fin du traitement avant de prélever les échantillons¹⁵.

Notes :

[†] Lorsqu'on a recours aux TAAN, il faut utiliser deux amorces différentes dans le laboratoire (voir le chapitre « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* »).

Prélèvement d'échantillons^{12,14}

Sites des prélèvements de routine:

- l'urètre chez les hommes, adolescents ou adultes, qu'ils présentent ou non un écoulement urétral (voir *tableau 4* dans le présent chapitre et « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* »).
 - Pour les garçons prépubères, voir les chapitres « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* » et « *Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères ou prépubères* »;
- le col utérin chez les femmes, adolescentes ou adultes (voir le chapitre « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* »);
- le rectum chez les toutes les femmes parce que la colonisation bactérienne peut toutefois avoir lieu sans relation sexuelle anale¹⁶ et chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui pratiquent les relations sexuelles anales réceptives (voir *tableau 4* dans le présent chapitre et le chapitre « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* »);
- le vagin chez les filles prépubères (voir les chapitres « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* » et « *Abus sexuels à l'égard d'enfants impubères ou prépubères* »);
- le pharynx chez les patients ayant des antécédents de relations sexuelles oro-génitales (voir *tableau 4* dans le présent chapitre et le chapitre « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* »);
- l'urine (premier jet de 10 à 20 ml) pour un TAAN si on ne peut avoir accès à la culture, si le patient ou la patiente refuse un examen pelvien ou un prélèvement urétral, ou en cas de problèmes d'entreposage et de transport des échantillons.

Autres sites de prélèvement (voir le *tableau 4*) :

- dans le cas des femmes ayant subi une ablation du col utérin, on prélèvera des échantillons d'urine et des écouvillons vaginaux; il est également possible d'écouvillonner le rectum et l'urètre;
- des autoprélèvements vaginaux à l'aide d'écouvillons peuvent convenir aux femmes qui refusent un examen pelvien. Cependant, un examen physique demeure essentiel, et le prélèvement des échantillons au moyen de méthodes plus invasives peut être requis à des fins diagnostiques dans certaines situations.
- chez les femmes subissant une laparoscopie pour l'évaluation des AIP, on devrait prélever des échantillons intra-abdominaux (p.ex., trompes de Fallope, liquide du cul-de-sac, etc.);
- l'urètre chez les femmes présentant un syndrome urétral;
- le sang et le liquide synovial (dans une bouteille/un tube d'hémoculture) en cas de maladie disséminée. Le liquide synovial devrait également subir une coloration de Gram;
- un aspirat épидидymaire peut être envisagé chez les hommes atteints d'épididymite;
- la conjonctive en cas d'infection oculaire.

Note :

- Pour obtenir de plus amples renseignements sur le transport des échantillons, consulter le chapitre « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* »

Tableau 4. Prélèvement d'échantillons

Site/échantillon	Analyse	Commentaires
Urètre (intra-urétral) hommes, adolescents ou adultes	<ul style="list-style-type: none"> • Coloration de Gram (pour déceler les diplocoques intracellulaires Gram négatif) – uniquement chez les hommes symptomatiques 	<ul style="list-style-type: none"> • En général, diagnostic de la gonorrhée.
	<ul style="list-style-type: none"> • Culture 	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmation et épreuve de sensibilité aux antimicrobiens.
	<ul style="list-style-type: none"> • Test ne nécessitant pas la mise en culture (TAAN) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les cas où il n'est pas possible de prélever des échantillons pour mise en culture (mais ces tests ne permettent pas de déterminer la sensibilité aux antibiotiques).
Endocol/urètre (femmes, adolescentes ou adultes)	<ul style="list-style-type: none"> • Coloration de Gram (pour déceler les diplocoques intracellulaires Gram négatif) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilité inférieure comparativement aux échantillons urétraux masculins, alors ce test n'est pas systématiquement recommandé.
	<ul style="list-style-type: none"> • Culture 	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmation et test de sensibilité aux antimicrobiens.
	<ul style="list-style-type: none"> • Test ne nécessitant pas la mise en culture (TAAN) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les cas où il n'est pas possible de prélever des échantillons pour mise en culture (mais ces tests ne permettent pas de déterminer la sensibilité aux antibiotiques).
Vagin	<ul style="list-style-type: none"> • Culture 	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmation et test de sensibilité aux antimicrobiens.
	<ul style="list-style-type: none"> • Test ne nécessitant pas la mise en culture (TAAN) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les cas où il n'est pas possible de prélever des échantillons pour mise en culture (mais ces tests ne permettent pas de déterminer la sensibilité aux antibiotiques).

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

Notes :

- Des échantillons devraient être prélevés pour le diagnostic de l'infection gonococcique et celui de l'infection à *Chlamydia trachomatis* (consulter le chapitre « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* »).
- Toutes possibilités d'échec au traitement devraient faire l'objet d'analyses à partir d'une culture afin d'obtenir des données sur la sensibilité aux antimicrobiens.

Tableau 4. Prélèvement d'échantillons (suite)

Site/échantillon	Analyse	Commentaires
Pharynx/conjonctive/rectum	<ul style="list-style-type: none"> • Culture (la coloration de Gram et les tests ne nécessitant pas la mise en culture ne conviennent pas pour ces sites de prélèvement) • Les TAAN ne sont pas approuvés au Canada pour les échantillons oropharyngés ou rectaux. Pour la conjonctive, le pharynx et le rectum, communiquer avec les responsables du laboratoire dans votre région. 	<ul style="list-style-type: none"> • Test de confirmation et test de sensibilité aux antimicrobiens.
Urine (hommes et femmes)	Test ne nécessitant pas la mise en culture (TAAN)	À ne pas utiliser en cas d'échec au traitement, lorsqu'il est essentiel d'avoir des données sur la sensibilité aux antimicrobiens.
Infection disséminée	<ul style="list-style-type: none"> • Analyses de prélèvements génitaux • Hémoculture • Coloration de Gram et culture des lésions cutanées • Liquide synovial en cas d'arthrite 	

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

Notes :

- Des échantillons devraient être prélevés pour le diagnostic de l'infection gonococcique et celui de l'infection à *Chlamydia trachomatis* (consulter le chapitre « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* »).
- Toutes possibilités d'échec au traitement devraient faire l'objet d'analyses à partir d'une culture afin d'obtenir des données sur la sensibilité aux antimicrobiens.

Transport

- Communiquer avec le laboratoire pour obtenir des instructions précises sur les méthodes recommandées de transport des échantillons afin de s'assurer de la survie des pathogènes en culture.
- Le transport des échantillons gonococciques en culture devrait se faire à la température ambiante, et *non* à 4 °C comme cela est recommandé pour les autres micro-organismes.

Prise en charge

- Les décisions relatives à la prise en charge des patients devraient s'appuyer sur le site de l'infection et les résultats des analyses de laboratoire à moins qu'un traitement de présomption est à administrer pour la prise en charge syndromique (p. ex., cervicite, urétrite, AIP ou épидидymite) ou si traité comme un contact d'un cas index. Dans les derniers scénarios et au cas où des décisions relatives au traitement sont prises, les antécédents, l'examen médical et les aspects épidémiologiques devraient être considérés.
- Un diagnostic de la gonorrhée devrait être confirmé par l'identification de *N. gonorrhœæ* à partir d'une culture ou, en l'absence de culture, par des TAAN. Tous les cas confirmés ou suspects *doivent* être traités.

Tableau 5. Prise en charge : résultats d'analyses disponibles

Coloration de Gram	<ul style="list-style-type: none"> • Si on observe des diplocoques intracellulaires Gram négatif, traiter pour une infection gonococcique et à <i>C. trachomatis</i>. • La présence de diplocoques Gram négatif à l'extérieur des PN constitue une trouvaille équivoque qui a besoin d'être confirmée par une culture. • La présence de PN sans diplocoques n'indique pas ou n'exclut pas une infection gonococcique.
Test en culture	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter tous les résultats positifs.
TAAN	<ul style="list-style-type: none"> • Un test positif est diagnostic de la gonorrhée, et le patient doit être traité.

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

PN = leucocytes polynucléaires

Tableau 6. Prise en charge : en l'absence de résultats d'analyses

Observation d'écoulements urétraux/cervicaux muco-purulents	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter pour une infection à <i>N. gonorrhœæ</i> et à <i>C. trachomatis</i> si le ou la partenaire est infecté(e) par la gonorrhée ou si le suivi n'est pas assuré. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traiter pour une infection à <i>C. trachomatis</i> et envisager un traitement contre <i>N. gonorrhœæ</i> si la prévalence locale est élevée ou lorsque les relations sexuelles ont eu lieu au sein d'une région à prévalence élevée.
Pas d'écoulements urétraux/cervicaux muco-purulents	<ul style="list-style-type: none"> • Retarder le traitement jusqu'à l'obtention des résultats de frottis/culture/TAAN. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traiter pour une infection à <i>N. gonorrhœæ</i> et à <i>C. trachomatis</i> si le patient présente un risque élevé d'infection et le suivi n'est pas assuré ou si le ou la partenaire est infecté(e) par la gonorrhée.

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

Traitement



- Dû à l'augmentation rapide de la *N. gonorrhoeae* résistante aux quinolones, les quinolones telles que la ciprofloxacine et l'ofloxacine ne sont plus les médicaments privilégiés pour le traitement des infections gonococciques au Canada.

Les quinolones peuvent être considérées comme traitement de deuxième ligne SEULEMENT SI :

- des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens sont disponibles et la susceptibilité aux quinolones est démontrée;

OU

- au cas où l'épreuve de résistance aux antimicrobiens n'est pas disponible, un test de contrôle de l'efficacité du traitement est essentiel.

- Tous les patients qui reçoivent un traitement contre la gonorrhée devraient également être traités contre l'infection à *C. Trachomatis*, à moins que les résultats du test de chlamydia soient disponibles et négatifs.
- Il est préférable de choisir un traitement sous observation directe à dose unique si l'adhérence au traitement n'est pas garantie.
- Pour plus d'information sur le traitement des atteintes inflammatoires pelviennes, voir le chapitre « *Atteintes inflammatoires pelviennes* ».
- Pour plus d'information sur le traitement de l'épididymite, voir le chapitre « *Épididymite* ».

Jeunes âgés de 9 ans et plus et adultes

Tableau 7. Infection urétrale, endocervicale, rectale, pharyngée (sauf chez les femmes enceintes ou chez celles qui allaitent)¹⁷⁻²⁴

Traitement privilégié*	Autres traitements
<ul style="list-style-type: none"> • Céfixime, 400 mg, p.o., en dose unique^{†‡} [A-I] 	<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone, 125 mg, i.m. en dose unique^{†‡} [A-I] OU • Azithromycine 2 g, p.o., en dose unique[¶] [A-I] OU • Spectinomycine, 2 g i.m. en dose unique[#] (offerte uniquement dans le cadre du Programme d'accès spécial [PAS]) [A-I] OU • Ciprofloxacine, 500 mg, p.o., en dose unique* [A-I] OU • Ofloxacine, 400 mg, p.o., en dose unique* [A-I]
<p>Tous les traitements devraient être suivis d'un traitement empirique contre les infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> et les infections non gonococciques (voir les chapitres « Infections à <i>Chlamydia</i> » et « Urétrite »).</p>	

* Les quinolones peuvent être considérées comme traitement de deuxième ligne SEULEMENT SI :

- des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens sont disponibles et la susceptibilité aux quinolones est démontrée;
OU

- au cas où l'épreuve de résistance aux antimicrobiens n'est pas disponible, un test de contrôle de l'efficacité du traitement est essentiel.

† Le céfixime et la ceftriaxone ne doivent pas être administrés aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant des antécédents de réactions immédiates et/ou anaphylactiques aux pénicillines.

‡ Le céfixime est privilégié par rapport à la ceftriaxone vu son coût et sa facilité d'administration. Au Québec, la ceftriaxone est le seul médicament de choix pour les infections pharyngées.

|| Le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg; 0,45 ml/125 mg) pour diminuer l'inconfort.

¶ Associée à une incidence significative d'effets indésirables gastro-intestinaux. La prise du médicament avec de la nourriture pourrait réduire au maximum les effets indésirables. Il se peut que des antiémétiques prophylactiques soient requis.

Pas efficace en cas d'infection pharyngée. Un test de contrôle de l'efficacité du traitement est recommandé.

Tableau 8. Infection urétrale, endocervicale, rectale ou pharyngée chez les femmes enceintes ou chez celles qui allaitent²⁵⁻²⁷

Traitement privilégié	Autres traitements
<ul style="list-style-type: none"> • Céfixime, 400 mg, p.o., en dose unique ^{¥*} [A-I] 	<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone, 125 mg, i.m. en dose unique^{*†} [A-I] OU • Spectinomycine, 2 g, i.m. en dose unique[‡] (offerte uniquement dans le cadre du PAS) [A-I]
<p>Tous les traitements devraient être suivis d'un traitement empirique contre les infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> et les infections non gonococciques (voir les chapitres « Infections à <i>Chlamydia</i> » et « Urétrite »).</p>	

PAS = Programme d'accès spécial

* Le céfixime et la ceftriaxone ne doivent pas être administrés aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant des antécédents de réactions immédiates et/ou anaphylactiques aux pénicillines

¥ Le céfixime est privilégié par rapport à la ceftriaxone vu son coût et sa facilité d'administration. Au Québec, la ceftriaxone est le seul médicament de choix pour les infections pharyngées.

† Le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg; 0,45 ml/125 mg) pour diminuer l'inconfort.

‡ Pas efficace en cas d'infection pharyngée. Un test de contrôle de l'efficacité du traitement est recommandé.

Tableau 9. Ophtalmie gonococcique/infection disséminée chez les jeunes âgés de 9 ans et plus et les adultes (arthrite, méningite)

Traitement initial privilégié
<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone, 2 g/jour, i.v./i.m.* ET doxycycline 100 mg, p.o., 2 f.p.j., x 7 jours [A-II] OU • Azithromycine 1g, p.o., en dose unique en attendant une consultation [A-II]
<ul style="list-style-type: none"> • Il est essentiel de consulter un collègue ayant une expertise dans ce domaine. • L'hospitalisation est requise en cas de méningite, et pourrait être nécessaire en cas d'autres infections disséminées.

* Le diluant privilégié de la ceftriaxone injectée par voie i.m. est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg; 0,45 ml/125 mg) pour diminuer l'inconfort.

Enfants âgés de moins de 9 ans^{9,28}

Tableau 10. Infection urétrale, vaginale, rectale, pharyngée

Traitement privilégié	Autres traitements
<ul style="list-style-type: none"> • Céfixime, 8 mg/kg, p.o., en dose unique (maximum de 400 mg)^{*†} [A-II] 	<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone, 125 mg, i.m., en dose unique^{††} [A-II] OU • Spectinomycine, 40 mg/kg, i.m. (maximum de 2 g), en dose unique (offerte uniquement dans le cadre du Programme d'accès spécial[‡] [PAS]) [A-II]
<p>• Tous les traitements devraient être suivis d'un traitement contre l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> (voir le tableau sur les recommandations thérapeutiques pour les enfants âgés de moins de 9 ans au chapitre « Infections à <i>Chlamydia</i> »).</p>	

* Les traitements par voie orale sont à privilégier chez les enfants. Les recommandations sur l'emploi du céfixime sont basées sur des données montrant son efficacité dans le traitement des infections causées par des micro-organismes similaires à *N. gonorrhoeae*. Comme l'expérience est limitée en matière d'emploi du céfixime chez les enfants atteints d'infections gonococciques, il faut effectuer des tests de sensibilité aux antimicrobiens et faire un suivi par des analyses de culture. Si l'on ne peut assurer de suivi, il convient d'administrer de la ceftriaxone à raison de 125 mg IM au lieu du céfixime.

† Le céfixime et la ceftriaxone ne doivent pas être administrés aux personnes allergiques aux céphalosporines ou ayant des antécédents de réactions immédiates ou anaphylactiques aux pénicillines.

‡ Le diluant privilégié pour la ceftriaxone est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg; 0,45 ml/125 mg) afin de diminuer l'inconfort.

‡ Pas efficace en cas d'infection pharyngée. Un test de contrôle de l'efficacité du traitement est recommandé.

Tableau 11. Infection disséminée chez les enfants âgés de moins de 9 ans

Infection	Traitement privilégié
Arthrite	Ceftriaxone , 50 mg/kg, i.v./i.m., 1 dose par jour pendant 7 jours * [A-III]
Méningite, endocardite	Ceftriaxone , 25 mg/kg, i.v./i.m., toutes les 12 heures, pendant 10 à 14 jours pour la méningite, ou 28 jours pour l'endocardite* [A-III]
Ophtalmie gonococcique après la période néonatale	Ceftriaxone , 50 mg/kg, i.v./i.m., en dose unique (maximum de 1 g)* [A-III]
L'hospitalisation et une consultation auprès d'un collègue expérimenté dans ce domaine sont essentielles.	

* Le diluant privilégié pour la ceftriaxone injectée par voie i.m. est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg; 0,45 ml/125 mg) afin de diminuer l'inconfort.

Infection néonatale

Conjonctivite du nouveau-né

- **Hospitaliser le nouveau-né et prendre les mesures de prévention de la transmission des infections jusqu'à 24 heures après le début de l'administration d'un traitement efficace.**
- Effectuer une culture des sécrétions oculaires et une hémoculture (culture du liquide céphalo-rachidien uniquement en cas de maladie systémique).
- Irriguer immédiatement les yeux avec une solution saline normale stérile, puis répéter au minimum toutes les heures jusqu'à l'élimination complète des pertes.

- Amorcer le traitement par la **céfotaxime** 100 mg/kg i.m., en dose unique [A-II]

ou

- **Ceftriaxone** 25-50 mg/kg i.m. ou i.v., en dose unique, à ne pas dépasser 125 mg [A-II].
- **Consulter dès que possible un collègue ayant une expertise dans ce domaine.**

Tableau 12. Nouveau-nés dont la mère est infectée par la gonorrhée

Traitement recommandé (en concomitance avec un traitement contre *Chlamydia trachomatis* pendant 14 jours, à moins que les tests de la mère ne se soient révélés négatifs)

Ceftriaxone, 125 mg, i.m., en dose unique ET érythromycine à raison de la posologie suivante [A-III] :**

- si le nouveau-né a ≤ 7 jours et pèse $\leq 2\ 000$ g : érythromycine, 20 mg/kg/jour, p.o., en doses fractionnées† [A-III].
- si le nouveau-né a ≤ 7 jours et pèse $> 2\ 000$ g : érythromycine, 30 mg/kg/jour, p.o., en doses fractionnées† [A-III].
- si le nouveau-né a > 7 jours : érythromycine, 40 mg/kg/jour, p.o., en doses fractionnées† [A-III].

* Le diluant privilégié pour la ceftriaxone est la lidocaïne à 1 % sans épinéphrine (0,9 ml/250 mg; 0,45 ml/125 mg) afin de diminuer l'inconfort.

† Les posologies de l'érythromycine s'appliquent à l'érythromycine base. On peut les remplacer par des doses équivalentes d'autres formules, sauf l'estolate chez les femmes enceintes. L'usage de l'érythromycine chez les nourrissons de moins de 6 semaines a été associé à une sténose pylorique hypertrophique infantile (SPHI)²⁹⁻³². Le risque de SPHI lié aux autres macrolides (ex. : azithromycine) est inconnu. Il faut expliquer aux parents les risques et les bienfaits associés à l'usage d'érythromycine chez les nourrissons. Lorsqu'on utilise l'érythromycine, il est important de surveiller tout symptôme ou signe de SPHI. Toute SPHI survenant après l'utilisation d'érythromycine devrait être signalée au Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments au 1 866 234-2345 ou en ligne @

http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/databasdon/database-basedon_annou-annon_f.html

Prise en considération d'autres ITS

- Voir « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement ».
- Prélever des échantillons pour diagnostiquer toute infection à *Chlamydia trachomatis*.
- Prélever un échantillon de sang pour effectuer des analyses sérologiques de la syphilis (voir le chapitre « Syphilis »).
- Le counselling et un test de dépistage du VIH sont recommandés (voir le chapitre « Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) »).
- L'immunisation contre l'hépatite B est recommandée, à moins que le patient soit déjà immun (voir le chapitre « Infections au virus de l'hépatite B »).
- Discuter du vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • DCC-2 (2007) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Étant donné l'évolution de l'épidémiologie de *N. gonorrhœae*, la recherche des cas et la notification aux partenaires font partie des stratégies incontournables dans le contrôle des infections gonococciques au Canada.
- Les infections gonococciques sont des maladies à déclaration obligatoire dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada.
- Tout test positif, effectué à partir d'une culture ou par l'intermédiaire d'une technique ne nécessitant pas la mise en culture, devrait être signalé aux départements de santé publique locaux.
- Tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou la date du diagnostic (si asymptomatique), les parents des nouveaux-nés infectés (p.ex., la mère et son partenaire sexuel), devraient être localisés, évalués cliniquement, et traités de façon empirique quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.
- Comme les co-infections sont fréquentes, les personnes traitées contre des infections gonococciques devraient aussi recevoir un traitement contre *C. trachomatis*, à moins que des tests de détection de *Chlamydia trachomatis* se soient révélés négatifs.
- Les départements de santé publique locaux peuvent offrir leur concours au processus de notification aux partenaires, à leur orientation vers les ressources compétentes pour l'évaluation clinique, le dépistage, le traitement et l'éducation à la santé.

Suivi

- Chez les personnes infectées par la gonorrhée, il est recommandé de refaire un test de dépistage six mois plus tard.

• Un test de contrôle utilisant une méthode par culture *devrait* être effectué si l'une des situations suivantes existe:

- les quinolones ont été administrées comme traitement et les épreuves de sensibilité aux antimicrobiens n'ont pas été faites auparavant;
- l'échec au traitement a été signalé antérieurement;
- la résistance antimicrobienne au traitement est documentée;
- l'adhérence au traitement n'est pas assurée;
- le patient a eu de nouveaux contacts avec une personne infectée et non traitée;
- préoccupation d'un résultat faussement positif obtenu par une méthode autre qu'une culture;
- l'infection se produit pendant la grossesse;
- une atteinte inflammatoire pelvienne ou une infection gonococcique disséminée est diagnostiquée;
- le patient est un enfant.



Notes :

- Il est indiqué de procéder à des cultures pour effectuer un test de contrôle, et ce, environ quatre à cinq jours après la fin du traitement. Les cultures devraient provenir de tous les sites d'infection antérieurement positifs.
- Les TAAN ne sont pas recommandés dans le cadre d'un test de contrôle. Cependant, s'ils sont la seule option disponible, il faut les effectuer trois semaines après la fin du traitement pour éviter les résultats faussement positifs dus à la présence de micro-organismes non viables.

Considérations spéciales

Enfants

- Les nouveau-nés dont la mère est infectée *doivent* être testés et traités.
- Un cas d'abus sexuel est probable lorsqu'une gonorrhée génitale, rectale ou pharyngée est diagnostiquée chez tout enfant après la période néonatale. Il faudrait consulter un collègue ayant une expertise dans ce domaine. Il faut également examiner les frères et sœurs de la victime, ainsi que d'autres enfants possiblement à risque.
- Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage. Voir le chapitre "*Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères*".
- Les cas d'abus sexuel d'enfants doivent être rapportés à l'agence locale de protection de l'enfance (au Québec, la Direction de protection de la jeunesse).

- **Les départements de santé publique locaux pourraient être utiles pour l'évaluation de la source de l'infection et de la transmission aux autres (voir le chapitre « *Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères ou prépubères* »**

Notes:

- Il est indiqué de procéder à des cultures pour effectuer un test de contrôle, et ce, environ quatre à cinq jours après la fin du traitement. Les cultures devraient provenir de tous les sites d'infection antérieurement positifs.
- Les TAAN ne sont pas recommandés dans le cadre d'un test de contrôle. Cependant, s'ils sont la seule option disponible, il faut les effectuer trois semaines après la fin du traitement pour éviter les résultats faussement positifs dus à la présence de micro-organismes non viables.

Infections au virus de l'hépatite B

janvier 2008

Étiologie	1
Épidémiologie	1
Prévention	2
Manifestations et diagnostic	4
Prise en charge	6
Traitement	8
Prise en considération d'autres ITS	8
Déclaration des cas, notification aux partenaires et suivi	8
Considérations spéciales	9

INFECTIONS AU VIRUS DE L'HÉPATITE B

Étiologie

- L'hépatite B est une maladie virale caractérisée par l'infection du foie par le virus de l'hépatite B (VHB), un petit virus à ADN de la famille des *Hepadnaviridae*. Le virus est présent dans le monde entier, mais sa prévalence est supérieure en particulier dans les pays en voie de développement.

Épidémiologie

- L'hépatite B est la cause la plus fréquente d'hépatites transmises sexuellement.
- La période d'incubation va de quelques jours suivant une exposition percutanée, à un intervalle de quatre à huit semaines après une exposition des membranes muqueuses.
- L'incidence de l'hépatite B aiguë au Canada est estimée à 2,3 cas par 100 000 personnes¹.
 - L'incidence de l'hépatite B aiguë est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (3 cas par 100 000 personnes contre 1,5 cas par 100 000 personnes, respectivement).
 - Les taux d'incidence les plus élevés se trouvent dans le groupe d'âge des 30-39 ans (6,1 par 100 000).
- La prévalence de l'hépatite B au Canada est estimée entre 0,5 et 1,0 %².
- La prévalence de l'hépatite B chronique varie en fonction des diverses populations :
 - immigrants : 7,4 %³;
 - Inuits : 6,9 %⁴;
 - Premières nations : 0,3 %⁵;
 - patients des cliniques spécialisées en infections transmissibles sexuellement (ITS) : 0,3 %⁶.
- Voies de transmission :
 - percutanée, principalement chez les utilisateurs de drogues injectables;
 - sexuelle : anale > vaginale > orale;
 - horizontale : membres d'un même foyer;
 - verticale : mère au nouveau-né.
- Facteurs de risque d'acquisition⁷ :
 - utilisation de drogues injectables : 34 %;
 - partenaires sexuels hétérosexuels multiples : 24 %;
 - hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) : 7,3 %;
 - relations sexuelles avec des personnes infectées par le VHB : 12 %;
 - porteur du virus de l'hépatite B au sein de la famille : 2,4 %
- Avant l'instauration des tests de dépistage pour les donneurs, le sang et les produits sanguins étaient des sources importantes de l'infection au Canada; ils pourraient encore l'être dans les pays où la qualité de l'approvisionnement en sang est douteuse.

- Les populations exposées au risque le plus élevé sont les suivantes :
 - les nourrissons dont les mères sont positives pour l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg);
 - les utilisateurs de drogues injectables qui partagent le matériel d'injection ou de préparation des drogues;
 - les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels;
 - les personnes nées ou ayant des relations sexuelles dans des régions à forte endémicité;
 - les contacts sexuels ou les membres d'un même foyer d'un cas aigu ou d'un porteur chronique de l'infection;
 - les professionnels de la santé et les personnes exposés à du sang dans leur milieu de travail;
 - les personnes incarcérées ou institutionnalisées;
 - les personnes atteintes du VIH ou du virus de l'hépatite C (VHC);
 - les personnes ayant déjà eu des ITS.

Prévention

Prévention primaire

- Counselling et éducation sur les comportements à risque.
- Stratégies de réduction des méfaits (p. ex., échanges de seringues).
- **Vaccination contre l'hépatite B (prophylaxie pré-exposition)**
 - Un programme d'immunisation universelle contre l'hépatite B en milieu scolaire, visant des enfants âgés de 9 à 13 ans, a été mis en place dans toutes les provinces et les territoires au début des années 1990.
 - Certaines provinces et certains territoires disposent d'un programme de vaccination universelle des nourrissons contre l'hépatite B, en plus du programme d'immunisation des préadolescents en milieu scolaire.
- **L'immunisation contre l'hépatite B devrait être offerte systématiquement aux groupes à risque suivants (à moins qu'ils aient déjà été immunisés)⁸ :**
 - les enfants provenant des régions où le VHB est endémique et qui pourraient être exposés au VHB par des membres de leur famille élargie ou de leur communauté;
 - les populations ou communautés où le VHB est très endémique;
 - les résidents et le personnel des établissements pour personnes ayant une déficience intellectuelle ou un retard de développement;
 - les travailleurs de l'industrie du sexe;
 - les patients sous hémodialyse;
 - les hémophiles et les autres personnes recevant régulièrement des perfusions ou des produits sanguins;
 - les contacts sexuels ou les membres du même foyer des cas aigus de VHB et des porteurs du VHB;
 - les femmes enceintes;
 - les utilisateurs de drogues injectables;
 - le personnel des prisons et les personnes incarcérées;
 - les voyageurs dans les régions où le VHB est endémique;
 - les personnes qui ont acquis récemment une ITS;
 - les personnes dont le ou la partenaire sexuel(le) habituel(le) est positif pour HBsAg;

- les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels;
- les HARSAH;
- les personnes exposées à un risque en milieu professionnel (p. ex., les professionnels de la santé et les travailleurs des services d'urgence pouvant être exposés à du sang, à des produits sanguins ou à des liquides organiques susceptibles de contenir le virus);
- les enfants fréquentant une garderie où un enfant est infecté par le VHB;
- les personnes atteintes du VIH;
- les partenaires sexuels des personnes susmentionnées.

- Offrir le vaccin contre l'hépatite B à toutes les personnes appartenant à l'une des catégories précitées et qui n'ont pas d'immunité [A-I] ou qui n'ont pas de preuve de leur immunisation; orienter les porteurs chroniques de l'hépatite B afin qu'ils reçoivent une évaluation et consultation pour le traitement par les agents disponibles [A-I]^{9,10}. Certains experts estiment que les tests sérologiques avant l'immunisation ne sont pas économiquement rentables dans le cas des populations à faible risque, en particulier les adolescents; ils recommandent l'immunisation sans test de dépistage¹¹. Chaque année suivant l'instauration d'une immunisation universelle en milieu scolaire, le dépistage deviendra de plus en plus rentable puisque la proportion des personnes non immunisées diminuera.

Prévention secondaire (prophylaxie post-exposition)

- L'immunoglobuline anti-hépatite B (HBIG) peut être administrée aux personnes exposées par voie percutanée (contamination par piqûre d'aiguille) ou muqueuse jusqu'à 7 jours après l'exposition, et aux partenaires sexuels dans les 14 jours suivant l'exposition (idéalement dans les 48 heures) suivie par le vaccin contre l'hépatite B⁸.



- **Chez les nourrissons dont la mère est infectée par le VHB, la première dose de vaccin contre l'hépatite B doit être administrée dans les 12 heures suivant la naissance, et l'administration de HBIG doit se faire immédiatement après la naissance (l'efficacité diminue considérablement après 48 heures)⁸.**

- La figure 1, à la section « *Prise en charge* », présente l'algorithme relativement à l'approche à adopter en cas d'exposition percutanée/muqueuse ou par voie sexuelle (pénienne-anale, pénienne-vaginale ou oro-génitale) à un porteur ou à une source présentant un risque élevé d'hépatite B.



- **Les tests de dépistage après l'immunisation à l'aide de l'anticorps dirigé contre l'antigène de surface de l'hépatite B (anti-HBs) ne sont généralement pas recommandés, sauf dans les cas suivants⁸ :**

- les nourrissons dont la mère est infectée;
- les partenaires sexuel(le)s et les membres du même foyer que les porteurs chroniques;
- les personnes immunisées en raison de leur risque d'exposition au travail;
- les personnes immunodéprimées (p. ex., celles qui perdent leur réponse immunitaire);
- les patients sous hémodialyse;
- les femmes enceintes.

Manifestations et diagnostic

- Bien que le VHB soit hépatotropique et que le foie soit le seul site de l'infection, la virémie risque de causer des manifestations cliniques liées à la formation de complexes immuns.
- Tous les patients qui se présentent pour une évaluation des ITS devraient être interrogés quant à leurs antécédents de vaccination, de risques, d'affection ictérique et de tests de détection des hépatites.
- Souvent, l'infection aiguë à VHB n'est pas apparente sur le plan clinique, 50 à 70 % des cas adultes étant asymptomatiques. Lorsque les patients infectés présentent des symptômes, ceux-ci ne sont pas spécifiques (fatigue, nausée, vomissements, anorexie, éruption cutanée, arthralgie). Une plus petite proportion de cas sont ictériques, mais ceux-ci sont difficiles à distinguer sur le plan clinique des autres causes virales ou toxiques d'hépatite.
- L'hépatite B chronique peut être décelée par la persistance de HBsAg, qui peut ou non être associée à une hausse des transaminases hépatiques et est généralement asymptomatique avant l'apparition de signes cliniques de cirrhose, d'hypertension portale ou de carcinome hépatocellulaire.
- Des tests sérologiques de l'hépatite sont indiqués dans les situations suivantes:
 - diagnostiquer une infection aiguë chez des personnes symptomatiques;
 - déceler une infection chronique chez des personnes asymptomatiques;
 - test de dépistage avant l'immunisation pour identifier les personnes non immunes qui pourraient bénéficier de la vaccination contre l'hépatite B.
- Voir le tableau 1 pour les marqueurs sérologiques de l'hépatite B.

Tableau 1. Marqueurs sérologiques de l'hépatite B

Stage	HBsAg	HBeAg	IgM anti-HBc	IgG anti-HBc/total	ADN viral de l'hépatite B	Anti-HBs
Aigu (précoce)	+	+	+	+	+	–
Aigu (en résolution)	+	–	+	+	–	–
Chronique	+	+/-	–	+	+/-	–
Résolue	–	–	–	+	–	+/-*
Vacciné	–	–	–	–	–	+*

anti-HBc = anticorps dirigés contre le noyau de l'hépatite B

anti-HBs = anticorps dirigés contre l'antigène de surface de l'hépatite B

HbeAg = antigène e de l'hépatite B

HBsAg = antigène de surface de l'hépatite B

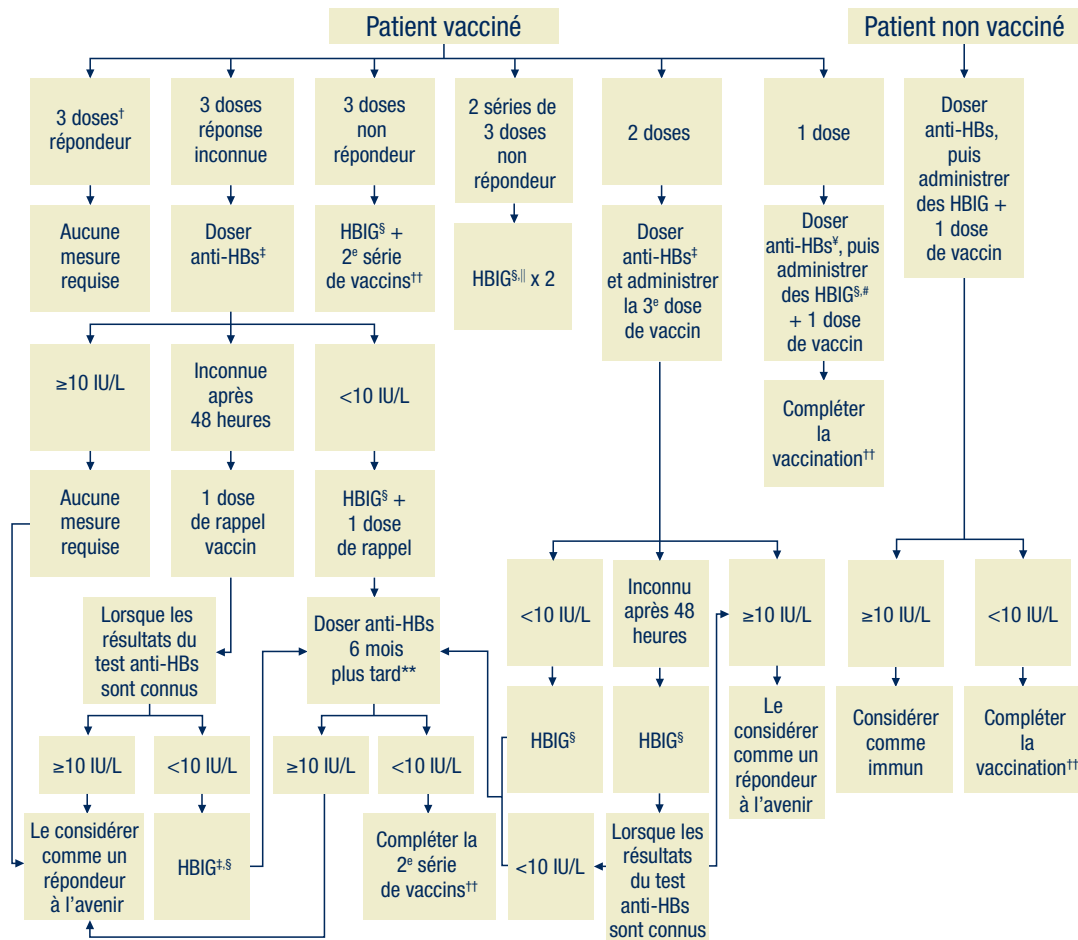
* Chez certains patients, les titres d'anticorps anti-HBs peuvent diminuer avec le temps et devenir indécélabes.

- Le choix des tests sérologiques chez des cas aigus ou chroniques soupçonnés repose sur la situation clinique et des tests supplémentaires devraient être effectués incluant les tests de la fonction hépatique et des transaminases hépatiques. Chez les patients qui sont HBsAg positif et qui pourraient être dans la période fenêtre précédant la production d'anticorps anti-HBs et anti-HBc, l'obtention de résultats positifs au test des IgM anti-HBc confirme l'infection précoce.
- La nécessité de soumettre les personnes présentant un risque élevé à des tests de dépistage avant la vaccination, de même que le choix optimal des tests sérologiques pour le dépistage, soulève la controverse. Dans le cas des personnes à risque élevé et dont le suivi ne peut être assuré, il serait prudent d'administrer la première dose de vaccin à l'occasion de la visite initiale, après avoir fait la prise de sang de dépistage.
- L'évaluation du statut d'une personne à risque élevé ne doit pas retarder son immunisation.

Prise en charge

Figure 1. Prise en charge des expositions par voie sexuelle/percutanée/muqueuse à une source infectée (HBsAg positive) ou à risque élevé*

(adaptation du Guide canadien d'immunisation⁸)



anti-HBs = anticorps dirigé contre l'antigène de surface de l'hépatite B

HBIG = immunoglobulines contre l'hépatite B

*Une source connue est considérée comme à risque élevé si la personne provient d'une région où le VHB est très endémique, qu'elle a des relations sexuelles avec plusieurs partenaires, qu'elle a un(e) partenaire infecté(e) par le VHB ou risquant de l'être, qu'un membre de sa famille proche est infecté, qu'elle utilise des drogues injectables ou qu'elle a reçu du sang ou des produits sanguins avant 1970. Dans la mesure du possible, la personne source devrait passer des tests. Si la source est inconnue, les circonstances contextuelles pourraient fournir des indications sur le degré de risque (p. ex., seringue trouvée dans la rue, consultation dans une clinique ITS, une clinique de désintoxication ou de bébé en santé).

[†] Répondeur avec ≥ 10 IU/L d'anti-HBs. Aucune mesure n'est requise si la personne est devenue immune après une infection.

[‡] Le titre d'anticorps anti-HBs doit être déterminé dès que possible pour éviter d'administrer inutilement les HBIG, mais aussi parce que l'efficacité de ces anticorps n'est pas connue s'ils sont administrés 7 jours après l'exposition percutanée/muqueuse et jusqu'à 14 jours après l'exposition sexuelle.

[§] L'administration d'HBIG peut être omise si la source à risque élevé peut passer un test dans les 48 heures qui suivent l'exposition et si le résultat est négatif. Dans ce cas, consulter la Figure 2.

^{||} La deuxième dose d'HBIG doit être administrée un mois après la première.

[¶] Ce test ne signifie pas qu'il faut modifier la poursuite du schéma de vaccination, mais peut rassurer les personnes exposées quant au risque immédiat de devenir infecté.

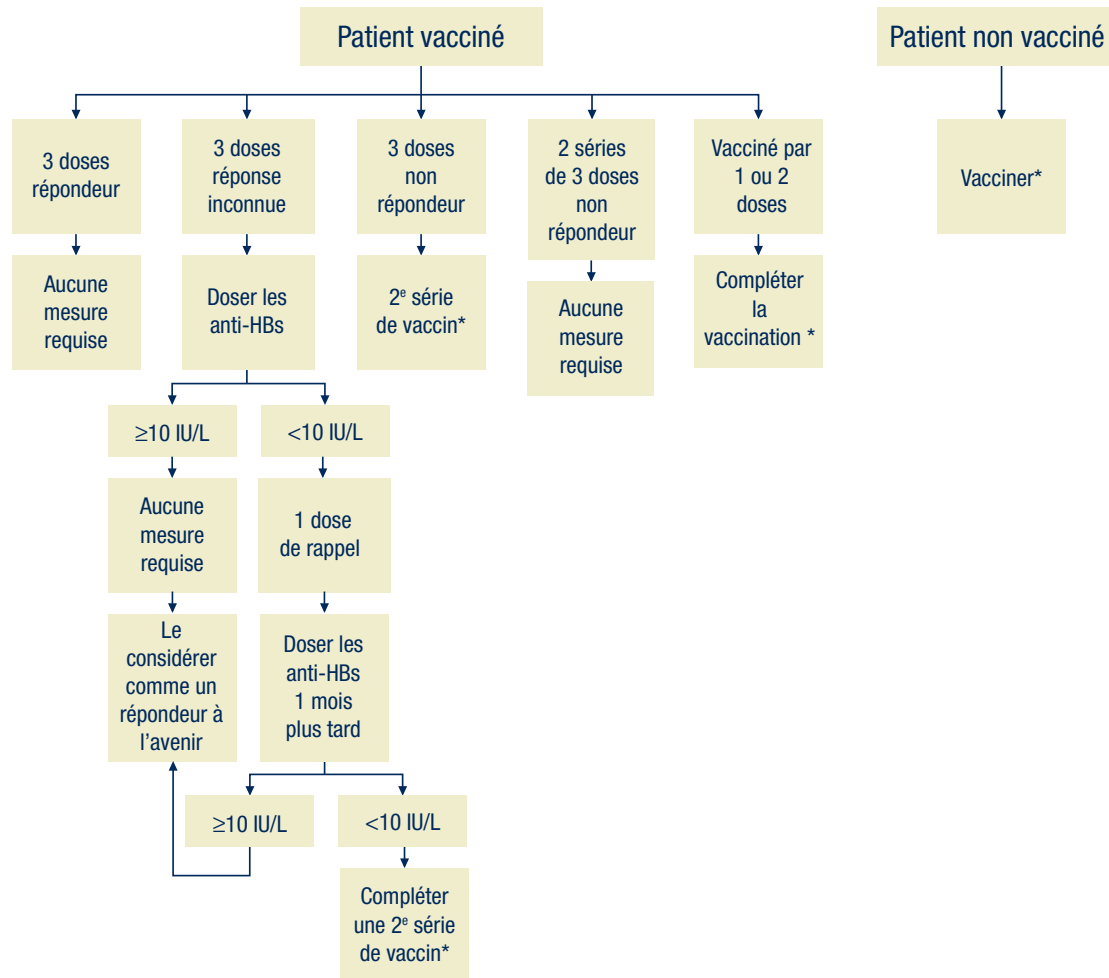
[#] S'il est possible d'obtenir rapidement un titre d'anti-HBs confirmant une valeur ≥ 10 IU/L, l'administration d'HBIG devrait être omise.

^{**} La détermination des titres d'anti-HBs doit être retardée de 6 mois pour permettre aux HBIG de diminuer.

^{††} Doser les anti-HBs 1 à 6 mois après la fin de la série de vaccins.

Figure 2. Prise en charge des cas exposés par voie sexuelle/percutanée/muqueuse à une source non infectée (AgHBs négatif) ou à faible risque*

(adaptation du Guide canadien d'immunisation⁸)



anti-HBs = anticorps dirigé contre l'antigène de surface de l'hépatite B

*Doser les anti-HBs 1 à 6 mois après la fin de la série de vaccins.

Traitement

- Une discussion au sujet du traitement de l'hépatite B clinique dépasse le cadre des présentes lignes directrices. **Tout patient porteur de l'hépatite B chronique devrait être orienté vers un spécialiste pour une prise en charge subséquente.** Pour davantage d'information sur les analyses de laboratoires initiales pour les patients atteints d'hépatite B chronique, consulter les documents suivants : *Prise en charge des hépatites virales : Conférence canadienne de consensus, 2003-2004*¹² et *The Management of Chronic Viral Hepatitis: A Canadian Consensus Conference 2004*¹³. À cet égard, voici quelques commentaires :
 - l'intervention antivirale n'est pas indiquée en cas d'hépatite B aiguë;
 - les cas aigus d'hépatite B doivent s'abstenir d'avoir des relations sexuelles, ou avoir des relations sexuelles protégées jusqu'à ce que leurs partenaires ou leurs contacts pertinents aient passé les tests de dépistage qui s'imposent ou qu'ils aient été immunisés;
 - en cas d'hépatite B chronique active, des données démontrent l'efficacité de l'interféron- α ⁹, de la lamivudine¹⁰, du famciclovir¹⁴ de l'adéfovir¹⁵, de la ribavirine¹⁶ et d'autres agents encore à l'étude. Au Canada, la plupart des patients sont pris en charge par l'interféron- α et (ou) la lamivudine (3TC), comme modalités thérapeutiques de base [A-I].

Prise en considération d'autres ITS

- Tout patient ayant possiblement acquis l'hépatite B par voie sexuelle doit être considéré comme présentant un risque pour d'autres ITS, y compris le VIH; on doit donc lui proposer de passer des tests de dépistage de la gonorrhée, de la chlamydia, de la syphilis et du VIH.
- Discuter du vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • DCC-2 (2007) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) *Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain.*
- Tout patient ayant possiblement acquis l'infection de l'hépatite B par voie parentérale doit être considéré comme présentant un risque de VIH et de VHC; on doit donc lui proposer de passer des tests de dépistage de ces deux infections.
- Les infections concomitantes avec le VIH et VHB risquent d'accélérer l'évolution des atteintes hépatiques, et d'entraîner une infection chronique et une altération de la fonction hépatique, ce qui peut limiter les options pour le traitement de la coinfection par le VIH¹⁷.

Déclaration des cas, notification aux partenaires et suivi

- L'hépatite B aiguë est une maladie à déclaration obligatoire dans toutes les régions du Canada.
- La notification aux partenaires et la recherche des contacts sont essentielles pour identifier les personnes qui risquent d'acquérir l'hépatite B, que ce soit pour préciser leur statut immunitaire ou pour leur proposer un vaccin si elles ne sont pas immunes. Les contacts comprennent les personnes suivantes :
 - les contacts sexuels et (ou) percutanés pendant la période d'infectiosité;
 - enfants dont la mère est infectée par le virus de l'hépatite B et qui n'ont pas reçu l'HBIG et le vaccin à la naissance;
 - personnes vivant dans le même foyer que le cas index.

Considérations spéciales

- **Les femmes enceintes qui n'ont jamais été immunisées contre l'hépatite B devraient passer un test de dépistage d'HBsAg au cours de la première visite prénatale.** On doit proposer à toute femme enceinte sans marqueurs d'infection aiguë ou chronique au VHB, mais qui est à haut risque de contracter le VHB, le vaccin dès la première occasion qui se présente, puis mesurer la réponse immunitaire⁸. L'immunisation n'est pas contre-indiquée en cas de grossesse⁸. Si aucun test n'a été effectué pendant la grossesse, il faut en faire au moment de l'accouchement. On pourrait envisager de répéter les tests avant l'accouchement pour les femmes non infectées et non immunes qui maintiennent des comportements à risque élevé. Les nourrissons dont la mère est positive pour HBsAg devraient recevoir une prophylaxie post-exposition
- **Les enfants en voie d'être adoptés, et dont la région ou la famille d'origine affiche une forte prévalence de l'infection à VHB, devraient passer des tests de dépistage de l'HBsAg;** en cas de résultats positifs, les membres de leur futur foyer devraient être immunisés avant l'adoption.

Infections génitales au virus herpes simplex (VHS)

janvier 2008

Étiologie	1
Épidémiologie	1
Évolution naturelle de l'infection	2
Prévention	3
Manifestations	3
Diagnostic	5
Prise en charge	6
Traitement	7
Prise en considération d'autres ITS	10
Déclaration des cas et notification aux partenaires	10
Suivi	10
Considérations spéciales	11

INFECTIONS GÉNITALES AU VIRUS HERPES SIMPLEX (VHS)

Étiologie

- Virus Herpes simplex (VHS) de type 1 et 2¹

Épidémiologie

- Au Canada, l'incidence annuelle de l'herpès génital dû à l'infection au VHS-1 et VHS-2 est inconnue (pour une synthèse des études sur la prévalence et l'incidence du VHS 1 et du VHS-2 dans le monde, voir l'article de Smith et Robinson de 2002)². Aux États-Unis, on estime à environ 1 640 000 le nombre annuel de nouvelles séroconversions du VHS-2 (730 000 hommes et 910 000 femmes, soit 8,4 personnes sur 1 000)³.
- D'après les variations de la prévalence des anticorps sériques anti-VHS-2, il est possible de déduire que la fréquence du VHS-2 a augmenté de 30 % entre 1976 et 1994, passant de 16,4 % à 21,9 % chez les Américains âgés de 12 ans et plus⁴.
- En Colombie-Britannique, en 1999, la séroprévalence des anticorps anti-VHS-2 dans les restes de sérum soumis à des tests prénataux était de 17,3 %, comprise entre 7,1 % chez les femmes âgées de 15 à 19 ans et 28,2 % chez celles âgées de 40 à 44 ans⁵.
- En 1994 et en 1995, la séroprévalence du VHS-1 et du VHS-2 dans les restes de sérum chez les patients d'une clinique de l'Alberta spécialisée en infections transmissibles sexuellement (ITS) était respectivement de 56 % et de 19 %.
- L'incidence et la prévalence de l'infection génitale au VHS-1 sont en hausse dans le monde entier, leur variation étant importante entre les pays⁷.
- En Norvège, une étude récente a révélé que 90 % des premières infections génitales étaient dues au VHS-1⁸.
- En Nouvelle-Écosse, 58,1 % des 1 790 isolats de VHS provenant de cultures de lésions génitales de femmes comprenaient le VHS-1; par ailleurs, 36,7 % des 468 isolats d'hommes comprenaient le VHS-1⁹.
- Les femmes présentent un plus grand risque d'acquérir l'herpès génital d'un partenaire de sexe masculin que les hommes ne le sont de l'attraper d'une partenaire. Des études ont montré que parmi les couples hétérosexuels discordants, dont un des deux partenaires avait une infection génitale au VHS-2 symptomatique récurrente, les taux de transmission annuels variaient entre 11 et 17 % chez les couples où l'homme était initialement infecté, et entre 3 et 4 % chez les couples où la femme était initialement infectée^{10,11}.
- Dans une autre étude, la transmission chez 70 % des sujets étudiés semblait résulter des relations sexuelles pendant les périodes d'excrétion virale asymptomatique¹¹.
- La séropositivité préexistante au VHS-1 a fait baisser de 55 à 74 %^{11,12} la probabilité d'acquérir une infection symptomatique au VHS-2, mais cet effet protecteur n'a pas été observé dans d'autres études^{10,13}.

Évolution naturelle de l'infection

- La période moyenne d'incubation est de six jours¹.
- Parmi les nouveaux cas d'infections au VHS-2 diagnostiqués par séroconversion, près de 60 % sont asymptomatiques tandis que 40 % présentent des symptômes. Chez les sujets qui ont des symptômes, environ 80 % présentent des signes et des symptômes génitaux typiques, alors que dans 20 % des cas, le tableau clinique est atypique; celui-ci comprend par exemple des infections au VHS-2 non lésionnelles, accompagnées de douleurs génitales ou d'urétrite, d'une méningite aseptique et d'une cervicite, lesquelles sont des complications bien reconnues des premiers épisodes d'infection génitale au VHS¹.
- Aucune intervention, même l'amorce précoce du traitement antiviral, ne peut prévenir l'infection latente des ganglions sensitifs sacrés¹⁴.
- Les récurrences ont tendance à se manifester dans les tissus innervés par les nerfs sensitifs sacrés.
- Les récurrences peuvent être précédées de signes d'alerte (symptômes prodromiques) de quelques minutes à plusieurs jours avant l'apparition des lésions, tels que des brûlures focales, des démangeaisons (symptômes les plus fréquents), des picotements ou des malaises vagues¹⁵.
- Les récurrences peuvent être associées au cycle menstruel, à du stress émotionnel, à une maladie (surtout avec une fièvre), à des relations sexuelles, à une intervention chirurgicale et à certains médicaments : c'est ce qu'on appelle les « facteurs déclencheurs »¹⁵.
- Les taux moyens de récurrence initiale sont plus élevés chez les personnes atteintes d'une infection génitale au VHS-2 que chez celles infectées par le VHS-1 : respectivement 4 % et 1 % par an, et on observe une variation interindividuelle prononcée¹⁶.
- Le taux moyen de récurrence diminue avec le temps, d'environ 0,8 exacerbation par an, tous les ans (et ce, quel que soit le taux initial d'exacerbation). Cependant, environ 25 % des patients ont signalé davantage de récurrences à l'année 5 qu'à l'année 1, ce qui reflète encore les différences interindividuelles considérables des taux de récurrence¹⁷.
- L'excrétion asymptomatique du VHS peut être démontrée par l'identification du virus en culture ou par réaction de polymérase en chaîne [PCR]. Il est possible de détecter l'ADN du VHS quatre à cinq fois plus souvent par PCR que par la mise en culture^{18,19}. Cependant, l'identification du virus par PCR n'est pas toujours synonyme de pouvoir infectant. Les données suivantes se rapportent à l'excrétion virale démontrée par l'isolation du virus infectieux :
 - la prévalence de l'excrétion virale asymptomatique est plus élevée chez les femmes atteintes d'une infection génitale au VHS-2 que chez celles atteintes du VHS-1 (55 % contre 29 % pendant une durée médiane de suivi de 105 jours)¹⁸. Il pourrait exister une différence similaire chez les hommes¹⁹;
 - l'excrétion asymptomatique du VHS-2 est aussi fréquente chez les personnes atteintes d'une infection génitale symptomatique (pendant la période séparant les éclosions) que chez celles atteintes d'une infection génitale asymptomatique¹⁸⁻²⁰;
 - l'excrétion asymptomatique survient en moyenne pendant 2 % de la période globale, sa durée moyenne étant de 1,5 jour^{18,19}. Le VHS a été isolé de la vulve, des sites cervico-vaginaux et rectaux chez des femmes²⁰, et de la peau pénienne et périanale, de l'urètre et de l'urine chez des hommes¹⁹.

Prévention

- Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes liés aux ITS ou à la contraception, les cliniciens devraient saisir cette occasion pour éduquer celui-ci sur les pratiques sexuelles à risques réduits et l'encourager à les utiliser de façon constante. Étant donné la recrudescence de l'infection génitale au VHS-1, laquelle est probablement due aux relations sexuelles oro-génitales (peut-être comme substitution aux relations génitales), il faut également informer les patients du risque d'herpès génital inhérent à de telles pratiques²¹.
- Au moment du diagnostic d'une ITS, il faut passer en revue et vérifier les mesures de prévention. Déterminer les obstacles à la prévention et les moyens de les surmonter.
- L'utilisation du condom diminue de 50 % la transmission de l'infection génitale au VHS-2 des hommes infectés aux femmes, et pourrait diminuer d'un pourcentage similaire la transmission des femmes infectées aux hommes²². Cependant, l'efficacité du condom, déjà entravée en raison du peu de personnes qui l'utilisent, peut en plus être limitée à cause du site des lésions et du risque de transmission pendant les relations sexuelles oro-génitales. Il convient de discuter d'autres pratiques sexuelles plus sécuritaires.
- Il a été démontré que la prise de valacyclovir 500 mg, par jour par un patient atteint d'une infection génitale au VHS-2 diminuait de 48 % la transmission de l'infection à un partenaire hétérosexuel sensible. L'effet de l'utilisation des condoms et celui du valacyclovir suppresseur peuvent être additifs¹⁰.
- L'efficacité de l'immunisation par un vaccin adjuvant de glycoprotéine D a été démontrée dans la protection contre l'acquisition de la maladie génitale au VHS chez les femmes séronégatives au VHS-1 et VHS-2, mais non chez celles séropositives au VHS-1²³. La vaccination n'a pas protégé les hommes, peu importe leur statut sérologique. La protection contre la maladie génitale au VHS était de 74 %, et celle contre l'infection (séroconversion plus infection symptomatique) était de 46 %. Les professionnels de la santé devraient savoir qu'un vaccin pourrait être commercialisé dans les 5 à 10 prochaines années.

Manifestations

- Une lésion diagnostique est caractérisée par un ensemble de vésicules sur un fond érythémateux.

Épisodes symptomatiques initiaux

- Épisode initial primaire
 - Premier épisode clinique manifeste chez une personne dont les résultats des tests pour des anticorps anti-VHS sont négatifs.
 - Cinq caractéristiques¹ :
 - présence de lésions génitales, y compris sur l'exocol, importantes, douloureuses et vésiculo-ulcératives;
 - symptômes systémiques dans 58 à 62 % des cas (fièvre, myalgie);
 - adénopathie sensible dans 80 % des cas;
 - complications : 16 à 26 % des patients présentent une méningite aseptique, et 10 à 28 % présentent des lésions extragénitales;
 - durée de l'épisode primaire prolongée : délai moyen compris entre 16,5 jours (hommes) et 22,7 jours (femmes) pour la résolution des symptômes.

- Épisode initial non primaire¹
 - Premier épisode clinique manifeste chez une personne dont les résultats de tests ont démontré la présence d'anticorps hétérologues préexistants. En général, la variété et l'importance des signes et des symptômes chez les cas les plus graves sont moins marquées que chez les sujets atteints d'une infection primaire sévère. Cet état de fait est attribuable à l'effet atténuant d'une immunité hétérologue préexistante sur la gravité de la maladie.
 - Comparativement à l'herpès génital primaire, les infections non primaires présentent les caractéristiques suivantes :
 - lésions génitales moins répandues;
 - symptômes systémiques chez seulement 16 % des patients;
 - complications rares : la méningite chez 1 % des sujets et des lésions extragénitales chez 8 % des sujets;
 - durée de l'épisode moins prolongé : moyenne de 15,5 jours.

Maladie récurrente^{1,24}

- Le premier épisode clinique manifeste chez une personne avec les anticorps homologues préexistants (p. ex., culture du VHS-2 d'une première exacerbation chez un sujet avec les anticorps anti-HSV-2) peut parfois être confondu avec une infection primaire²⁴. Cela est dû à un chevauchement de la fréquence des symptômes locaux, de la fièvre et de la taille des lésions génitales entre les patients ayant acquis l'herpès génital depuis peu et ceux qui, d'après les résultats des tests sérologiques, auraient acquis l'infection dans le passé mais ne présentent une éclosion que maintenant²⁴.
- Dans une étude, près de 10 % des patients ayant présenté un premier épisode présumé d'herpès génital avaient obtenu aux tests sérologiques des résultats dénotant qu'ils avaient acquis l'infection au VHS-2 depuis longtemps, ce qui montre à quel point il peut être difficile de distinguer, sur le plan clinique, l'infection génitale primaire de l'infection acquise antérieurement.
- Ainsi, le typage des isolats du virus et les analyses de sérotypage spécifique de type sont requis pour différencier l'infection primaire de l'infection non primaire, ou encore une première lésion résultant d'une réactivation d'une infection latente (ancienne) acquise depuis longtemps (voir la section « *Diagnostic* » ci-dessous).

Caractéristiques d'une maladie récurrente :

- La maladie récurrente résulte d'une réactivation d'une infection latente des ganglions sensitifs sacrés.
- Elle se caractérise en général par de petites lésions génitales douloureuses (la surface moyenne des lésions représente 10 % de celle de l'herpès génital primaire)¹.
- Symptômes systémiques chez 5 à 12 % des patients.
- Symptômes prodromiques chez 43 à 53 % des patients, pendant une durée moyenne de 1,2 à 1,5 jour.
- La durée moyenne de présence des lésions est de 9,3 à 10,6 jours.

Excrétion virale asymptomatique

- Voir la section « *Évolution naturelle de l'infection* ».

Diagnostic

Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

- La culture est actuellement la méthode d'analyse la plus souvent utilisée dans les laboratoires de santé publique au Canada pour confirmer le diagnostic clinique de l'infection au VHS. Elle est sensible (à 70 % pour les isolats d'ulcères, à 94 % pour les isolats de vésicules) et permet l'identification du type de VHS²⁵.
- La PCR est quatre fois plus sensible que la culture du VHS, en plus d'avoir une spécificité de 100 %²⁶. Cependant, à l'heure actuelle, les analyses de PCR n'ont pas encore remplacé la culture pour le diagnostic systématique de l'herpès génital dans les laboratoires de santé publique du Canada.
- La sensibilité du test du frottis de Tzanck montrant des cellules polynucléées géantes typiques du diagnostic est de 40 à 68 % comparativement à celle de la culture, alors que celle de l'immunofluorescence directe a une sensibilité de 56 % comparativement à la culture^{25,27}. Les deux tests ne sont donc pas fiables pour la confirmation du diagnostic en laboratoire.
- La réponse des anticorps à l'infection primaire est caractérisée par l'apparition précoce d'IgM suivie de la formation d'anticorps IgG. Étant donné que les anticorps IgM disparaissent généralement en quelques mois après l'acquisition de l'infection²⁸, leur présence est une indication indirecte d'une infection « récente ».
- Une infection primaire est confirmée par l'absence d'anticorps au VHS dans l'échantillon de la phase aiguë et la présence d'anticorps dans l'échantillon du sang convalescent (p. ex., séroconversion).
- Chez la plupart des sujets infectés, la séroconversion se produit dans les 3 à 6 semaines suivant l'infection; après 12 semaines, plus de 70 % des sujets auront présenté une séroconversion^{29,30}.
- La sérologie d'anticorps spécifique de type permet aux professionnels de la santé de diagnostiquer une infection primaire et de déterminer si l'infection est due au VHS-1 ou au VHS-2. Ces informations leur permettront également d'offrir le counselling aux patients atteints du VHS et à leurs partenaires. La meilleure façon de détecter des anticorps spécifiques de type est par une analyse Western Blot, même s'il existe de nouveaux essais commerciaux immuno-enzymatiques dont la sensibilité et la spécificité sont améliorées³¹. Les résultats des essais immuno-enzymatiques ne doivent pas systématiquement être confirmés par une analyse Western Blot. Pour le moment, les épreuves détectant des anticorps spécifiques de type au VHS ne sont disponibles que dans quelques laboratoires au Canada (voir la section « *Considérations spéciales* »).
- Pendant une infection génitale récurrente au VHS, il ne se produit pas de modifications consistantes des anticorps anti-VHS. Plus précisément, l'apparition des IgM n'est pas constante et les titres d'IgM des échantillons de la phase aiguë et ceux de la phase de convalescence ne sont pas différents³².
- La détection des anticorps anti-VHS-2 est considérée comme précise pour la détection de l'infection génitale silencieuse au VHS-2, ce qui n'est pas le cas de la détection des anticorps anti-VHS-1, car l'infection oro-labiale asymptomatique au VHS-1 est fréquente³¹.

Prise en charge

- Le counselling est une composante importante de la prise en charge du patient. L'infection génitale au VHS est incurable, mais il est possible d'atténuer sa morbidité somatique et psychologique grâce à un counselling sensible, empathique et informatif. Les patients atteints d'infections génitales au VHS et leur(s) partenaire(s) sexuel(les) ont donc intérêt à en savoir plus sur les aspects chroniques de la maladie après la résolution de la phase aiguë. Il faut leur expliquer l'évolution naturelle de la maladie en insistant sur l'éventualité d'épisodes récurrents, sur l'excrétion asymptomatique du virus et sur les modes de transmission sexuelle. Leur conseiller un traitement antiviral en cas d'épisodes récurrents pour écourter la durée des lésions; le traitement antiviral suppresseur peut améliorer ou prévenir les exacerbations récurrentes. Il a été démontré qu'un des médicaments peut diminuer le risque de transmission¹⁰.
- Parmi les préoccupations psychologiques les plus fréquentes des patients, notons les suivantes :
 - la crainte de la transmission;
 - la crainte d'être jugé ou rejeté par son ou sa partenaire;
 - la solitude, la dépression et la perte d'estime de soi;
 - l'anxiété relative aux conséquences éventuelles sur la grossesse.
- Les patients devraient informer leurs partenaires sexuels qu'ils ont l'herpès génital. Il conviendrait de conseiller à ces derniers de recevoir simultanément du counselling afin de s'informer et, possiblement, de passer des tests sérologiques des anticorps anti-VHS-1 et anti-VHS-2.
- Les tests sérologiques spécifiques de type aux anticorps anti-VHS-1/VHS-2 permettent de savoir si un couple est concordant ou discordant quant à l'infection au VHS-1/ VHS 2. Ces renseignements seront utiles pour préparer le counselling du couple sur le risque de transmission de l'herpès génital.
- Il faut souligner le fait que la plupart des transmissions de l'herpès génital se produisent dans le contexte de l'excrétion virale asymptomatique¹¹ et insister sur l'importance de l'utilisation du condom et du recours à la pharmacothérapie antivirale pour réduire le risque de transmission.
- On peut diminuer le risque de transmission de l'herpès génital en prenant les moyens suivants :
 - éviter tout contact avec les lésions pendant les périodes d'excrétion virale (prodrome à réépithélisation) des lésions. Le clinicien devrait donc conseiller aux patients de s'abstenir d'avoir des relations sexuelles dès l'apparition des symptômes prodromiques jusqu'à la guérison complète des lésions;
 - utiliser un condom (voir la section « *Prévention* »)²²;
 - suivre un traitement antiviral suppresseur quotidien afin d'atténuer les lésions récurrentes et l'excrétion virale asymptomatique et la transmission¹⁰.
- Les patients atteints d'herpès génital devraient être soumis à des tests de dépistage d'autres ITS et être traités au besoin³³.
- Il faut discuter du risque d'infection néonatale avec tous les patients, femmes comme hommes. Il faut aviser les femmes atteintes d'herpès génital d'en informer les professionnels de la santé qui les suivent pendant la grossesse.
- **L'herpès génital augmente de deux fois le risque d'acquisition du VIH³⁴.**

Traitement³⁵

Premier épisode

- Le traitement est recommandé lorsque les symptômes sont significatifs sur le plan clinique.
- Des analgésiques ou des laxatifs pourraient être requis. La rétention urinaire peut nécessiter une hospitalisation.

Tableau 1. Traitement du premier épisode

<ul style="list-style-type: none">• En cas de maladie primaire grave : une perfusion d' acyclovir i.v. 5 mg/kg d'une durée de 60 minutes toutes les 8 heures [A-I] constitue le traitement optimal, suivie d'un traitement oral une fois qu'une amélioration substantielle s'est produite³⁶.
<ul style="list-style-type: none">• Acyclovir 200 mg, p.o., 5 f.p.j., pendant 5 à 10 jours [A-I] ³⁷ OU• Famciclovir 250 mg, p.o., 3 f.p.j., pendant 5 jours [A-I] ^{38,39} OU• Valacyclovir 1 000 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 10 jours [A-I] ⁴⁰.
<ul style="list-style-type: none">• Acyclovir 400 mg, p.o., 3 f.p.j., pendant 7 à 10 jours est recommandé par les Centers for Disease Control (CDC) des États-Unis [A-III] ²⁴.

Notes :

- L'acyclovir oral, le famciclovir oral et le valacyclovir oral ont une efficacité comparable.
- L'acyclovir a déjà été amorcé aussi tard que 5 à 7 jours après l'apparition des symptômes et a néanmoins entraîné des bienfaits³⁷; le famciclovir a été amorcé uniquement chez les patients présentant des symptômes depuis moins de 5 jours, alors que le valacyclovir l'a été chez ceux dont les symptômes sont apparus depuis moins de 72 heures .
- L'acyclovir topique ne soulage pas les symptômes systémiques et ne devrait pas être utilisé³⁷.

Lésions récurrentes³⁵

Tableau 2. Traitement des épisodes récurrents

- **Valacyclovir** 500 mg, p.o., 2 f.p.j., OU à 1 g/jour p.o., pendant 3 jours [B-I]⁴¹

OU

- **Famciclovir** 125 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 5 jours [B-I]⁴²

OU

- **Acyclovir** 200 mg, p.o., 5 f.p.j., pendant 5 jours [C-I]⁴³

- Un traitement plus court par **l'acyclovir** à 800 mg, p.o., 3 f.p.j., pendant 2 jours, semble aussi efficace que le schéma thérapeutique approuvé de 5 jours [B-I]⁴⁴.

Notes :

- Le valacyclovir, le famciclovir et l'acyclovir sont approuvés pour le traitement des lésions génitales de l'herpès récurrent.
- Pour être efficaces, ces médicaments doivent être pris le plus tôt possible pendant le développement des lésions récurrentes – de préférence moins de 6 heures (famciclovir) à moins de 12 heures (valacyclovir) après l'apparition des premiers symptômes. Une étude canadienne a démontré que l'amorce du traitement dès l'apparition des symptômes prodromiques était efficace⁴². Pour cela, les patients devraient avoir les médicaments à leur disposition et recevoir des renseignements précis sur le moment d'amorcer le traitement.

Traitement supprimeur³⁵

- Le traitement supprimeur est destiné aux patients présentant fréquemment des épisodes d'herpès génital récurrent, en général au moins tous les deux mois ou six fois par an. Il est à privilégier au détriment du traitement épisodique⁴⁵ car il améliore la qualité de vie⁴⁶.
- Le traitement épisodique est recommandé aux patients présentant moins de six récurrences par an ou moins d'une récurrence tous les deux mois (voir le *tableau 2* ci-dessus). Cependant, le traitement supprimeur est probablement efficace; il pourrait être envisagé sur une base individuelle.

Tableau 3. Traitement supprimeur (sauf pour les femmes enceintes)

- **Acyclovir** 200 mg, p.o., 3 f.p.j., à 5 f.p.j., OU 400 mg, p.o., 2 f.p.j., [A-I]⁴⁷⁻⁵⁹

OU

- **Famciclovir** 250 mg, p.o., 2 f.p.j., [A-I]^{60,61}

OU

- **Valacyclovir** 500 mg, p.o., 1 f.p.j., [A-I] (pour les patients présentant 9 récurrences ou moins par an) OU 1 000 mg, p.o., 1. f.p.j., [A-I]^{57,62} (pour les patients présentant plus de 9 récurrences par an)

Notes :

- L'acyclovir, le famciclovir et le valacyclovir sont approuvés pour le traitement supprimeur au Canada.
- D'Après les essais contrôlés, les données sur l'innocuité et l'efficacité laissent entendre que l'acyclovir, le valacyclovir et le famciclovir peuvent être administrés pendant une durée maximale d'un an⁴⁷⁻⁶².

Tableau 4. Traitement supprimeur pour les femmes enceintes

- **Acyclovir** 200 mg, p.o., 4 f.p.j., [A-I]^{63,64}
OU
- **Acyclovir** 400 mg, p.o., 3 f.p.j., [A-I]^{65,66}
OU
- **Valacyclovir** 500 mg, p.o., 2 f.p.j., [A-I]⁶⁷
- Tous les schémas thérapeutiques ont été évalués et se sont révélés efficaces pour réduire le nombre d'épisode récurrents et le recours aux césariennes.
- Tous les schémas thérapeutiques requièrent l'amorce du traitement supprimeur par à 36 semaines jusqu'au moment de l'accouchement [A-I].⁶³⁻⁶⁷

Notes :

- Aucune étude n'a démontré avec certitude si l'administration d'une pharmacothérapie antivirale suppressive pendant la grossesse diminuait le risque de transmission mère-enfant ou l'herpès néonatal.
- Il a été démontré que le traitement supprimeur par l'acyclovir et le valacyclovir diminuait les taux de récurrence et l'excrétion virale asymptomatique, ce qui permet d'éviter le recours à la césarienne pour prévenir l'herpès chez le nouveau-né⁶³⁻⁶⁷.
- L'administration du traitement supprimeur par l'acyclovir n'élimine pas le besoin de mettre le nouveau-né sous étroite observation afin de déceler toute infection éventuelle par le VHS.
- L'innocuité de l'acyclovir le valacyclovir a été évaluée chez un nombre limité de femmes enceintes dans les essais contrôlés. Ces essais ont conclu que le traitement par l'acyclovir et le valacyclovir durant la grossesse n'était pas nuisible au fœtus et n'a pas abouti à une augmentation importante des événements indésirables.^{63,65,67} Les données de 1207 femmes signalées aux registres de grossesses d'Acyclovir comprenant les résultats de 111 femmes traitées avec le valacyclovir supportent les conclusions de ces essais contrôlés.⁶⁸

Tableau 5. Traitement de l'herpès chez les nouveau-nés

Acyclovir 45–60 mg/kg/jour i.v. en trois perfusions égales, espacées de 8 heures, pour une durée de 60 minutes pour chaque infusion, pendant 14 à 21 jours [A-I]⁶⁹.

Remarque :

- **Il convient de consulter un collègue ayant une expertise dans ce domaine.**

Prise en considération d'autres ITS

- **L'infection au VHS peut augmenter le risque d'acquisition et de transmission du VIH.**
Il faut expliquer ce risque accru aux patients et leur offrir un test de dépistage du VIH, ainsi que le counselling pré et post test.
- Les ulcérations génitales peuvent également être causées par la syphilis, le chancre mou ou la lymphogranulomatose vénérienne; il faut envisager des tests de détection de ces infections.
- Des tests d'autres ITS, notamment pour *Chlamydia trachomatis* et la gonorrhée, devraient être envisagés.
- L'immunisation contre l'hépatite B pourrait être indiquée.
- Discuter du vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • DCC-2 (2007) *Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain.*
- Voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement ».

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Au moment de la publication des présentes lignes directrices, les infections génitales au VHS étaient à déclaration obligatoire aux départements de santé publique locaux au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve. Les infections néonatales au VHS ne sont à déclaration obligatoire que dans certaines provinces. La déclaration des cas varie et peut être basée soit sur une suspicion clinique ou sur une confirmation par des analyses de laboratoire.
- La notification aux partenaires n'est pas obligatoire comme mesure de santé publique, en partie pour les raisons suivantes :
 - la plupart des infections sont des récurrences;
 - il est difficile de déterminer si un(e) partenaire a déjà eu une infection génitale primaire;
 - il faut encourager les patients atteints d'herpès génital à informer le(s) partenaire(s) sexuel(les) qu'ils ont eus dans les 60 jours précédant l'apparition des symptômes ou de la date du diagnostic en l'absence de symptômes du risque d'infection, si ceux-ci ne sont pas déjà infectés, et pour faciliter leur diagnostic en cas d'apparition de la maladie.

Suivi

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

Considérations spéciales

Herpès néonatal^{70, 71}

- Les travaux épidémiologiques récents sur les facteurs de risque de l'herpès néonatal⁷⁰ ont démontré que le facteur de risque le plus important d'infection du nouveau-né par le VHS est une nouvelle infection génitale maternelle par VHS-1 ou VHS-2 en présence d'une réponse immunitaire maternelle inadéquate au moment de l'accouchement; en effet, cette situation favorise l'absence d'anticorps homologues transplacentaires spécifiques de type anti-VHS chez le nouveau-né. Dans ce contexte, quatre nourrissons sur neuf ont présenté une infection néonatale au VHS. En revanche, les nourrissons accouchés par voie vaginale de femmes présentant une réactivation de l'herpès génital avec des lésions génitales ou une excrétion asymptomatique du VHS au moment de l'accouchement affichaient un risque d'infection de 2 % (2 cas sur 92). Il a été démontré que l'accouchement par césarienne protégeait indéniablement contre la transmission néonatale du VHS. Ainsi, la prévention de l'infection néonatale au VHS devrait davantage consister à empêcher l'infection génitale chez la mère vers la fin de la grossesse qu'à identifier les femmes présentant une infection génitale au VHS objectivée. Autrement dit, il convient de rassurer les femmes enceintes ayant des antécédents d'herpès génital.
- Entre 2000 et 2003 inclusivement, l'incidence canadienne a été de 5,85 par 100 000 naissances vivantes; 62,5 % de ces infections étaient attribuables au VHS-1⁷². De 55 à 80 % de ces infections étaient dues au VHS-2⁷³⁻⁷⁶.
- L'infection au VHS néonatale est acquise pendant la période intra-utérine dans 5 % des cas, et pendant la période postnatale (généralement le VHS-1) dans 15 % des cas⁷⁴⁻⁷⁶.
- Sur le plan clinique, l'infection du nouveau-né est classée de la façon suivante : peau-yeux-bouche (PYB), système nerveux central (SNC) ou infection disséminée. La mortalité est de 0 %, 15 % et 47 % respectivement, alors que le développement anormal à 1 an est de 2 %, 70 % et 25 % respectivement^{73,74,76}. Cependant, des chevauchements des sites infectieux sont possibles, de sorte que jusqu'à 30 % des nouveau-nés dont l'herpès touche initialement PYB finissent par avoir *aussi* une maladie au SNC.
- Dans l'étude canadienne, 63,8 % des cas avaient une maladie localisée (PYB), alors que 34,5 % présentaient une infection disséminée vers le SNC ou d'autres organes⁷².
- Les lésions vésiculaires cutanées peuvent être absentes dans 17 % des cas de PYB, dans 32 % des cas d'atteintes du SNC et chez 39 % des nouveau-nés présentant une maladie disséminée.
- Le risque d'infection néonatale :
 - peut atteindre 50 % si la mère présente une infection génitale primaire au VHS avec des lésions au moment de l'accouchement⁷⁵. Dans près de 70 % des cas, la mère n'a aucun antécédent d'herpès génital^{74,76};
 - est compris entre 2 et 8 % en cas d'accouchement vaginal, lorsque la mère présente une lésion génitale récurrente ou une excrétion asymptomatique génitale du VHS au moment de l'accouchement^{70,77}.
- La période médiane d'incubation est de 4 jours, mais elle peut aller de 1 à 28 jours^{73,74,76}.
- La plupart des cas d'herpès néonatal débutent après le congé d'un nouveau-né apparemment en bonne santé.
- Il a été montré que le traitement oral par l'acyclovir supprime la maladie génitale récurrente et l'excrétion virale asymptomatique, et réduit ainsi le recours aux césariennes (voir la section « *Traitement* »).

Laboratoires offrant des analyses sériques d'anticorps anti-VHS spécifique de type

- Alberta Provincial Laboratory for Public Health, Edmonton, Alberta
- Laboratoire national de microbiologie, Agence de la santé publique du Canada, Winnipeg, Manitoba
- Regional Virology & Chlamydia Laboratory, Hamilton, Ontario
- Children's Hospital of Eastern Ontario Laboratory, Ottawa, Ontario
- Warnex inc., Montréal, Québec.

Infections au virus de l'immunodéficience humaine

janvier 2008

Étiologie	1
Épidémiologie	1
Prévention	3
Le counselling pré- et post-test	4
Transmission	7
Diagnostic	10
Prise en charge, traitement et suivi	13
Prise en considération d'autres ITS	18
Déclaration des cas et notification aux partenaires	18
Considérations spéciales	19

INFECTIONS AU VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE

Étiologie^{1,2}

- Il a été démontré que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est l'agent causal du syndrome de l'immunodéficience acquise (sida).
- L'infection au VIH entraîne la destruction progressive des lymphocytes T CD4. Ces cellules sont essentielles à la fonction normale du système immunitaire humain.
- Les personnes infectées par le VIH et souffrant d'une immunosuppression ultérieure sont donc à risque de développer une variété de maladies définissant le sida, y compris les infections opportunistes (p. ex., pneumonie à *Pneumocystis jiroveci* [autrefois appelé *Pneumocystis carinii*], complexe *Mycobacterium avium* [MAC] disséminé), la maladie neurologique primaire (p. ex., démence liée au sida) et la malignité (p. ex., lymphome, sarcome de Kaposi). Voir le *tableau 3* pour les maladies définissant le sida.

Épidémiologie^{3,4}

- L'épidémie du VIH/sida est complexe, les taux d'infection varient au sein de populations spécifiques à risque. Le nombre de Canadiens vivant avec une infection au VIH continue d'augmenter. Il s'est produit une hausse de 20 % du nombre des rapports de tests positifs du VIH signalés au Canada au cours des 5 dernières années (2000 à 2004).
- En 2004, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) représentaient encore le plus grand nombre et la plus grande proportion des rapports de tests positifs du VIH; cependant, la catégorie d'exposition hétérosexuelle représente un nombre et une proportion croissants des tests positifs et devance la catégorie des utilisateurs de drogues injectables (UDI), pour occuper la deuxième place.
- Les personnes immigrant au Canada originaires de pays où le VIH est endémique représentent également une proportion croissante des rapports de tests positifs du VIH déclarés au cours des trois dernières années. Ces tests sont compris dans la catégorie d'exposition hétérosexuelle.
- Les femmes représentent une proportion croissante des rapports de tests positifs du VIH ainsi que des cas de sida signalés au Canada. Plus de 25 % des rapports de tests VIH positifs en 2004 se rapportaient à des femmes, comparativement à moins de 10 % avant 1995, et parmi elles, c'est le groupe d'âge des 15-19 ans qui affiche l'augmentation la plus importante. L'exposition hétérosexuelle et l'utilisation de drogues injectables sont les deux comportements à risque majeurs pour l'infection au VIH chez les femmes.
- Les autochtones constituent un pourcentage croissant des rapports de tests positifs du VIH et des cas de sida déclarés. L'utilisation de drogues injectables continue d'être la principale voie de transmission du VIH dans la communauté autochtone. Près de 50 % des rapports de tests VIH positifs déclarés parmi les Canadiens autochtones se rapportaient à des femmes (moins de 20 % des rapports de tests positifs du VIH parmi les Canadiens de race blanche concernaient des femmes). Par ailleurs, les autochtones obtiennent des tests positifs du VIH à un âge inférieur à celui des personnes non autochtones^{4,5}.

- Les Canadiens d'origine africaine constituent également un pourcentage croissant des tests positifs du VIH et des cas de sida déclarés. Plus de 80 % des rapports de tests VIH positifs dans ce groupe sont reliés à l'exposition hétérosexuelle. Près de 50 % des rapports de tests positifs du VIH dans ce groupe se rapportent à des femmes.
- Environ 30 % des personnes vivant avec le VIH ne le savent pas. Ces personnes, qui représentent « l'épidémie cachée », sont particulièrement importantes, car elles n'ont pas encore profité des services d'évaluation clinique, de counselling et de traitement. Elles consultent un médecin dans un stade plus avancé de leur maladie et continuent de transmettre l'infection à d'autres personnes, sans le savoir.
- Bien que le peu de données disponibles indiquent que la prévalence du VIH est actuellement faible au sein des jeunes Canadiens, les données portant sur les comportements sexuels à risque et les infections transmissibles sexuellement (ITS) montrent clairement que le risque de transmission du VIH demeure significatif parmi cette population. Les données provenant d'études ciblées montrent que les jeunes de la rue, les jeunes UDI et les jeunes HARSAH sont particulièrement vulnérables à l'infection au VIH.
- Les taux d'infection au VIH dans les prisons fédérales et provinciales sont beaucoup plus élevés que dans la population générale. La plupart des détenus séropositifs avaient probablement des comportements à risque élevé avant l'incarcération; cependant, certaines données probantes montrent que des détenus continuent d'avoir de tels comportements après leur incarcération, notamment le partage d'aiguilles, les tatouages et les relations sexuelles non protégées. Le risque de transmission du VIH est très élevé au sein des détenus qui, une fois libérés, risquent de transmettre le virus à leurs partenaires⁶.
- Au Canada, les donneurs de sang passent des tests de dépistage du VIH depuis 1985, ce qui a considérablement diminué la proportion des cas d'infections au VIH dus aux transfusions. À l'heure actuelle, le risque estimé d'infection à partir de sang et de produits sanguins est extrêmement bas au Canada (environ une infection par million d'unités de sang).
- Le risque d'acquisition du VIH à partir d'un seul contact sexuel avec une personne infectée par le VIH est variable; il augmente en fonction du nombre d'expositions et une charge virale plus élevée chez la personne source⁷⁻⁹. Même si les relations sexuelles oro-génitales sont une activité à moindre risque comparativement aux relations anales ou vaginales non protégées, les expositions répétées peuvent augmenter le risque de contracter le VIH⁴.
- **La transmission sexuelle (infectiosité ou sensibilité) du VIH est favorisée par la présence d'autres ITS¹⁰⁻¹², y compris les infections génitales ulcératives (p. ex., syphilis, herpès génital) et les infections génitales non ulcératives (p. ex., *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *trichomonase*)¹³⁻¹⁷. La vaginose bactérienne, même si elle n'est pas tout à fait considérée comme une ITS, peut aussi augmenter le risque de la transmission sexuelle du VIH¹⁸⁻²¹.**
- Le délai médian qui sépare l'acquisition de l'infection au VIH et le diagnostic du sida dépasse à présent dix ans. Le nombre de personnes pour lesquelles est posé un diagnostic de sida a nettement diminué au Canada. Ce phénomène est principalement attribuable au recours au traitement antirétroviral hautement actif (HAART).

- Le traitement HAART a considérablement modifié le portrait de l'épidémie du VIH²². La durée de vie prolongée des personnes atteintes pourrait conduire celles-ci, ainsi que les personnes risquant de transmettre ou d'acquérir cette infection, à adopter des comportements sexuels plus laxistes²³⁻²⁵.
- Le succès du traitement HAART, qui a transformé l'infection au VIH en une maladie chronique, a augmenté le fardeau total occasionné par les soins. Ainsi, l'incidence des effets indésirables du traitement a augmenté et l'observance du schéma HAART à long terme est devenue difficile.
- Le recours très répandu au schéma HAART, en plus des problèmes d'adhérence au traitement, ont également augmenté le risque de transmission de souches virales résistantes aux médicaments.

Prévention

- Lorsque des patients expriment des inquiétudes sur l'infection au VIH, les cliniciens ont là une bonne occasion de les éduquer et de les encourager à avoir en tout temps des pratiques sexuelles plus sécuritaires. Ces comportements comprennent l'abstinence sexuelle, la réduction du nombre de partenaires sexuels, l'usage adéquat des méthodes barrières et la réduction des risques associés à l'utilisation de drogues injectables.
- On devrait proposer aux personnes ayant des comportements à risque connus de passer des tests de dépistage du VIH, leur offrir du counselling et établir un diagnostic le cas échéant.
- Au moment du test diagnostique du VIH, il faut passer en revue et examiner les mesures de prévention.
- Déterminer les obstacles aux mesures préventives et proposer aux patients des moyens de les surmonter.
- Discuter de l'utilisation possible du HAART, non seulement afin d'améliorer le pronostic, mais aussi pour diminuer l'infectiosité²⁶.
- Discuter du traitement rapide de toute ITS éventuelle afin de diminuer le risque de transmettre ou d'acquérir le VIH²⁷⁻³¹.

Le counselling pré- et post-test³²

- Le counselling devrait être adapté en fonction de l'âge et axé sur les besoins de la personne qui passe les tests.
- Les tests ne devraient être passés que lorsqu'un consentement éclairé a été obtenu.

Le counselling pré-test

- À l'occasion du counselling pré-test, on veillera à éclaircir avec le patient les points ci-dessous.
 - La confidentialité reliée au test de dépistage pour le VIH, la déclaration obligatoire et les dossiers médicaux.
 - Les options de tests (test nominatif, non nominatif, anonyme) offertes (voir, plus loin, la section « *Diagnostic de laboratoire* »).
 - Le fait que le test détecte les anticorps anti-VIH, et non le virus du VIH ou le sida directement.
 - Le fait que la majorité des personnes infectées produisent des titres d'anticorps décelables en 3 mois.
 - Le fait que l'obtention initiale de résultats positifs au test de dépistage est automatiquement suivie d'un test de confirmation (sur le même échantillon de sang) pour exclure l'éventualité d'un faux positif. Cela risque de retarder l'obtention des résultats définitifs du test.
 - Le fait que les résultats du test ne doivent pas être fournis au patient avant que les résultats des tests de confirmation ne soient obtenus.
 - Le fait que les résultats du test devraient être communiqués directement à la personne concernée.
 - Il est préférable que le patient revienne pour recevoir les résultats de ses tests pour qu'il ait l'occasion de recevoir un bon counselling post-test.
 - L'obtention de résultats négatifs au test peut signifier que la personne n'est pas infectée ou qu'il est encore trop tôt pour déceler les anticorps.
 - L'obtention de résultats positifs aux tests signifie que la personne est infectée par le VIH et qu'elle peut infecter d'autres personnes par voie sexuelle, par voie sanguine, par les dons de tissus/organes et par l'allaitement maternelle.
 - L'obtention d'un résultat indéterminé au test de confirmation signifie qu'il faut refaire le test dans les trois mois suivants ou faire d'autres tests (p. ex., réaction de polymérase en chaîne [PCR] qualitative du VIH, antigène p24 dans le sérum; veuillez vous renseigner auprès de votre laboratoire local pour savoir quels tests sont offerts).
 - Le VIH ne se transmet pas par la sueur, la salive, l'urine, les selles ou les larmes (à moins que des traces visibles de sang sont présentes dans l'un de ces éléments).
 - Les risques de transmission sont les suivants :
 - relations sexuelles non protégées : anales (risque élevé), vaginales (risque élevé), orales (faible risque);
 - exposition directe du sang d'une personne à celui d'une autre personne;
 - partage d'aiguilles ou de seringues (utilisation de drogues injectables, tatouage, perçage corporel avec du matériel déjà utilisé/non stérile);
 - transmission d'une mère à son enfant pendant la grossesse, à la naissance ou par l'allaitement;
 - avoir reçu du sang ou des produits sanguins au Canada avant novembre 1985 (dans les autres pays, le risque varie en fonction des tests réalisés sur les dons de sang).

- À discuter :
 - comportements précis à risque, de nature sexuelle ou autre;
 - le fait que l'accès au traitement peut diminuer (de $\geq 80\%$) le risque de transmission mère-enfant pendant la grossesse;
 - l'éventualité de repasser des analyses sanguines à l'avenir;
 - comportements de réduction des risques (voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* ») :
 - l'abstinence (éliminera le risque),
 - s'assurer de toujours utiliser des condoms en latex ou en polyuréthane,
 - éviter d'avoir des relations sexuelles fortuites/ anonymes/ non protégées,
 - éviter de partager des aiguilles, des seringues ou d'autre matériel d'utilisation de drogues injectables.
- À explorer :
 - répercussions psychologiques des tests;
 - mécanismes d'ajustement avec les résultats des tests, quels qu'ils soient; disponibilité de ressources de soutien (personnelles, communautaires, médicales).
- À expliquer :
 - la nécessité de revenir pour les résultats des tests et de planifier une visite de counselling post-test;
 - la déclaration aux autorités de santé publique pour le suivi si le résultat du test est positif et que le patient ne revient pas chercher ses résultats;
 - les démarches de counselling post-test;
 - les exigences de la notification aux partenaires et de déclaration de l'infection au VIH (selon la région et la disponibilité des tests anonymes);
 - si les résultats des tests sont positifs, la nécessité de faire des évaluations cliniques et de laboratoire complètes ainsi que la nature du traitement antirétroviral et la prévention des infections opportunistes.

Le counselling post-test^{33,34}

- Si le résultat du test est **négatif**
 - Interpréter de la façon suivante :
 - absence d'infection ou « période fenêtre » avec infection, mais pas d'anticorps décelables. Il pourrait être nécessaire de répéter le test 3 mois après la dernière exposition pour permettre la détection de la réponse immunitaire. Il pourrait falloir répéter les tests 6 mois après la dernière exposition chez les patients présentant des signes et symptômes cliniques tardifs de l'infection au VIH ou chez les personnes dont la réponse immunitaire est altérée;
 - en cas d'agression sexuelle (voir les chapitres « *Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères* » et « *Aggression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes* ») et d'exposition au travail (voir, plus loin, la section « *Transmission professionnelle* »), un test initial devrait être effectué, suivi par une autre test à 6 semaines, à 12 semaines et à 6 mois.
 - Renforcer la réduction des risques :
 - éviter les comportements à risque élevé;
 - éviter le partage d'aiguilles et de seringues;
 - utiliser des condoms lubrifiés en latex ou en polyuréthane au cours des relations sexuelles.

- Si le test est **positif**
 - Interpréter de la façon suivante :
 - infection au VIH, non diagnostic du sida;
 - expliquer au patient qu'un test de confirmation a été effectué pour exclure l'éventualité d'un faux positif.
 - En priorité :
 - traiter des questions importantes pour la personne infectée;
 - discuter des systèmes d'ajustement et de soutien;
 - discuter du processus de notification aux partenaires (par la personne infectée ou les autorités locales de santé publique);
 - offrir des conseils précis sur la façon d'éviter la transmission du VIH :
 - protéger les autres personnes contre les sécrétions sexuelles, le sang et les autres liquides corporels,
 - s'abstenir de faire des dons de sang, d'organes, de tissus, de sperme ou de lait maternel.
 - être conscient de l'infectiosité (le praticien effectuera donc un retour sur les mécanismes de transmission, y compris les comportements à faible risque et à risque élevé).
 - Aborder les questions relatives à la divulgation:
 - l'obligation médico-légale, pour les personnes infectées par le VIH, de divulguer leur séropositivité à tout partenaire sexuel ou à toute personne utilisant des drogues injectables avec elles (cela est particulièrement important si elles pensent avoir des comportements à risque³⁵⁻³⁷),
 - les personnes infectées par le VIH devraient informer leur médecin de famille et envisager d'en aviser d'autres professionnels de la santé (p. ex., dentiste),
 - la divulgation du VIH n'est généralement pas obligatoire en milieu de travail, mais elle dépend de chaque cas (p. ex., la personne infectée est responsable des soins aux malades),
 - la divulgation du VIH aux amis ou à la famille n'est pas obligatoire, mais serait à envisager si elle peut être bénéfique (p. ex., soutien des membres de la famille).
 - discuter des bienfaits du traitement et du suivi.
 - Dans un avenir proche :
 - du soutien médical, des tests immunitaires, des tests de la charge virale du VIH, une numération des lymphocytes T CD4 et du counselling sont requis;
 - discuter des analyses de laboratoire nécessaires pour prendre des décisions d'ordre thérapeutique.
 - Discuter des soins médicaux :
 - faire des tests de dépistage de l'infection et de l'immunité au virus de l'hépatite B (VHB) (voir le chapitre « *Infections au virus de l'hépatite B* »). Test de dépistage de l'immunité contre le virus de l'hépatite A (VHA) pour les utilisateurs de drogues injectables, les HARSAH, les personnes atteintes d'hépatopathie chronique et les hémophiles;
 - test de dépistage de l'infection au virus de l'hépatite C (VHC);
 - test de dépistage de la syphilis et d'autres ITS;
 - test de dépistage de la tuberculose;
 - orienter le patient au besoin (p. ex., spécialiste en VIH);
 - modifications au style de vie pouvant améliorer l'état de santé, prise en charge personnelle;

- discuter des questions de confidentialité au sein du système de santé, de la communauté, à l'école ou au travail;
- discuter des façons d'éviter les activités augmentant le risque de transmission de la toxoplasmose et des pathogènes entériques.

Transmission

- La transmission de l'infection au VIH se fait essentiellement par l'exposition au sang ou à des liquides corporels d'une personne infectée par le VIH. Les types d'exposition les plus risqués sont l'exposition sexuelle, l'exposition parentérale à du sang au cours de l'utilisation de drogues injectables ou de transfusions sanguines, la transmission périnatale mère-enfant et l'exposition en milieu de travail dans les établissements de santé. Les stratégies de prévention devraient viser à réduire le risque dans ces contextes. La présence d'une charge virale élevée chez la personne infectée augmente le risque de transmission³⁸.

Transmission sexuelle

- La voie sexuelle est la principale voie de transmission du VIH³⁹.
- Les activités sexuelles peuvent être classées en fonction de leur risque⁴⁰. Elles peuvent être réparties en activités sans risque (se toucher et s'enlacer) jusqu'à des activités à risque élevé (relations péniennes-anales et péniennes-vaginales sans condom). Les professionnels de la santé devraient connaître les conséquences possibles de comportements spécifiques et conseiller les patients sur le risque de transmission d'autres pathogènes à diffusion hématogène et d'ITS.
- Les patients devraient être informés des points suivants :
 - l'abstinence sexuelle et les activités à « risque zéro » sont les seuls moyens sûrs de prévenir la transmission;
 - les activités à faible risque sont néanmoins à privilégier par rapport aux activités à risque élevé;
 - les condoms pour hommes ou femmes faits de latex ou de polyuréthane sont une barrière efficace pour prévenir la transmission du VIH. L'utilisation adéquate et constante des condoms peut diminuer le risque de transmission du VIH, mais elle ne peut pas l'éliminer⁴¹⁻⁴⁴;
 - la présence d'autres ITS chez la personne source ou la personne exposée au VIH, particulièrement des lésions ulcératives dues à la syphilis ou à l'herpès génital, augmente le potentiel de transmission sexuelle du VIH.
- Il faut vivement conseiller aux personnes infectées d'informer leurs partenaires actuels, passés ou futurs de leur séropositivité.
- Il convient de donner aux personnes infectées du counselling en matière de comportement sexuel.

Transmission parentérale

- Le risque de transmission du VIH par voie parentérale peut être classé en plusieurs catégories⁴⁰. Celles-ci vont de l'absence de risque (utilisation de matériel stérile d'injection) au risque élevé (partage d'aiguilles). Les professionnels de la santé devraient connaître les conséquences possibles de comportements spécifiques et conseiller les patient sur le risque de transmission d'autres pathogènes à diffusion hématogène.

- Les utilisateurs de drogues injectables devraient être encouragés de cesser leur consommation en ayant recours à des services de traitement de la toxicomanie, et les informer des risques pour la santé associés à l'utilisation de drogues injectables.
- Si le patient n'est pas prêt, refuse ou n'est pas en mesure de cesser de prendre des drogues injectables, il est important de l'informer des stratégies de réduction des méfaits soit, entre autres, éviter de partager le matériel d'injection et adopter des modes plus sécuritaires d'utilisation des drogues injectables.
- Il est important de discuter de l'accès au matériel stérile d'injection, par exemple grâce aux programmes d'échange de seringues, et en encourageant l'utilisation.

Transmission périnatale mère-enfant

- Le taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes est d'environ 3 à 5 sur 10 000 au Canada.
- La transmission de l'infection au VIH d'une mère séropositive à son nourrisson peut se produire *in utero*, pendant l'accouchement ou après la naissance, par l'allaitement. La prévention de ce mode de transmission est donc possible par l'identification des femmes séropositives enceintes et la mise en place de stratégies visant à réduire au minimum le risque de transmission mère-enfant⁴⁵.
- Le traitement antirétroviral peut diminuer considérablement la transmission périnatale du VIH.
- Dans toutes les provinces et les territoires du Canada, la décision de passer un test du VIH revient à la femme enceinte. Des lignes directrices ou des recommandations en matière des tests du VIH pour les femmes enceintes ont été élaborées dans chaque province et territoire afin de favoriser des prises de décision éclairées.
- **Il est essentiel de proposer à toutes les femmes enceintes de passer des tests de VIH sur une base confidentielle, ainsi que du counselling dans le cadre des soins prénataux de routine.**
- Dans certaines provinces et certains territoires (Alberta, Terre-Neuve et Labrador, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut,) un règlement de non-participation considère le test de dépistage du VIH comme un test prénatal de routine. On informe la femme enceinte que le test sera effectué, mais son consentement est implicite à moins qu'elle émette clairement un refus⁴.
- Il est important d'offrir aux femmes en plein travail, qui n'ont pas passé de test prénatal du VIH ou qui ont eu des comportements à risque élevé après avoir obtenu un résultat négatif à un test initial prénatal du VIH, un test de dépistage qui sera analysé en priorité ou un test de dépistage rapide du VIH⁴⁵.
- Les femmes séropositives en âge de procréer devraient être conseillées du risque de transmission du virus mère-enfant. Il est également important de leur remettre toute l'information disponible sur les méthodes contraceptives et les options reproductives, ainsi que sur la disponibilité des traitements pour diminuer le risque de transmission aux nourrissons (voir le chapitre « Femmes enceintes »).
- **En Amérique du Nord, l'allaitement est contre-indiqué pour les mères atteintes du VIH.**

Transmission professionnelle⁴⁶

- La transmission de l'infection au VIH en milieu de travail (exposition professionnelle) a trait essentiellement à la transmission éventuelle d'un patient au personnel médical. Le risque de transmission du personnel médical à un patient ou d'un professionnel de la santé à un autre dépasse le cadre de la présente section.
- L'exposition professionnelle à l'infection au VIH peut se produire dans plusieurs circonstances :
 - les blessures percutanées avec un objet tranchant contaminé par du sang ou d'autres liquides organiques;
 - l'exposition des muqueuses au sang ou à un autre liquide organique;
 - l'exposition cutanée au sang ou à un autre liquide organique.
- Le risque moyen de transmission du VIH à la suite d'une exposition percutanée à du sang infecté par le VIH a été estimé à environ 0,3 % (3/1 000); dans le cas de l'exposition d'une muqueuse, ce risque est d'environ 0,09 % (0,9/1 000)^{47,48}. Bien que des cas de transmission du VIH par l'exposition d'une peau non intacte au virus aient été documentés, le risque moyen de transmission par cette voie n'a pas été quantifié avec précision, mais on estime qu'il est inférieur au risque associé à l'exposition par des muqueuses^{49,50}. Le risque de transmission consécutif à l'exposition à des liquides organiques ou à des tissus, à l'exception du sang contaminé, n'a lui non plus pas été quantifié, mais il est probablement beaucoup plus bas que celui associé aux expositions à du sang⁵¹.
- La décision d'amorcer une prophylaxie post-exposition (PPE) à l'infection au VIH repose sur le jugement clinique et devrait être prise de concert avec le professionnel de la santé exposé.
- Le choix de ne pas administrer de PPE ou d'en administrer un schéma à deux ou à trois médicaments dépend de l'indice de suspicion déterminé après évaluation des points suivants :
 - la source de l'exposition : le risque d'infection au VIH (p. ex., activités à risque élevé ou source VIH+);
 - le type d'exposition : le risque de transmission de l'infection au VIH (p. ex., aiguille creuse visiblement contaminée par le sang du patient source)^{52,53}.
- **La PPE doit être amorcée dès que possible, car elle risque d'être moins efficace si elle est amorcée plus de 72 heures après l'exposition.**

Diagnostic

- Le diagnostic de l'infection au VIH repose essentiellement sur l'obtention de résultats positifs aux tests sérologiques. Les personnes infectées par le VIH peuvent être tout à fait asymptomatiques. Par conséquent, le test sérologique est recommandé lorsque l'indice de suspicion est élevé (p. ex., comportement à risque élevé ou signes et symptômes cliniques suspects). Les personnes infectées peuvent également se présenter avec des infections opportunistes ou d'autres affections indiquant une immunosuppression sous-jacente.

Comportements à risque

- Partenaires sexuels multiples
- Relations sexuelles non protégées (c'est-à-dire sans protection comme le condom)
- Relations sexuelles avec une personne infectée par le VIH
- Relations sexuelles anales ou vaginales réceptives
- Partage de matériel d'injection de drogues
- Acquisition d'autres ITS comme le VHB ou la syphilis

Diagnostic clinique

- Le délai qui sépare l'infection initiale au VIH de la maladie clinique est très variable, le délai médian étant d'environ 10 ans. Cependant, chez certaines personnes atteintes du VIH, la maladie évolue plus rapidement.
- La personne atteinte du VIH peut présenter plusieurs stades de la maladie :
 - infection au VIH primaire ou aiguë;
 - infection au VIH chronique asymptomatique;
 - infection au VIH chronique symptomatique.

Infection au VIH primaire ou aiguë

- La période de l'infection primaire ou aiguë est comprise entre le moment de l'infection initiale et l'apparition du profil sérique complet des anticorps (séroconversion)⁵⁴⁻⁵⁶.
 - Taux élevés de répllication virale et de virémie plasmatique
 - Excrétion virale des sites muqueux
 - Anticorps indécélables
 - Baisse de la numération des lymphocytes T CD4
- Bien que certains patients à ce stade de l'infection soient asymptomatiques, jusqu'à 90 % d'entre eux peuvent être symptomatiques (syndrome rétroviral aigu)⁵⁷. Les symptômes, qui apparaissent habituellement 2 à 4 semaines après l'infection initiale, sont souvent non spécifiques ou peu sévères. Ils sont généralement spontanément résolutifs, durent 1 à 2 semaines, mais peuvent aussi persister plusieurs mois.
- Le spectre des symptômes peut comprendre une affection aiguë de type mononucléosique, de la fièvre et une éruption cutanée. La méningo-encéphalite ou la méningite aseptique peuvent survenir. Moins fréquemment, les maladies définissant le sida, telles que la pneumonie à *Pneumocystis jiroveci* (autrefois appelé *P. carinii*) ou la candidose oro-oesophagienne peuvent survenir.

Tableau 1. Symptômes de l'infection au VIH aiguë

Symptômes	Fréquence
Fièvre (température moyenne : 39,4 °C [102,9 °F])	> 80 %
Arthralgie ou myalgie, éruption cutanée, adénopathie, maux de gorge, fatigue, céphalée	40-80 %
Ulcères buccaux et/ou génitaux, perte pondérale > 5 kg, nausées, vomissements ou diarrhée	10–40 %

- Si les tests sérologiques initiaux du VIH sont négatifs ou indéterminés, d'autres tests pourront être envisagés. Consulter les ressources appropriées ou d'autres collègues ayant une expertise dans ce domaine.
- Un indice élevé de suspicion est essentiel pour porter un diagnostic chez une personne présentant une affection fébrile non spécifique et ayant des antécédents de comportements à risque élevé.
- **Bien qu'à l'heure actuelle, le traitement de l'infection au VIH primaire ou aiguë soit facultatif, les personnes atteintes peuvent accuser un haut degré d'infectiosité⁵⁸. La détection d'une infection primaire au VIH offre l'occasion de donner du counselling et de prévenir une transmission ultérieure.**

Infection au VIH chronique asymptomatique

- À ce stade, la réplication virale et la virémie plasmatique sont plus contrôlées par la réponse immunitaire. Il existe un équilibre entre la réplication virale constante et la réponse immunitaire de l'hôte, laquelle est mesurée par la numération des lymphocytes T CD4.
 - De nombreuses personnes se trouvent dans cette catégorie.
 - L'adénopathie généralisée est souvent présente.
 - La thrombocytopénie est possible.

Infection au VIH chronique symptomatique

- À ce stade, la réplication virale provoque la déplétion des lymphocytes T CD4 à un degré d'immunosuppression profonde⁵⁹. Le tableau 2 ci-dessous en présente les signes et symptômes.

Tableau 2. Signes et symptômes de l'infection au VIH chronique symptomatique

- Leucoplasie chevelue
- Fièvre idiopathique (depuis plus de 2 semaines)
- Fatigue ou léthargie
- Perte pondérale inexpliquée (> 10 % du poids corporel)
- Diarrhée chronique (> 3 semaines)
- Adénopathie idiopathique (habituellement généralisée)
- Dysplasie du col utérin
- Dyspnée et toux sèche
- Perte de la vision
- Candidose cutanéomuqueuse récurrente ou chronique (buccale, œsophagienne, vaginale)
- Dysphagie (candidose œsophagienne)
- Lésions nodulaires rouges/mauves de la peau ou des muqueuses (sarcome de Kaposi)
- Encéphalopathie
- Herpes zoster, surtout si l'infection est sévère, affecte plusieurs dermatomes ou est disséminée
- Fréquence ou gravité accrue de l'infection cutanéomuqueuse à Herpes simplex
- « Anémie des maladies chroniques » inexpliquée

Tableau 3. Maladies définissant le sida^{60,61}

(Pour poser un diagnostic du sida, il faut aussi avoir des résultats positifs aux tests sérologiques du VIH.)

- Pneumonie bactérienne récurrente
- Candidose (œsophagienne, bronchique, trachéenne ou pulmonaire)
- Cancer du col (invasif)
- Coccidioïdomycose (disséminée ou extrapulmonaire)
- Cryptococcose (extrapulmonaire)
- Cryptosporidiose (chronique intestinale)
- Maladie à cytomégalovirus (ailleurs que dans le foie, la rate ou les ganglions)
- Rétinite à cytomégalovirus (avec perte de la vision)
- Encéphalopathie liée au VIH (démence)
- Virus Herpes simplex (ulcères chroniques ou bronchite, pneumonite ou œsophagite)
- Isosporose, chronique intestinale
- Sarcome de Kaposi
- Lymphome (Burkitt, immunoblastique, primaire cérébral)
- Complexe *Mycobacterium avium* ou *M. kansasii* (disséminé ou extrapulmonaire)
- Autres espèces de *Mycobacterium* (disséminées ou extrapulmonaires)
- *Mycobacterium tuberculosis* (pulmonaire, disséminé ou extrapulmonaire)
- Pneumonie à *Pneumocystis jirovecii* (autrefois appelé *P. carinii*)
- Leuco-encéphalite multifocale évolutive
- Septicémie à *Salmonella* récurrente
- Toxoplasmose cérébrale
- Syndrome cachectique lié au VIH

Diagnostic en laboratoire – dépistage des anticorps anti-VIH

- Tout médecin ou professionnel de la santé qualifié peut prescrire les tests de dépistage du VIH (vérifier si ces tests sont offerts à votre laboratoire local).
- Les tests devraient être effectués qu'avec le consentement éclairé de la personne concernée.
- Le test des anticorps anti-VIH devrait être offert à toutes personnes qui en font la demande ou à celles ayant des comportements à risque et présentant des indices, sur le plan clinique ou dans les analyses de laboratoire, évocateurs de l'infection au VIH.
- Expliquer clairement la nature du test et offrir le counselling pré- et post-test.
- Les tests de dépistage rapides du VIH aux points de service sont maintenant plus accessibles. Tous les tests réactifs de dépistage réalisés à l'aide de ces trousseaux doivent être confirmés par d'autres tests (p. ex., analyse Western Blot)⁶².
- La numération des lymphocytes T CD4 et les tests de la charge virale ne devraient pas servir de tests de dépistage ou de diagnostic.
- Le test de l'antigène p24, même s'il est parfois utile dans le diagnostic de l'infection primaire ou aiguë, n'est pas sensible comme test de dépistage.
- Au Canada, il existe trois options pour le dépistage du VIH et la déclaration des cas : nominatif, non nominatif ou anonyme. L'emploi et la disponibilité de ces options varient selon les provinces et les territoires. Communiquer avec les autorités locales de santé publique pour connaître les options offertes dans votre région⁴.
 - **Test nominatif** : le test du VIH est demandé en utilisant le nom de la personne testée.
 - **Test non nominatif** : le test du VIH est demandé en utilisant un code ou des initiales de la personne testée. Seule la personne qui demande le test connaît l'identité de la personne testée et peut relier le résultat à son dossier médical.
 - **Test anonyme** : le test du VIH est demandé à l'aide d'un code unique à caractère non nominatif. La personne qui demande le test et celle qui fournit le résultat (en général au téléphone) ne connaissent pas l'identité de la personne testée. Seule cette dernière connaît le code, de sorte que le résultat du test n'est pas lié au dossier médical. Bien que le test anonyme puisse encourager plus de personnes à passer des tests, il n'est pas offert dans toutes les provinces et tous les territoires.
- L'obtention d'un résultat positif par essai immuno-enzymatique (EIA) doit être confirmée par d'autres tests (p. ex., analyse Western Blot) effectués avec le même échantillon.
- Répéter tous les tests sérologiques initialement positifs au VIH à l'aide d'un second échantillon de sang pour exclure les erreurs de laboratoire et confirmer le diagnostic.

Prise en charge, traitement et suivi^{63,64}

- **La prise en charge, le traitement et le suivi peuvent être très complexes car le traitement optimal change rapidement parallèlement aux nouvelles recherches. Les recommandations qui s'appliquent à une personne donnée devraient être émises en collaboration avec un collègue ayant une expertise dans le traitement de l'infection au VIH ou du sida. Les autorités locales de santé publique auront une liste de médecins ayant une expertise dans le traitement de l'infection au VIH ou du sida.**

Principes directeurs

- Les personnes infectées asymptomatiques sont généralement suivies à des intervalles de 3 à 6 mois si elles ne reçoivent pas de traitement.
- L'espacement du suivi peut varier si la personne reçoit un traitement antirétroviral ou si elle présente des symptômes.
- La surveillance systématique de la numération des lymphocytes T CD4 et de la charge virale plasmatique d'ARN du VIH est essentielle pour évaluer l'efficacité du traitement antirétroviral^{65,66}.

Première visite après l'obtention de résultats positifs au test du VIH

- Effectuer une évaluation médicale des antécédents et un examen physique complet, y compris une inspection génitale et anale.
- Commander des analyses de laboratoire, dont un hémogramme complet comprenant la formule leucocytaire, la numération des lymphocytes T CD4, la charge virale, les tests de la fonction hépatique, le taux de créatinine-kinase, la glycémie, le taux d'amylase et de lipase. Faire un test de dépistage pour la détection de l'infection et de l'immunité au VHB (voir le chapitre « Infections au virus de l'hépatite B »). Faire un test de dépistage de l'immunité contre le VHA pour les utilisateurs de drogues injectables, les HARSAH et les personnes atteintes d'hépatopathie chronique ou d'hémophilie. Faire un test de dépistage du VHC. Faire un test de dépistage d'une infection à *Toxoplasma* (IgG) et de la syphilis. Il est important également d'envisager des tests de dépistage d'autres ITS comme *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* (voir, plus loin, la section « Prise en considération d'autres ITS »).
- Chez les femmes, on recommande d'effectuer le dépistage du col utérin pour la dysplasie et (ou) une infection au virus du papillome humain (VPH), à moins que celui-ci ait été effectué au cours des 6 à 12 derniers mois. Le frottis anal de Pap pour les hommes ayant déjà eu des relations sexuelles anales réceptives et (ou) des verrues anales n'est disponible que dans certains centres.
- Il conviendrait de procéder à une évaluation de base de la glycémie à jeun et du taux de lipides à jeun si on envisage d'amorcer un traitement antirétroviral.
- Le test cutané à la tuberculine est essentiel. L'obtention d'un résultat négatif au test ne permettrait pas d'exclure une tuberculose latente ou active⁶⁷.

- Si le test indique une exposition antérieure possible à *Mycobacterium tuberculosis* (induration ≥ 5 mm de diamètre), la personne doit être évaluée pour une tuberculose active.
- Si la tuberculose active est exclue et que le patient n'a pas déjà reçu une thérapie pour prévenir ou traiter la tuberculose, l'administration d'isoniazide, 300 mg 1 fois par jour pendant 9 à 12 mois, est très efficace afin de prévenir le développement d'une tuberculose active. On peut prescrire de la rifampicine, 600 mg par jour ou de la rifabutine, 300 mg par jour pour les souches résistantes à l'isoniazide ou lorsqu'une toxicité à l'isoniazide ne permet pas l'emploi de l'isoniazide⁶⁸.

– **Il convient de consulter un collègue ayant une expertise dans ce domaine.**

- Il faut discuter de l'immunisation (p. ex., VHA, VHB) conformément aux lignes directrices courantes^{69,70}. En général, l'emploi de vaccins inactivés ou de leurs composants n'est pas contre-indiqué chez les personnes atteintes du VIH. S'il y a lieu, le calendrier systématique de vaccination des enfants devrait être complété. L'immunisation contre le pneumocoque (avec rappel après 5 ans seulement) et l'immunisation annuelle contre l'influenza sont recommandées.

- L'immunisation contre l'influenza et le pneumocoque a été associée à des augmentations transitoires des charges virales plasmatiques. Cependant, elles ne semblent pas influencer significativement l'évolution de la maladie, leurs bienfaits étant généralement bien supérieurs à leurs risques.
- La cessation de fumer est importante plus particulièrement chez les personnes qui présentent d'autres facteurs de risque cardiovasculaires qui vont amorcer le traitement antirétroviral.

Visites de suivi

- Procéder à une évaluation clinique, y compris une évaluation pour les maladies cardiovasculaires, la lipodystrophie, l'acidose lactique et le diabète sucré.
- Procéder à un examen anal annuel pour vérifier la présence de lésions dues au VPH, en particulier chez les HARSAH^{71,72}.
- Profiter de l'occasion pour offrir du counselling sur la réduction des risques. Il faudrait discuter à chaque visite des comportements sexuels et de l'utilisation des drogues.
- Si le patient suit un traitement, évaluer les effets indésirables et l'adhérence thérapeutique.
- Effectuer préférentiellement les analyses de la numération des lymphocytes T CD4 et de la charge virale tous les 3 à 6 mois. D'autres analyses de laboratoire, y compris une formule sanguine complète avec formule leucocytaire, tests de la fonction hépatique, les taux de créatinine-kinase, d'amylase, de lipase, de lipides à jeun et de la glycémie à jeun, devraient également être effectuées tous les 3 à 6 mois, tout dépendant de la pharmacothérapie prescrite.
- La pharmacothérapie comporte deux composantes : le traitement antirétroviral et les médicaments visant à prévenir ou à traiter les infections opportunistes.

Traitement antirétroviral⁷³

- **La recherche dans le domaine du traitement antirétroviral évolue constamment, de sorte que toute décision portant sur un traitement précis destiné à un patient donné devrait être prise en collaboration avec un collègue ayant une expertise avec le VIH ou le sida.** Le traitement doit être personnalisé en fonction de facteurs tels que l'efficacité, la tolérance, le potentiel d'effets indésirables, la commodité et les interactions entre médicaments. Les détails et recommandations précis quant à la pharmacothérapie antirétrovirale dépassent le cadre du présent chapitre.
- Les classes d'antirétroviraux approuvés pour le moment au Canada sont les suivantes :
 - les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) : p. ex., zidovudine (AZT), lamivudine (3TC) et stavudine (d4T);
 - les inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INtTI) : ténofovir;
 - les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) : p. ex., éfavirenz et névirapine;
 - les inhibiteurs de la protéase (IP) : p. ex., nelfinavir, saquinavir, ritonavir et atazanavir;
 - les inhibiteurs de la fusion : enfuvirtide/T20.

- D'autres types d'antirétroviraux expérimentaux sont en cours de développement et font l'objet d'essais cliniques. Le traitement immun visant à stimuler la production de CD4 fait encore l'objet d'essais cliniques.
- Les recommandations relatives au traitement antirétroviral sont basées sur le statut clinique, la numération des lymphocytes T CD4, la charge virale et la volonté du patient à suivre le traitement (voir le *tableau 4*). Il faut reconnaître que le traitement prolongé a ses limites en raison de la toxicité médicamenteuse, des problèmes d'adhérence, de la résistance aux médicaments et du coût.
- Lorsqu'il est indiqué, le traitement comprend au moins trois agents (p. ex., deux INTI et un INNTI ou un IP).
- L'objectif du traitement est de supprimer la réplication virale jusqu'à ce que l'ARN du VIH plasmatique soit indétectable, tout en entraînant une toxicité minimale pour le patient.
- **Les monothérapies et bithérapies doivent être évitées, car elles sont associées à l'émergence de résistances aux médicaments.**
- Les patients doivent être avisés de prendre leurs médicaments régulièrement car l'omission ou la diminution des doses favorisent la résistance aux médicaments.
- Des interactions significatives entre médicaments peuvent survenir avec certains antirétroviraux.
- Règle générale, la modification du traitement antirétroviral hautement actif (HAART) est indiquée si on ne parvient pas à obtenir ou à maintenir un contrôle de la réplication virale ou si la toxicité est inacceptable. Les tests de la résistance (génotypage et phénotypage) pourraient être utiles pour la sélection des schémas thérapeutiques initiaux et subséquents.

Tableau 4. Lignes directrices pour l'amorce du traitement antirétroviral chez la personne atteinte d'une infection au VIH chronique

Statut clinique	Numération de CD4	Charge virale	Traitement
Maladie définissant le sida ou symptômes sévères du VIH	N'importe laquelle	N'importe laquelle	Oui
Asymptomatique	$< 0,2 \times 10^9/l$ ($< 200/\mu l$)	N'importe laquelle	Oui
Asymptomatique	$0,2-0,35 \times 10^9/l$ ($200-350/\mu l$)	N'importe laquelle	Proposer
Asymptomatique	$> 0,35 \times 10^9/l$ ($> 350/\mu l$)	$\geq 100\ 000$ copies/ml	Remettre à plus tard ou à envisager
Asymptomatique	$> 0,35 \times 10^9/l$ ($> 350/\mu l$)	$< 100\ 000$ copies/ml	Remettre à plus tard

Prévention des infections opportunistes⁷⁴

- Les personnes atteintes du VIH présentent un risque accru d'infections opportunistes, lequel dépend de leur numération de CD4.
- Il convient d'interrompre le traitement prophylactique lorsque la numération de CD4 augmente et demeure au-dessus d'un certain seuil pendant 3 à 6 mois.

Tableau 5. Traitement prophylactique des infections opportunistes

Numération de CD4	Infection opportuniste	Traitement prophylactique
< 0,2 × 10 ⁹ /l (< 200 cellules/μl)	Pneumonie à <i>Pneumocystis jiroveci</i> (autrefois appelé <i>P. carinii</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement privilégié : triméthoprime-sulfaméthoxazole, p.o., 1 f.p.j. ou 3 fois par semaine • Autres traitements : dapsone, p.o., 1 f.p.j.; atovaquone, p.o., 1 f.p.j.; pentamidine en aérosol, 1 fois par mois <ul style="list-style-type: none"> – Aussi indiqué pour la candidose buccale ou <i>P. jiroveci</i> antérieure, quelle que soit la numération de CD4
< 0,1 × 10 ⁹ /l (< 100 cellules/μl)	<i>Toxoplasma gondii</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes médicaments que pour <i>P. jiroveci</i>, à l'exception de la pentamidine en aérosol
< 0,05 × 10 ⁹ /l (< 50 cellules/μl)	Complexe <i>Mycobacterium avium</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement privilégié: azithromycine, p.o., une fois par semaine • Autre traitement : clarithromycine, p.o., 2 f.p.j., rifabutine, p.o., 1 f.p.j.

- Maladie à cytomégalovirus
 - Les lignes directrices actuelles ne recommandent pas de prophylaxie primaire contre la maladie à cytomégalovirus (CMV). Cependant, les personnes dont la numération des lymphocytes T CD4 est < 0,05 × 10⁹/l (< 50 cellules/μl) présentent le risque le plus élevé de maladie à CMV. Ces personnes devraient avoir connaissance des symptômes de la maladie à CMV, en particulier la rétinite à CMV (p. ex., distorsions visuelles, corps flottants). Il serait utile de passer régulièrement, tous les 4 à 6 mois, un examen du fond de l'œil chez un ophtalmologue pour la détection précoce de la rétinite à CMV.
- Autres infections
 - Il faut personnaliser le traitement et la prévention des infections bactériennes, virales, parasitaires et fongiques, et surveiller la réponse au traitement.
 - Dans plusieurs cas, le traitement supprimeur à long terme s'impose.

Prise en considération d'autres ITS

- On devrait proposer aux personnes ayant des comportements à risques d'infection au VIH des tests de dépistage pour d'autres ITS.
 - Effectuer des tests de dépistage pour *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* des sites appropriés.
 - Effectuer des tests sérologiques pour la syphilis.
 - Procéder aux tests de dépistage de l'infection et de l'immunité au VHB (voir le chapitre « Infections au virus de l'hépatite B »), au dépistage de l'immunité au VHA chez les utilisateurs de drogues injectables, les HARSAH, les personnes atteintes d'hépatopathie chronique ou d'hémophilie; et au dépistage de l'infection au VHC.
 - La sérologie spécifique de type pour le virus Herpes simplex (VHS) (infection au VHS-2) : si disponible, elle peut servir à identifier les personnes qui sont potentiellement plus à risque de contracter ou de transmettre l'infection au VIH. Le risque accru d'acquisition ou de transmission du VHS semble prédominant pendant la phase génitale symptomatique du VHS (ulcérations génitales actives)⁷⁵⁻⁷⁹. Cependant, le VHS génital asymptomatique peut également être un facteur important d'acquisition ou de transmission du VIH. Les études démontrent que les épisodes de VHS génital aigu augmentent l'excrétion virale des muqueuses et les taux plasmatiques du VIH⁸⁰⁻⁸³. Le traitement antiviral et la suppression de la réactivation du VHS génital seraient une stratégie importante visant à réduire au minimum la transmission du VIH dans le contexte de l'infection génitale au VHS^{84,85}. Si des ulcérations génitales sont présentes, voir le chapitre « Ulcérations génitales » pour les recommandations en matière de tests de détection.
- Conformément aux lignes directrices courantes, offrir l'immunisation contre le VHB et le VHA si le patient n'est pas déjà immun⁶⁹.
- Discuter du vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • DCC-2 (2007) Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- L'infection au VIH est à déclaration obligatoire dans toutes les provinces et territoires. La déclaration peut être nominative ou non nominative, selon la région.
- Les médecins doivent obligatoirement déclarer les cas de sida aux autorités de santé publique locales dans toutes les provinces et territoires.
- La notification aux partenaires devrait se faire dans tous les cas de sida et d'infection au VIH.
- Les départements de santé publique locaux peuvent offrir de l'aide avec le processus de notification aux partenaires, et à l'orientation de ceux-ci vers les ressources compétentes pour l'évaluation clinique, les tests, le traitement et l'éducation à la santé. Le médecin traitant est responsable de s'assurer que le processus de la notification aux partenaires est amorcé.
- Tous les enfants dont la mère est ou pourrait être atteinte du VIH doivent être évalués (voir le chapitre « Femmes enceintes »).
- Toutes les personnes séropositives ayant déjà reçu ou donné du sang devraient être déclarées de façon confidentielle à la Société canadienne du sang (au Québec, la déclaration devrait se faire auprès du directeur régional de la santé publique qui assurera le lien avec Héma-Québec).

Considérations spéciales

- Le risque accru de cancer du col chez les femmes atteintes du VIH est relié au degré d'immunosuppression⁸⁶. Il faudrait effectuer des frottis de Pap de base et six mois plus tard, puis au moins une fois par an par la suite, dépendant des résultats des frottis initiaux^{74,87}.
- L'infection anale au VPH et les changements subséquents des cellules épithéliales en présence du cancer anal, de même que ses lésions précancéreuses ont été décelées chez les personnes infectées par le VIH, même en l'absence de relations sexuelles anales. Ces changements peuvent se manifester malgré l'emploi d'un schéma HAART et d'une restauration immunitaire^{71,72}.
- Certains centres effectuent régulièrement les frottis anaux de Pap et les tests de détection du VPH chez les HARSAH atteints du VIH. S'il y a lieu, une coloscopie et une biopsie sont effectuées. Le traitement agressif des lésions de haut grade est indiqué.
- Il est important de s'assurer que toute personne infectée par le VIH peut avoir accès, au besoin, au counselling psychologique.
- **Il conviendrait d'offrir une PPE non professionnelle dans certaines situations (p. ex., personnes victimes d'agression sexuelle)⁸⁸ selon le cas.**
- Certaines personnes peuvent présenter des symptômes aigus comme la fièvre, l'arthralgie, la myalgie ou l'adénopathie, l'aggravation d'une hépatopathie ou une encéphalopathie dans les premières semaines suivant l'amorce du traitement HAART. Ce « syndrome de la reconstitution immunitaire » est associé à une meilleure réponse immunitaire à une coinfection préexistante (p. ex., avec VHC ou complexe *Mycobacterium avium*).
- Toutes les personnes suivant un traitement HAART ont le potentiel de développer plusieurs effets indésirables. Ces derniers ont trait à la toxicité médicamenteuse (p. ex., pancréatite, neuropathie périphérique, distribution anormale de l'adiposité corporelle [lipodystrophie] ou anomalies métaboliques telles que l'hyperglycémie ou l'hyperlipidémie). L'acidose lactique et la dysfonction hépatique pourraient être plus fréquentes avec certains médicaments.
- Plusieurs personnes sont également à risque accru des maladies cardiovasculaires en raison de leurs antécédents familiaux et de facteurs de risque tels que le tabagisme et l'hyperlipidémie induite par des médicaments.
- D'autres problèmes comme l'ostéopénie, l'ostéoporose et l'hypogonadisme peuvent également survenir.
- Chez les personnes atteintes d'une coinfection au VIH, l'évolution de l'infection au VHC ou au VHB risque d'être plus rapide. La coinfection au VHB ou au VHC est un facteur de risque d'hépatotoxicité sévère pendant le traitement HAART⁸⁹⁻⁹³.
- La coinfection au VIH peut altérer l'évolution naturelle de la syphilis et de la neurosyphilis, y compris la réponse au traitement⁹⁴⁻⁹⁷.
- La surveillance du dosage des médicaments sert à évaluer les taux thérapeutiques de médicaments chez certaines personnes adhérentes au traitement mais présentant un échec à un schéma thérapeutique approprié. Cette procédure n'est pas encore disponible de façon universelle.
- À chaque visite, il est important de systématiquement discuter des comportements sexuels et d'autres comportements à risque. Les implications médico-légales en cas de transmission de l'infection sans divulgation préalable devraient également être renforcées. L'orientation de la personne vers les autorités de santé publique est nécessaire dans les cas où les comportements à risque ne sont pas volontairement contrôlés.

Infections génétales au virus du papillome humain (VPH)

janvier 2008

Étiologie	1
Épidémiologie	2
Prévention	3
Diagnostic	4
Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire	5
Prise en charge	7
Traitement	8
Prise en considération d'autres ITS	12
Déclaration des cas et notification aux partenaires.....	12
Suivi	12
Considérations spéciales	13

INFECTIONS GÉNITALES AU VIRUS DU PAPILOME HUMAIN (VPH)

Le présent chapitre porte sur la prévention, le diagnostic et le traitement de l'infection au virus du papillome humain. Pour des renseignements complets sur la prévention, le diagnostic et le traitement du cancer du col utérin, consulter d'autres documents.

Étiologie

Définition

- Le virus du papillome humain (VPH) ou « papillomavirus », qui cause des infections de la peau ou des muqueuses, est doté d'une puissante affinité envers la muqueuse humide de l'anus, des voies génitales et des voies aérodigestives.

Étiologie

- Plus de 130 types de VPH ont été classés en fonction du séquençage de l'ADN; parmi eux, 40 peuvent infecter l'épithélium ano-génital. Les divers types de VPH sont classifiés comme à haut risque ou à bas risque en fonction de leur degré d'association avec le cancer du col utérin.

Tableau 1. Types de VPH

Association avec le cancer du col utérin ¹	Génotypes	Affections cliniques les plus probables
Bas risque	<ul style="list-style-type: none">Les plus fréquents : 6 et 1140, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 et CP6108	Condylomes acuminés
Probablement à haut risque	<ul style="list-style-type: none">26, 53 et 66	Lésions précancéreuses ou cancéreuses
Haut risque	<ul style="list-style-type: none">Les plus fréquents : 16 et 1831, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 et 82	Lésions précancéreuses ou cancéreuses

Épidémiologie

- Le VPH fait partie des infections transmissibles sexuellement (ITS) les plus fréquentes².
- La période d'incubation des verrues exophytiques est de 1 à 8 mois.
- Soixante-dix pour cent de la population adulte va contracter au moins une infection génitale au VPH pendant sa vie³.
- Les études canadiennes sur la prévalence du VPH montrent que l'infection au VPH est très fréquente et qu'il existe une variabilité importante entre les diverses populations.
 - Chez les jeunes femmes, sa prévalence atteint 29 %^{4,5}.
 - Dans un centre médical communautaire du Manitoba où 73 % des patients avaient moins de 30 ans, 33 % des femmes étaient atteintes du VPH⁶.
 - Parmi des femmes de l'Ontario âgées de 15 à 49 ans venues passer un test de routine de dépistage du cancer du col utérin, la prévalence des types de VPH à haut risque s'est avérée de 12,7 %^{7,8}.
 - Parmi des femmes du Nunavut âgées de 13 à 79 ans venues passer des tests de routine de dépistage du cancer du col utérin, la prévalence des types de VPH à haut risque s'est avérée de 25,7 %⁹.
- Les infections au VPH sont souvent acquises pendant l'adolescence (15 à 19 ans)¹⁰ et la majorité de ces cas (plus de 80 %) se résolvent spontanément en 18 mois¹¹.
- Les infections au VPH se produisent généralement chez les adolescents et les jeunes adultes, mais touchent aussi bien les hommes que les femmes de tous les groupes d'âge.
- Le VPH non oncogène ou à bas risque, qui se présente sous forme de verrues exophytiques, est associé à un faible risque de cancer.
- Les verrues génitales externes (VGE) visibles à l'examen clinique (associées à un type de VPH à bas risque) ont été constatées chez près de 1 % des adultes américains sexuellement actifs (âgés de 15 à 49 ans)¹².
- **Les monographies sur le dépistage du cancer du col du Centre international de recherche sur le cancer ont identifié 13 types de VPH à haut risque comme facteurs nécessaires dans l'étiologie du cancer du col utérin, tandis que d'autres types de VPH ont été associés à des cancers de la peau et à des cancers oro-pharyngés, ainsi qu'à des cancers de l'anus et du pénis¹³.**
- Le délai moyen qui sépare l'acquisition d'un génotype du VPH à haut risque et la détection d'un cancer du col est de 20 ans¹⁴.
- L'infection par un génotype du VPH ne protège pas contre l'infection par d'autres génotypes^{15,16}.
- L'infection simultanée par plusieurs types de VPH a été signalée chez 5 à 30 % des femmes atteintes du VPH¹⁷.
- La transmission périnatale symptomatique est rare et devient généralement apparente sur le plan clinique en 2 ans. Lorsqu'elle se produit, elle est associée à des lésions ano-génitales et à des lésions des cordes vocales chez le nouveau-né¹⁸.

Prévention

- Discuter du vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • DCC-2 (2007) *Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain.*
- Bien que le condom n'empêche pas forcément la transmission sexuelle du VPH, il peut protéger contre les types de VPH qui causent les verrues génitales¹⁹, certains cofacteurs de la dysplasie cervicale et le cancer invasif du col; par ailleurs, il prévient efficacement la transmission d'ITS bactériennes.
- Donner aux patients infectés par le VPH des conseils en matière de réduction du risque, y compris des conseils sur :
 - l'évolution naturelle de la maladie, en mettant l'accent sur les différences entre les génotypes du VPH et leurs manifestations éventuelles;
 - le potentiel d'épisodes récurrents;
 - le potentiel de transmission sexuelle.
- Il existe des données épidémiologiques contradictoires au sujet des facteurs et cofacteurs de risque d'infection au VPH. Le seul facteur qui revient constamment est le nombre de partenaires sexuels pendant la vie. Parmi les cofacteurs putatifs du cancer du col utérin, notons :
 - le tabagisme et l'exposition à la fumée de cigarette;
 - l'utilisation à long terme des contraceptifs oraux (plus de cinq ans);
 - le nombre élevé de grossesses;
 - d'autres ITS (p. ex., *Chlamydia trachomatis*, virus Herpes simplex-2, VIH);
 - une alimentation inadéquate (en particulier, la faible consommation d'antioxydants);
 - l'immunosuppression (p. ex., VIH/sida, transplantation d'organes et pharmacothérapie immunosuppressive);
 - des partenaires sexuels multiples, des relations sexuelles à un âge précoce et des relations sexuelles avec des personnes infectées par le VPH;
 - une prédisposition génétique : polymorphismes de certains gènes de régulation cellulaire comme le *p53*.

Renseignements sur le VPH²⁰⁻²³

- Informer les femmes que le dépistage régulier des dysplasies du col utérin et/ou d'une infection au VPH est un moyen efficace de réduire les taux de cancer du col utérin²⁴⁻²⁶.
- Le counselling des patients atteints du VPH et (ou) dont les résultats du test Pap sont anormaux devrait notamment:
 - expliquer l'évolution naturelle de la maladie en insistant sur les différences entre les types de VPH et leurs associations causales (p. ex., les types à bas risque sont associés à des verrues ano-génitales, alors que les types à haut risque sont associés au cancer du col utérin);
 - discuter du risque de récurrence;
 - réduire les répercussions des facteurs et des cofacteurs de risque d'évolution de l'affection vers une dysplasie;
 - encourager les patients à s'auto-examiner et à consulter un médecin en cas de lésions;
 - rassurer les patients sur le fait que ce virus est courant et qu'il est pratiquement impossible de déterminer quand ils l'ont acquis, et qui le leur a transmis;

- rassurer les patientes sur le fait que le risque de cancer du col utérin est assez faible et que la plupart des infections au VPH se résolvent spontanément;
- rassurer les patients sur le fait que seule l'infection persistante par des types de VPH à haut risque peut occasionner des lésions précancéreuses et cancéreuses.

Diagnostic

- La plupart des infections ano-génitales au VPH sont asymptomatiques et subcliniques. Parmi les lésions cliniquement apparentes, la majorité sont asymptomatiques.
- Chez les femmes, les sites les plus fréquents d'infections ano-génitales au VPH sont le col utérin, le vagin, la vulve et l'anus.
- Chez les hommes, les sites les plus fréquents d'infections ano-génitales au VPH sont l'anus et le pénis.
- Souvent, plusieurs sites sont touchés (p. ex., col utérin, vagin, vulve, etc.).
- L'évolution naturelle consiste en une fluctuation de la taille et du nombre de verrues et, dans la majorité des cas, finit par une résolution spontanée des lésions.
- La taille des verrues et leur nombre peuvent augmenter pendant la grossesse.
- Les lésions intra-épithéliales observées sur un frottis de Pap indiquent généralement une affection du col utérin. Celles-ci appartiennent à une des catégories de classification suivantes :
 - lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade histologique (LIBG) : selon l'ancien système de classification, ces lésions comprenaient les condylomes du col utérin, une dysplasie peu sévère à modérée ou une néoplasie intra-épithéliale cervicale 1 ou 2 (CIN-1 ou CIN-2);
 - lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade histologique (LIHG) : selon l'ancien système de classification, ces lésions correspondent à une dysplasie sévère, à une CIN-3 ou à une néoplasie *in situ*;
 - carcinome invasif.

Verrues génitales externes²⁷

- La majorité des verrues génitales externes (VGE) sont causées par des infections au VPH à bas risque.
- Les VGE typiques sont des lésions exophytiques en forme de feuille de fougère ou de chou-fleur, ou encore des croissances papuleuses sur la peau et les membranes muqueuses ano-génitales appelées condylomes acuminés. Ces dernières sont souvent multiples, asymétriques et polymorphiques. Elles peuvent occasionnellement causer des saignements, du prurit et des écoulements locaux.
- Les manifestations les moins fréquentes des VGE comprennent des lésions légèrement surélevées, des lésions papuleuses ou maculaires avec ou sans kératinisation et (ou) une pigmentation brune, grise ou bleuâtre, aussi appelées « papulose bowénoïde », ou la néoplasie intra-épithéliale verruqueuse de la vulve

Tableau 2. Lésions ressemblant à celles du VPH, à prendre en considération pour le diagnostic différentiel

Variations normales	<ul style="list-style-type: none"> • Chez les hommes et les femmes : glandes sébacées • Chez les femmes : papilles vestibulaires, aussi appelées micropapillomatosis labialis • Chez les hommes : papules péniennes perlées sur la couronne du gland
Entités pathologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Infections <ul style="list-style-type: none"> – Syphilis secondaire avec condylomata lata – Infection à <i>Molluscum contagiosum</i> • Maladies de la peau et des muqueuses <ul style="list-style-type: none"> – Nævi intradermique – Acrochordons – Kératoses séborrhéiques • Cancer <ul style="list-style-type: none"> – Néoplasie intra-épithéliale

Note : Ce tableau ne comprend pas les manifestations, lesquelles sont citées précédemment.

Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

Cytologie du col utérin (le test Pap)

- Deux méthodes peuvent servir à diagnostiquer le cancer du col utérin et ses précurseurs : une lame fixée avec du Cytospray (méthode conventionnelle), ou une cytologie en milieu liquide (CML). Au Canada, à l'heure actuelle, l'accès à la CML est limité à quelques régions.
 - Chez les femmes présentant un risque normal de cancer du col, la CML est plus sensible que le frottis classique sur lame de verre et produit moins d'échantillons non utilisables²⁸.
- Le dépistage régulier du col utérin est important pour toutes les femmes qui sont ou qui ont déjà été sexuellement actives. Certaines lignes directrices nord-américaines recommandent d'amorcer le dépistage dans les 3 ans qui suivent le début des relations sexuelles avec pénétration²⁹, mais les lignes directrices européennes recommandent de les amorcer à l'âge de 25 ans^{30,31}.
- Les lignes directrices provinciales et territoriales en matière de cytologie cervicale varient dans tout le Canada.
- Les lignes directrices du Réseau de prévention du cancer du col utérin recommandent de faire un test Pap chaque année jusqu'à l'obtention de deux tests normaux consécutifs, puis tous les trois ans si ce test est normal chez les personnes immunocompétentes³².
- **Les personnes immunodéprimées, en particulier celles atteintes du VIH, doivent faire l'objet d'une attention particulière. Communiquer avec un spécialiste local pour obtenir une prise en charge optimale.**
- Le cancer du col utérin est plus fréquent chez les femmes qui n'ont pas passé de tests de dépistage du col régulièrement^{24,25,33} et chez les femmes atteintes du VIH³⁴.

- Parmi les femmes qui développent un cancer du col utérin, un grand nombre d'entre elles avaient des tests cytologiques inadéquats sur des frottis antérieurs³⁵.
- Le meilleur dispositif de collecte d'un échantillon est la spatule avec embout allongé en combinaison avec la brosse Cytobrush³⁶.
- Dans certaines régions, les résultats sont signalés utilisant le système de classification de Bethesda de 2001³⁷, mais cela varie pour chaque province et territoire.

Typage du VPH

- Une méta-analyse portant sur la littérature courante a conclu que les tests de l'ADN du VPH sont supérieurs aux tests cytologiques répétés chez les femmes qui ont des résultats d'atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée (ASCUS) sur les frottis Pap³⁸. Le Forum pancanadien sur le dépistage du col utérin recommande de procéder à un test de l'ADN du VPH dans ces cas plutôt que de répéter le test cytologique³⁹.
- Aux États-Unis, l'utilisation simultanée de la CML et de tests de l'ADN du VPH est approuvée pour le dépistage primaire, mais une telle recommandation n'existe pas au Canada.
- Le typage du VPH n'est pas utile en cas de VGE, lesquelles sont le plus probablement causées par des types non oncogènes à bas risque², ou chez les femmes présentant des LIBG ou des LIHG, en raison de la prévalence élevée des types oncogènes dans ces cas⁴⁰.
- Au Canada, à l'heure actuelle, l'accès aux tests d'ADN du VPH est limité à quelques régions.

Colposcopie

- La colposcopie doit être effectuée dans les situations suivantes :
 - présence de croissances ou de verrues visibles à l'examen clinique ou d'observations suspectes sur le col utérin;
 - obtention de résultats anormaux au test Pap, notamment :
 - ASCUS à répétition (surtout si le résultat du test de détection du VPH est positif),
 - ASCUS (ne permettent pas d'exclure la présence de lésions de haut grade histologique),
 - LIBG, lésion malpighienne intra épithéliale de bas grade histologique,
 - LIHG, lésion malpighienne intra épithéliale de haut grade histologique,
 - atypie des cellules glandulaires,
 - carcinome invasif;
 - la détection de VPH à haut risque 2 fois dans une période de 6 à 12 mois, même en présence d'une cytologie normale.
- La colposcopie de routine pour les femmes présentant des VGE n'est pas forcément bénéfique, à moins que d'autres critères (susmentionnés) soient présents⁴¹.

Test de l'application d'acide acétique

- L'application d'une solution d'acide acétique à 5 % sur la peau des voies génitales ou du col utérin pendant une à trois minutes peut faire blanchir l'épithélium infecté par le VPH. Ce test conduit toutefois à de nombreux résultats faussement positifs, tant chez les hommes que chez les femmes.
- Ce test n'est jamais recommandé pour le dépistage des verrues ano-génitales externes ou pour les lésions subcliniques, même chez les partenaires de personnes ayant obtenu des résultats anormaux au test Pap ou présentant des VGE.
- Ce test doit servir de complément à une colposcopie afin d'augmenter la visibilité des lésions subcliniques.

Anuscopie

- L'anuscopie est à envisager chez les patients présentant des verrues anales.
- Le cancer anal fait sujet d'études en utilisant le frottis de Pap anal et des épreuves virales comme méthode de dépistage. Les patients obtenant des résultats positifs sont ensuite pris en charge par une évaluation clinique par anuscopie à haute résolution. Cette approche pourrait être particulièrement importante pour les patients atteints du VIH.

Urétroscopie

- L'urétroscopie est à envisager chez les patients présentant des verrues urétrales considérables et à qui on peut difficilement administrer les autres formes de traitement.

Précaution

Verrues atypiques ou verrues qui ne guérissent pas

- **Soupçonner une néoplasie si l'un des facteurs suivants est présent :**
 - lésions pigmentées;
 - saignements;
 - ulcération persistante;
 - prurit persistant;
 - lésions récalcitrantes.
- **Dans le cas des patients présentant des lésions suspectes, une biopsie devrait être considérée. Consulter un collègue ayant une expertise dans ce domaine.**



Prise en charge

- Il n'existe pas de traitement permettant d'enrayer le VPH.
- Chez les adolescents et les jeunes adultes, l'immunité à médiation cellulaire enraie la plupart des infections au VPH avec le temps.
- Le taux de persistance et de récurrence des verrues est souvent élevé, mais plus de 90 % des patients ayant déjà eu des VGE bénéficient d'une résolution spontanée complète en deux ans, avec ou sans traitement. Cependant, la disparition des verrues n'est pas synonyme d'éradication du VPH.
- La résolution spontanée des lésions cervicales avoisine les 90 à 95 %. La réussite du traitement des anomalies cervicales est souvent suivie d'une résolution du VPH. Le test de détection du VPH aide à déceler les maladies résiduelles de haut grade et les lésions cervicales récurrentes de haut grade⁴².

Traitement

VGE chez les hommes et les femmes

- Avec tous les traitements disponibles, de nouvelles lésions peuvent apparaître sur des sites antérieurement traités. Elles peuvent également apparaître sur des sites différents, à raison d'une fréquence comprise entre 20 et 30 %⁴³.
- Tous les traitements sont associés à des réactions cutanées locales qu'il est possible d'atténuer en diminuant l'intensité du traitement.
- Il est difficile de déterminer le taux d'efficacité des traitements en raison du manque d'uniformité des essais cliniques.

Tableau 3. Traitements appliqués par les patients

Traitement	Taux de récurrence	Problèmes d'innocuité	Commentaires
<p>Imiquimod [A-I]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applications par le patient 3 fois par semaine (espacées d'au moins une journée entre chaque application) pendant un maximum de 16 semaines. • À laver 6 à 8 heures après l'application. 	<p>Les taux de récurrence sont inférieurs (10 %) à ceux de toute autre approche thérapeutique⁴⁴.</p>	<p>Ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.</p>	<p>Son mécanisme d'action passe par l'immunomodulation.</p>
<p>Solution de podofilox/ podophyllotoxine à 0,5 % [A-I]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer sur les verrues (et non sur la peau contiguë) toutes les 12 heures pendant 3 jours consécutifs chaque semaine (4 jours de répit)⁴⁵. • Peut être répété pendant un maximum de 6 semaines seulement, la dose totale par jour ne devrait pas dépasser 0,5 ml. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les taux de récurrence sont élevés (60 %). • Plus efficace, stable et associée à moins d'effets secondaires que la podophylline (voir le <i>tableau 4</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne doit pas être utilisée pendant la grossesse. • Ne doit pas être utilisée pour le traitement des verrues cervicales, méatales, vaginales ou anales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Application par le patient selon les directives d'un médecin. • Commercialisée au Canada sous deux noms : Wartec^{MC} et Condylina^{MC}.

Note :

Aucune étude n'a comparé ces deux options thérapeutiques.

Tableau 4. Traitements administrés par un professionnel de la santé

Traitement	Taux de récurrence	Problèmes d'innocuité	Commentaires
<p>Cryothérapie [A-] ⁴⁶⁻⁴⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azote liquide, dioxyde de carbone (glace sèche ou Histofreeze^{MC}) ou oxyde nitreux à l'aide de cryosondes • Causer un gel suffisant sur un diamètre de 1 à 2 mm autour de la lésion. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bons taux de réponse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sécuritaire pendant la grossesse • Le traitement agressif des verrues génitales peut entraîner des cicatrices. 	<ul style="list-style-type: none"> • La destruction de la peau est généralement limitée à l'épiderme.
<p>Podophylline à 10–25 % [A-]</p> <ul style="list-style-type: none"> • À appliquer sur la verrue et non sur la peau contiguë, doit être lavée de 1 à 4 heures plus tard. • Peut être répétée 1 ou 2 fois à intervalles hebdomadaires (la dose totale ne doit pas dépasser 1 à 2 ml par visite) 		<ul style="list-style-type: none"> • Ne doit pas être utilisée pendant la grossesse; le décès du fœtus a été rapporté. • Ne doit pas être utilisée pour le traitement des verrues cervicales, méatales, vaginales ou anales. • Des réactions locales fréquentes comme l'érythème, l'œdème tissulaire, les douleurs localisées, les brûlements, les démangeaisons, la sensibilité ou des réactions bulleuses ont souvent été signalées. • Une toxicité systémique a également été signalée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il faudrait lui préférer une meilleure option tels les traitements appliqués par le patient. • À utiliser uniquement si d'autres thérapies ne peuvent pas être utilisées. • Ne doit <i>jamais</i> être appliquée par le patient.

Tableau 4. Traitements administrés par un professionnel de la santé (suite)

Traitement	Taux de récurrence	Problèmes d'innocuité	Commentaires
<p>Acide bichloro ou trichloracétique [A-]^{47,48}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répéter chaque semaine pendant 6 à 8 semaines. • Les solutions de 50 à 80 % avec 70 % d'alcool sont les plus efficaces. • N'a pas besoin d'être lavé. 		<ul style="list-style-type: none"> • Sécuritaire pendant la grossesse. • Produit caustique pouvant causer des vésicules et des ulcérations. 	<ul style="list-style-type: none"> • La peau saine doit être protégée avec de la gelée de pétrole blanche, un onguent de xylocaïne à 2 % ou un mélange eutectique de lidocaïne et de crème à la prilocaïne.
<p>Électro-fulguration, ablation au laser à CO₂, excision⁴⁹</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bons taux de réponse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comme il n'est pas possible de bien contrôler la profondeur de la thérapie, cette dernière peut causer des lésions et des cicatrices. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ces options thérapeutiques sont destinées aux verrues génitales, périnéales ou anales importantes.

Note : On peut utiliser une analgésie topique avec de la lidocaïne ou un mélange eutectique de crème de lidocaïne et de prilocaïne pour calmer la douleur suscitée par les traitements administrés dans une clinique médicale.

Lésions externes importantes, de grande taille ou résistantes, et lésions internes y compris des verrues vaginales, cervicales, anales, urétrales et méatales.

- Il convient d'orienter les patients vers un collègue ayant une expertise dans ce domaine. Le laser à CO₂, l'acide trichloracétique, l'électroexcision, l'excision au ciseau et la fulguration peuvent requérir une anesthésie générale ou locale. De faibles taux de complications sont prévus si ces thérapies sont administrées par un médecin expérimenté.
- Les patients infectés par le VIH présentent souvent d'importantes verrues ano-génitales répondant peu au traitement.
- Les traitements suivants ne sont pas recommandés :
 - interféron bêta (Intron-A^{MC});
 - sensibilisation au dinitrochlorobenzène;
 - cidofovir;
 - acide rétinoïque;
 - immunothérapie par des vaccins autogènes;
 - crème de 5-fluoro-uracile à 5 %.

Partenaires masculins des femmes présentant des résultats anormaux au test Pap

- Étant donné que les résultats anormaux aux frottis de Pap résultent le plus souvent d'une réactivation d'une souche oncogène latente, aucun suivi clinique n'est requis pour les partenaires asymptomatiques de sexe masculin. Autrefois, ces hommes étaient soumis au test d'application d'acide acétique sur les voies génitales, puis au traitement des lésions subcliniques. Aucune donnée n'appuie cette approche [D-III]⁴¹.

Lésions subcliniques

- Les lésions subcliniques ne peuvent être visibles qu'après l'examen ou l'application d'acide acétique pour déceler les zones blanches. Aucune prise en charge précise n'est recommandée ou nécessaire pour les lésions subcliniques situées sur la peau ano-génitale externe, car cela n'influe ni sur la récurrence des verrues cliniques, ni sur leur transmission aux partenaires [D-III].

Prise en considération d'autres ITS

- Voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement ».
- Dans le cas des patients présentant des condylomes acuminés, un frottis cervical anormal et des facteurs de risque d'ITS, prélever des échantillons pour le diagnostic de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae*.
- Le counselling et le dépistage pour le VIH sont recommandés (voir le chapitre « Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) »).
- L'immunisation contre l'hépatite B est recommandée (voir le chapitre « Infections au virus de l'hépatite B »).
- Envisager de prélever un échantillon de sang pour effectuer des tests sérologiques de la syphilis (voir le chapitre « Syphilis »).
- En cas de *condylomata lata*, il faudrait envisager prélever un échantillon de sang pour effectuer des tests sérologiques de la syphilis (voir le chapitre « Syphilis »).

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- L'infection au VPH n'est pas une maladie à déclaration obligatoire au Canada.
- Les recommandations standards relativement aux autres ITS pour la notification aux partenaires ne sont pas utiles pour diminuer le risque de transmission du VPH.
- Il faut encourager les patients à informer leurs partenaires sexuels qu'ils ont ou ont déjà eu des verrues génitales ou un frottis de Pap anormal, mais rien ne prouve que cette démarche diminue le risque pour les partenaires.
- Le traitement ou l'orientation des partenaires asymptomatiques ne sont pas indiqués⁴¹.

Suivi

- Une fois les verrues génitales guéries, effectuer un suivi de routine avec le dépistage cervical chez les femmes, avec ou sans épreuves de l'ADN du VPH, selon les recommandations des lignes directrices provinciales ou territoriales.
- La perte de vue en cours de suivi du traitement, à la suite de résultats anormaux des examens cytologiques cervicaux, est un problème important; sa fréquence atteint en effet 40 % dans certaines régions⁵⁰⁻⁵².

Considérations spéciales

Patients atteints du VIH

- Les patients infectés par le VIH doivent recevoir des soins spéciaux. Un suivi conjoint avec un collègue ayant une expertise en la matière pourrait être indiqué.

Enfants et femmes enceintes

- Il convient de consulter un collègue ayant une expertise dans ce domaine, car les aspects psychologiques et la prise en charge de l'infection peuvent être difficiles.
- **Envisager l'éventualité d'abus sexuel si un enfant âgé de plus de 18 mois présente des verrues génitales, et en particulier un enfant de plus de 2 ans (voir le chapitre « *Abus sexuels à l'égard d'enfants impubères et prépubères* »).**
- La césarienne n'est pas recommandée, sauf si les verrues obstruent la filière pelvienne⁴¹. Près de la moitié des cas de condylomes associés à une grossesse régressent spontanément pendant les trois premiers mois suivant l'accouchement.

Infestations ectoparasitaires (Pédiculose Pubienne, Gale)

janvier 2008

Pédiculose pubienne	1
Étiologie/épidémiologie	1
Prévention	1
Manifestations	1
Diagnostic	1
Prise en charge	2
Traitement	2
Considérations spéciales	2
Gale	3
Étiologie/épidémiologie	3
Prévention	3
Manifestations	3
Diagnostic	3
Prise en charge	4
Traitement	4
Considérations spéciales	4
Prise en considération d'autres ITS	5
Déclaration des cas et notification aux partenaires	5
Suivi	5

INFESTATIONS ECTOPARASITAIRES (PÉDICULOSE PUBIENNE, GALE)

PÉDICULOSE PUBIENNE

Étiologie/épidémiologie

- Cause : *Phthirus pubis* (pédiculose pubienne ou morpion).
- Les humains constituent le seul réservoir de l'infestation.
- Durée de vie plus courte lorsque le parasite n'est pas sur l'hôte (24 heures) que les poux de tête (plusieurs jours).
- Généralement présents dans les poils du pubis, ils peuvent toutefois se retrouver aussi dans les poils de la poitrine ou des aisselles, les cils ou les poils du visage.
- Ils se transmettent par contacts de personne à personne, que ceux-ci soient sexuels ou non¹.

Prévention

- Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes liés aux ITS ou à la contraception, les professionnels de la santé devraient saisir cette occasion pour éduquer celui-ci sur les pratiques sexuelles à risques réduits et l'encourager à les utiliser de façon constante.
- Au moment du diagnostic, passer en revue et vérifier les mesures de prévention.
- Déterminer les obstacles aux mesures préventives et les moyens de les surmonter.
- Voir aussi le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* ».

Manifestations²

- Le prurit, le grattage, l'érythème, l'irritation et l'inflammation cutanée sont dus à une réaction aux piqûres de morpions.
- Des petits points bleus peuvent apparaître parfois là où il y a eu les piqûres de morpions.
- Une infestation importante peut être associée à une fièvre légère et à un malaise.
- Le grattage peut causer une infection cutanée bactérienne secondaire.

Diagnostic

- Le diagnostic doit être basé sur les antécédents du patient et l'indice de suspicion.
- Examiner attentivement le patient pour vérifier la présence de poux adultes ou d'œufs (lentes). Vérifier la présence de croûtes et de lentes dans les poils; les croûtes peuvent être des poux adultes. Les lentes se collent aux poils et ne se détachent pas librement comme des pellicules.

Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

- S'il y a lieu, prélever des lentes ou des croûtes dans un contenant pour les soumettre à un examen microscopique.

Prise en charge

- Vêtements, literie et vecteurs passifs : le lavage à l'eau chaude (50 °C) ou le nettoyage à sec tuent les morpions à tous les stades de leur croissance. On peut aussi mettre les articles contaminés dans des sacs en plastique pendant une semaine.
- Passer l'aspirateur sur les matelas.
- Tout partenaire sexuel avec qui il y a eu relation au cours du dernier mois devrait être traité.
- En l'absence d'amélioration clinique, le traitement peut être recommencé après une semaine. Le prurit peut être soulagé avec des antihistaminiques tels que l'hydroxyzine ou la diphenhydramine, ou encore avec des corticostéroïdes topiques à faible dose².

Traitement

- Laver la région affectée et appliquer un pédiculocide (sous forme de crème, de lotion ou de shampoing) en suivant le mode d'emploi qui se trouve sur l'emballage.
 - **Crème de perméthrine à 1 % [A-I]**
 - OU
 - **Shampoing de pyréthrine-pipéronyl butoxyde à 0,33 % [A-I]**
 - OU
 - **Shampoing de lindane à 1 % [A-I]^{2,3}.**
- Si nécessaire, le traitement peut être répété de 3 à 7 jours plus tard.

Considérations spéciales

- **La pédiculose des cils ne doit pas être traitée avec de la perméthrine, de la pyréthrine ou du lindane².** Traitement recommandé : recouvrir d'une pommade ophtalmique jusqu'au bord des paupières, deux fois par jour, pendant 10 jours.
- **Le gamma hexachlorure de benzène (lindane) peut être neurotoxique. Il faut suivre à la lettre le mode d'emploi pour réduire au minimum le risque de toxicité³. Il est contre-indiqué chez les enfants de moins de 2 ans, chez les femmes enceintes ou celles qui allaitent, ainsi que chez les patients présentant une dermatite étendue.**
- L'efficacité de la crème de perméthrine est similaire à celle du lindane à 1 %, tout en étant moins toxique et en ayant des taux de guérison supérieurs à 80 %³.
- Le prurit peut persister pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines après le traitement.
- Pour les patients dont la peau présente des excoriations ou d'autres conditions affectant l'intégrité de la peau, envisager un ajustement posologique afin de compenser pour l'augmentation de l'absorption des agents topiques.
- (Voir ci-dessous, les sections « Prise en considération d'autres ITS », « Déclaration des cas et notification aux partenaires » et « Suivi ».)

GALE

Étiologie/épidémiologie

- Cause : *Sarcoptes scabiei*.
- La période d'incubation est de trois semaines, mais la réinfestation provoque des symptômes immédiats (1 à 3 jours)¹.
- Transmission :
 - rarement dans le cadre de relations sexuelles, le plus souvent par contact de personne à personne (p. ex., au sein de familles ou dans des institutions)⁴;
 - peut se faire par le partage d'articles personnels (vêtements, literie);
 - la transmission sexuelle est possible, mais le contact doit durer un certain temps.

Prévention

- Lorsqu'un patient consulte pour des problèmes liés aux ITS ou à la contraception, les professionnels de la santé devraient saisir cette occasion pour éduquer celui-ci sur les pratiques sexuelles à risques réduits et l'encourager à les utiliser de façon constante.
- Au moment du diagnostic, passer en revue et vérifier les mesures de prévention.
- Déterminer les obstacles aux mesures préventives et les moyens de les surmonter.
- Voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* ».

Manifestations

- Prurit intense pendant la nuit.
- Sillons creusés sous la peau.
- Lésions affectant les mains (entre les doigts ou sur le côté des doigts), les surfaces de flexion des poignets, les aisselles, la taille, l'aréole du mamelon, la région autour du nombril et les organes génitaux masculins⁵.
- Les papules ou nodules résultant du prurit affectent souvent les parties génitales.
- Pyodermite du pénis.
- Les patients atteints du VIH peuvent présenter une forme atypique de la gale avec atteinte prononcée ou lésions croûtées, appelée « gale norvégienne »⁶.

Diagnostic

- Le diagnostic doit être basé sur les antécédents du patient, l'indice de suspicion et l'examen médical.
- Le diagnostic est souvent difficile et, par conséquent, tardif.

Prélèvement d'échantillons et diagnostic de laboratoire

- S'il y a lieu, prélever de la peau par grattage sur un sillon cutané de manière à extraire un sarcopte ou un œuf pour le soumettre à un examen microscopique¹.
- Test à l'encre imprégnant les sillons de gale : appliquer de l'encre de Chine ou un feutre lavable à l'extérieur d'un sillon, puis essuyer la peau avec de l'alcool. Il est ainsi possible de repérer les sillons de gale qui auront absorbé l'encre².

Prise en charge

- Vêtements, literie et vecteurs passifs : le lavage à l'eau chaude (50 °C) ou le nettoyage à sec tuent le micro-organisme à tous les stades de sa croissance. On peut aussi mettre les articles contaminés dans des sacs en plastique entre trois jours et une semaine¹.
- Passer l'aspirateur sur les matelas.
- Toutes les personnes vivant sous le même toit et tout partenaire sexuel récent avec qui il y a eu contact au cours du dernier mois devraient aussi recevoir un traitement.
- Le prurit peut persister pendant plusieurs semaines. Il peut être soulagé avec des antihistaminiques et des corticostéroïdes topiques à faible dose.

Traitement

- **Crème de perméthrine à 5 % [A-I]**^{2,3,7}.
 - Appliquer sur le corps, à partir du cou jusqu'aux pieds; laisser pendant 8 à 14 heures; se doucher et mettre des vêtements propres.OU
- **Crème ou lotion de gamma hexachlorure de benzène (lindane) à 1 % [A-I]**^{2,3,7,8}.
 - Appliquer sur le corps, à partir du cou jusqu'aux pieds; laisser pendant 8 heures; se doucher et mettre des vêtements propres.
 - Risque de toxicité supérieure à celui de la perméthrine.
 - **Contre-indiqué chez les enfants de moins de 2 ans, chez les femmes enceintes ou celles qui allaitent, ainsi que chez les patients présentant une dermatite étendue.**
- Autres traitements :
 - **Crème de crotamitone à 10 % [A-I]** (moins efficace que la perméthrine ou le lindane)^{7,9}.
Ce produit est offert par le Programme d'accès spécial aux médicaments (PAS) de Santé Canada
 - Appliquer chaque soir, pendant deux jours, et bien se laver 24 heures après la dernière application.OU
- **Soufre en gelée de pétrole à 5 % [A-I]** (moins efficace que la perméthrine ou le lindane)^{7,9}.
 - Appliquer chaque soir, pendant 3 jours, et bien se laver 24 heures après la dernière application.

Considérations spéciales

- **En cas de grossesse, seule la perméthrine peut être utilisée².**
- **Le gamma hexachlorure de benzène (lindane) peut être neurotoxique. Il faut suivre à la lettre le mode d'emploi pour réduire au minimum le risque de toxicité³. Il est contre-indiqué chez les enfants de moins de 2 ans, chez les femmes enceintes ou celles qui allaitent, ainsi que chez les patients présentant une dermatite étendue.**
- Pour les patients dont la peau présente des excoriations ou d'autres conditions affectant l'intégrité de la peau, envisager un ajustement posologique afin de compenser pour l'augmentation de l'absorption des agents topiques.

Prise en considération d'autres ITS

- Voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* ».
- Prélever des échantillons pour diagnostiquer toute infection à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhœae*.
- Prélever un échantillon de sang pour effectuer des analyses pour la syphilis (voir le chapitre « *Syphilis* »).
- Le counselling et le dépistage pour le VIH sont recommandés (voir le chapitre « *Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)* »).
- L'immunisation contre l'hépatite B est recommandée, à moins que le patient soit déjà immun (voir le chapitre « *Infections au virus de l'Hépatite B* »).

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- La pédiculose pubienne et la gale ne sont pas des maladies à déclaration obligatoire aux départements de santé publique locaux.
- La notification aux partenaires pour les infestations ectoparasitaires n'est pas requise.

Suivi

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

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

janvier 2008

Étiologie	1
Épidémiologie	1
Prévention	1
Manifestations	2
Diagnostic	3
Prise en charge	6
Traitement	7
Prise en considération d'autres ITS	7
Déclaration des cas et notification aux partenaires	8
Suivi	8
Considérations spéciales	8

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE (LGV)

Étiologie

- Causée par les sérotypes L1, L2, L3 de *Chlamydia trachomatis*.
- La LGV peut se transmettre par contact sexuel vaginal, anal ou oral.

Epidemiology

- Infection transmissible sexuellement généralement peu fréquemment rapportée au Canada.
- Endémique dans certaines régions de l'Afrique, de l'Asie, de l'Amérique du Sud et des Caraïbes¹; considérée comme la cause de 2 à 10 % des ulcères génitaux dans certaines régions de l'Inde et de l'Afrique².
- **Relativement rare dans les pays industrialisés; jusqu'à récemment, la plupart des personnes atteintes avaient contracté l'infection dans des régions où celle-ci est endémique.**
- Cependant, on a commencé à signaler des flambées touchant des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) aux Pays-Bas en 2003³, avec des cas signalés en Belgique⁴, en France⁵, en Allemagne, en Suède⁴, au R.-U.⁶, aux É.-U.^{7,8} et au Canada⁹.
- La LGV n'est pas à déclaration obligatoire à l'échelle nationale aux États-Unis ni au Canada. À la lumière des alertes émises, des cas de LGV ont commencé à être signalés aux É.-U.^{7,8} et au Canada⁹.
- Des flambées récentes signalées parmi des HARSAH ont été associées à d'autres ITS concomitantes comme le VIH, l'hépatite C et à la participation à des relations sexuelles occasionnelles telle que lors de soirées « cuir » et à des pratiques à risques élevés comme la pénétration anale du poing ou « fisting »^{3,4}.
- **La LGV peut augmenter les risques de contracter ou de transmettre le VIH, d'autres ITS et d'autres pathogènes à diffusion hématogène.**
- Dans la déclaration obligatoire de la *Chlamydia trachomatis*, on ne fait pas de distinction entre les sérotypes causant la LGV et les sérotypes causant des infections autres que la LGV. Par conséquent, l'incidence de la LGV à l'échelle nationale est inconnue; toutefois, un système de surveillance nationale accrue a été mis en place en février 2005 par l'Agence de la santé publique du Canada en partenariat avec les départements de santé publique provinciaux et territoriaux.

Prévention

- Utilisation de condoms ou d'autres méthodes barrières¹⁰ lors de relations sexuelles vaginales, anales et oro-génitales.
- L'inoculation extragénitale est possible¹, donc le contact sexuel oral non protégé n'est pas une pratique sexuelle sécuritaire pour la prévention de la LGV.
- Réduire au minimum ou éviter les activités sexuelles susceptibles de causer des lésions des muqueuses (p. ex., le « fisting ») qui pourraient favoriser la transmission¹¹. Éviter de partager des jouets sexuels et les nettoyer avant de les utiliser.
- Voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement ».

Manifestations

- Contrairement à d'autres sérotypes de *Chlamydia trachomatis* (A-K), les souches de la LGV sont plus invasives et touchent de préférence le tissu lymphoïde³.
- Se divise généralement en trois stades (voir le *Tableau 1*)¹.

Tableau 1. Manifestations

LGV primaire	<ul style="list-style-type: none"> • Période d'incubation de 3 à 30 jours. • Petite papule non douloureuse (1 à 6 mm) au site d'inoculation (vulve, vagin, pénis, rectum, cavité orale, parfois au niveau du col utérin) s'ulcérant parfois. • L'infection se résout spontanément et peut passer inaperçue chez 50 % des personnes atteintes¹.
LGV secondaire	<ul style="list-style-type: none"> • Commence dans les 2 à 6 semaines suivant la lésion primaire². • Souvent accompagnée de symptômes systémiques significatifs comme une fièvre de faible grade, des frissons, des malaises, des myalgies, des arthralgies; parfois accompagnée d'arthrite, d'une pneumonite ou d'une hépatite/périhépatite; rarement associé à des lésions cardiaques, une méningite aseptique et des lésions oculaires inflammatoires². • Présence d'abcès et d'écoulement d'une fistule sont possibles (moins du tiers des patients). • Touche les ganglions lymphatiques et/ou l'anus et le rectum.
LGV secondaire causant une adénopathie	<ul style="list-style-type: none"> • La LGV secondaire inguinale ou fémorale est la forme la plus courante; elle se caractérise par une adénopathie inguinale et (ou) fémorale douloureuse (unilatérale dans une proportion allant de la moitié aux deux tiers des cas) appelés bubons. • « Signe du sillon », qui se traduit par des ganglions inguinaux et fémoraux de part et d'autre du ligament inguinal (a déjà été considéré comme pathognomonique de la LGV). • D'autre adénopathie peut survenir dépendant du site d'inoculation (p. ex., adénopathie cervicale consécutive à l'inoculation lors de relations sexuelles orales).
LGV secondaire causant des symptômes ano-rectaux	<ul style="list-style-type: none"> • Caractérisée par une rectite hémorragique aiguë. • Symptômes de la rectocolite. • Les écoulements muqueux, purulents ou sanguins de l'anus et la constipation sont des symptômes fréquents^{3,9,10,12}.
LGV tertiaire (LGV chronique dans 10 à 20 % des cas non traités)	<ul style="list-style-type: none"> • Plus fréquente chez les femmes. • Lésions chroniques inflammatoires qui entraînent des cicatrices : <ul style="list-style-type: none"> - obstruction lymphatique causant un éléphantiasis génital^{1,2,13}. - sténoses et fistules génitaux et rectaux. • Risque de destruction étendue des parties génitales (esthiomène).

Diagnostic

- Le diagnostic de la LGV n'est pas toujours facile à établir. Les symptômes et signes de la LGV s'apparentent beaucoup à d'autres ITS, à d'autres infections, à des réactions aux médicaments et à des tumeurs malignes. Le diagnostic s'appuie souvent sur les antécédents du patient et le tableau clinique, et est soutenu par des analyses de laboratoire, malgré le fait qu'au Canada, des tests de confirmation de la LGV soient facilement disponibles dans certains laboratoires (voir la section « *Analyses de laboratoire* », ci-dessous). Aux fins de surveillance, seuls les cas établis comme positifs par les analyses de confirmation sont considérés comme des cas confirmés de LGV⁹. Néanmoins, on peut toutefois utiliser des critères cliniques, épidémiologiques et d'analyses de laboratoire moins stricts dans la prise en charge clinique des cas et de leurs partenaires.

Interventions diagnostiques

- Anuscopie/ sigmoïdoscopie/ rectoscopie :
 - caractéristiques similaires à celles de la colite ulcéreuse;
 - rectite granulaire ou ulcéreuse.
- Aspiration des bubons :
 - les bubons causés par la LGV contiennent généralement de petites quantités de liquide laiteux;
 - leur aspiration peut nécessiter une injection de 2 à 5 ml de solution saline stérile;
 - les bubons devraient être aspirés à travers une peau saine.

Analyses de laboratoire

- Des analyses de routine pour *C. trachomatis* peuvent être positives chez les patients atteints de la LGV, mais elles ne comprennent généralement pas de typage permettant de distinguer les sérotypes LGV des sérotypes non-LGV. Pour poser un diagnostic de certitude de la LGV, il faut procéder à des analyses (de confirmation) spécifiques des sérotypes par méthode du séquençage de l'ADN ou par polymorphisme de restriction (RFLP). La plupart des laboratoires n'effectuent pas systématiquement le sérotypage, aussi faut-il leur demander de procéder à ces analyses particulières.
- La disponibilité et le type d'analyses pour la LGV varient selon le laboratoire. Certains laboratoires locaux sont en mesure de procéder aux analyses de confirmation de la LGV, mais d'autres doivent recourir aux services du Laboratoire national de microbiologie (LNM) par l'entremise de leur laboratoire provincial. Veuillez vérifier auprès de votre laboratoire local afin de connaître la façon de procéder pour le prélèvement et le transport des échantillons. Si une LGV est soupçonnée, on devrait soumettre à la fois des prélèvements par écouvillonnage et de sérum pour des analyses de laboratoire. Le LNM offre les tests sérologiques et de confirmation (séquençage de l'ADN et analyse RFLP).
- **À cause des problèmes de réactions croisées avec les tests sérologiques qui compliquent l'interprétation des résultats, la sérologie ne devrait pas être utilisée comme test de détection en l'absence d'une culture ou d'un TAAN.**

Tableau 2. Analyses de laboratoire

Type d'analyse	Spécifications des analyses	Différentiation entre les sérotypes LGV et non-LGV
Tests de détection pour <i>Chlamydia trachomatis</i> (non spécifiques aux sérotypes LGV)		
Culture	Culture de <i>C. trachomatis</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Non • Les échantillons positifs peuvent être envoyés pour une analyse RFLP ou un séquençage de l'ADN afin de déceler les sérotypes LGV.
TAAN	PCR, TMA et SDA	<ul style="list-style-type: none"> • Non • Les échantillons positifs peuvent être envoyés pour une analyse RFLP ou un séquençage de l'ADN afin de déceler les sérotypes LGV.
Sérologie	<p>Les modalités d'analyses varient selon le laboratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test de la MIF pour <i>C. trachomatis</i> : titre élevé (titre \geq 1:256) • Test de la FC pour <i>C. trachomatis</i> : positif (titre > 1:64) <ul style="list-style-type: none"> - La MIF est plus spécifique que la FC pour le diagnostic de la LGV - La FC peut poser des problèmes de réaction croisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Non • À cause de la nature invasive de la LGV, les titres sérologiques sont généralement significativement plus élevés en présence d'une infection à <i>C. trachomatis</i> de sérotype LGV que de sérotype non-LGV. • Les titres élevés peuvent être évocateurs d'une infection à LGV mais ils ne sont pas définitifs; les titres peu élevés n'éliminent pas la possibilité d'une infection à LGV actuelle ou passée.

FC = test de la fixation du complément

SDA = amplification par déplacement de séquence

LGV = lymphogranulomatose vénérienne

MIF = test de la micro immunofluorescence

PCR = réaction de polymérase en chaîne

Tableau 2. Analyses de laboratoire (suite)

Type d'analyse	Spécifications des analyses	Différentiation entre les sérotypes LGV et non-LGV
Tests spécifiques à la LGV (de confirmation)		
Séquençage de l'ADN	Identifie définitivement les sérotypes LGV	<ul style="list-style-type: none">• Oui• Les échantillons présentant des résultats positifs de <i>C. trachomatis</i> avec TAAN ou en culture peuvent être envoyés pour subir un séquençage de l'ADN*.
RFLP	Identifie définitivement les sérotypes LGV	<ul style="list-style-type: none">• Oui• Les échantillons présentant des résultats positifs de <i>C. trachomatis</i> avec TAAN ou en culture peuvent être envoyés pour subir une analyse par RFLP*.

LGV = lymphogranulomatose vénérienne

RFLP = polymorphisme de restriction

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

* Aux laboratoires qui expédient des échantillons au LNM pour des analyses de confirmation (séquençage de l'ADN ou analyse RFLP) : c'est l'échantillon original qui devrait être envoyé au LNM. Cet échantillon sera testé par PCR pour le dépistage du gène *omp1* — pour le séquençage, c'est ce produit de PCR qu'il faut envoyer.

Prélèvement d'échantillons

- Le tableau 3 décrit les types d'échantillons à recueillir pour les analyses de laboratoire décrites ci-dessus pour le diagnostic de la LGV selon les stades de l'infection.
- **Recommandations d'entreposage et de livraison des échantillons envoyés au LNM :**
 - écouvillonnages secs : entreposés et livrés congelés;
 - écouvillonnages entreposés dans des milieux de transport pour *Chlamydia trachomatis* : conserver congelés à -80 °C si on prévoit une culture, ou à -20 °C dans le cas contraire;
 - les échantillons d'urine doivent être entreposés et livrés congelés;
 - voir le chapitre intitulé « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* », pour plus de renseignements sur le prélèvement et la livraison des échantillons.

Tableau 3. Prélèvement d'échantillons

Stade de l'infection	Type d'échantillon	Analyses	Commentaires
Primaire	Écouvillonnage de la lésion	Culture ou TAAN	Étant donné que la nature invasive de la LGV ne s'est pas encore manifestée au stade primaire de l'infection, les tests sérologiques risquent d'être peu utiles.
Secondaire et tertiaire	Aspirat de bubon	Culture ou TAAN	L'identification de <i>C. trachomatis</i> dans l'aspirat de bubons est très évocateur d'une LGV, même avant ou sans l'identification des sérotypes LGV.
	Écouvillonnage rectal, vaginal, oropharyngé ou urétral	Culture ou TAAN	Au Canada, les TAAN ne sont pas officiellement approuvés pour les écouvillonnages rectaux ou oropharyngés. Il est conseillé de répéter les analyses afin de confirmer un résultat positif.
	Urine	TAAN	
	Sérologie	Test de la MIF Test de la FC	Voir le <i>tableau 2</i>

FC = test de la fixation du complément

LGV = lymphogranulomatose vénérienne

MIF = test de la micro immunofluorescence

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

Prise en charge

- Traitement avec un schéma antibiotique approprié (voir la section ci-dessous « *Traitement* »).
- L'aspiration des bubons peut soulager les symptômes, toutefois l'incision, le drainage ou l'excision des ganglions n'est pas utile et pourrait retarder la guérison.

Traitement

- Les cas soupçonnés devraient être traités de façon empirique pour la LGV dans l'attente des résultats d'analyses.

Tableau 4. Traitement de la lymphogranulomatose vénérienne

Traitement privilégié	• Doxycycline , 100 mg, p.o., 2 f.p.j. pendant 21 jours [B-II]
Autre traitement	• Érythromycine , 500 mg, p.o., 4 f.p.j. pendant 21 jours* [C-III]
Traitement possible	• Azithromycine , 1 g, p.o., une fois par semaine pendant 3 semaines† [C-III]

* La posologie de l'érythromycine s'applique à l'érythromycine base. On peut lui substituer des doses similaires d'autres préparations (**à l'exception de la formulation d'estolate d'érythromycine, qui est contre-indiquée en cas de grossesse**) ; pendant une grossesse prescrire l'érythromycine (mais PAS la formulation d'estolate).

† Certains experts estiment que l'azithromycine est efficace dans le traitement de la LGV, mais il n'y a pas suffisamment de données cliniques pour le confirmer.

Traitement des partenaires

- Tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou la date du diagnostic (si asymptomatique) devrait se soumettre à une évaluation clinique, y compris les tests de dépistage et recevoir le traitement empirique (peu importe qu'il y ait ou non la présence de signes et symptômes) de la façon suivante :

- **Azithromycine** 1 g, p.o., en dose unique [C-III]
- OU
- **Doxycycline** 100 mg, p.o., 2 f.p.j. pendant 7 jours [C-III]

- Si les résultats des analyses confirment une infection à la LGV, traiter selon les recommandations ci-dessus pour le traitement des cas.

Prise en considération d'autres ITS

- À cause des taux de coinfection, les tests de dépistage du VIH, de la syphilis, du VHS, de la gonorrhée, de l'hépatite B et de l'hépatite C sont recommandés pour les patients atteints de la LGV (voir les chapitres respectifs portant sur ces infections pour plus de renseignements sur les analyses appropriées).
- Envisager également des tests de détection du chancre mou et de la donovanose (granulome inguinal), particulièrement si les patients ont voyagé dans des régions où ces infections sont endémiques.
- Proposer l'immunisation contre l'hépatite B aux patients qui ne sont pas immuns (voir le chapitre « Infections au virus de l'hépatite B », pour plus de renseignements).
- Profiter de l'occasion pour donner des conseils sur les pratiques sexuelles plus sécuritaires.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- L'Agence de la santé publique du Canada, en partenariat avec les provinces et les territoires, a mis en place un système de surveillance nationale accrue en février 2005.
 - Les cas de LGV devraient être signalés par les autorités locales de santé publique aux autorités régionales, provinciales ou territoriales appropriées. Celles-ci ont consenti à signaler les cas de LGV à la Section de la santé sexuelle et des ITS de l'Agence de la santé publique du Canada.
 - Le tableau 5 ci-bas présente les définitions des cas selon le système de surveillance accrue en vigueur depuis août 2005⁹.

Tableau 5. Définition des cas

Cas probable	Résultat positif d'une culture, d'un TAAN ou d'une analyse sérologique pour <i>C. trachomatis</i> et la présence d'une rectite, OU adénopathie inguinale ou fémorale, OU partenaire sexuel(le) infecté(e) par la LGV.
Cas confirmé	Présence des sérotypes L1, L2 ou L3 de <i>C. trachomatis</i> confirmée par séquençage de l'ADN ou analyse RFLP.

LGV = lymphogranulomatose vénérienne

RFLP = polymorphisme de restriction

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

- Tout partenaire avec qui le cas index a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l'apparition de symptômes ou la date du diagnostic (si asymptomatique) devrait se soumettre à une évaluation clinique, y compris les tests de détection et recevoir un traitement quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements (voir la section « *Traitement* »).

Suivi

- **Les patients devraient être suivis jusqu'à l'obtention d'un résultat de test négatif de *Chlamydia trachomatis* (test de contrôle) et leur rétablissement clinique³. Les tests sérologiques ne devraient pas être utilisés pour surveiller la réponse au traitement, car la durée de la réponse des anticorps n'a pas été définie.**
 - Un test de contrôle devrait être effectué 3 à 4 semaines après la fin du traitement efficace afin d'éviter tout résultat faussement positif dû à la présence d'organismes non viables (surtout si on a utilisé un TAAN).
- La réparation chirurgicale des dommages génitaux et rectaux dus à la LGV tertiaire pourrait être requise.

Considérations spéciales

- Si l'on se fonde sur les données limitées disponibles, le VIH semble avoir peu d'effets sur la présentation clinique de la LGV, même si quelques rares cas de présentations atypiques de la maladie ont été signalés chez des patients séropositifs¹⁴.
- L'infection risque d'être de plus longue durée chez les patients séropositifs¹⁴.
- Pendant la grossesse, utiliser de l'érythromycine (PAS les formulations d'estolate) pour le traitement de la LGV.

Syphilis

janvier 2008

Étiologie	1
Épidémiologie	1
Transmission	2
Prévention	2
Manifestations	3
Diagnostic	4
Prise en charge	7
Traitement	8
Désensibilisation à la pénicilline	12
Prise en considération d'autres ITS	13
Déclaration des cas et notification aux partenaires.....	13
Suivi	13
Considérations spéciales	16

SYPHILIS

Étiologie

- La syphilis est causée par *Treponema pallidum*, sous-espèce *pallidum*.
- *T. pallidum*, sous-espèce *pallidum*, cause la syphilis vénérienne, *T. pallidum*, sous-espèce *endemicum*, cause la syphilis endémique (béjel), *T. pallidum*, sous-espèce *pertenue*, cause le pian, tandis que *T. carateum* cause la pinta.

Épidémiologie

- Parmi les trois infections (bactériennes) transmissibles sexuellement (ITS) à déclaration obligatoire, la syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente précoce) est la moins fréquente¹.
- Entre 1994 et 2000, les taux de syphilis infectieuse observés se situaient entre 0,4 et 0,6/100 000. Depuis, ces taux ont commencé à augmenter, de telle sorte que les données préliminaires de 2006 indiquent des taux de 4,6/100 000^{1,2}.
- Le taux de syphilis infectieuse est en hausse tant chez les hommes que chez les femmes, mais de manière plus marquée chez les hommes. Ces dernières années, des flambées localisées de syphilis infectieuse ont été signalées dans plusieurs régions du monde^{3,4}, de même qu'au Canada, notamment à Vancouver, au Yukon, à Calgary, à Edmonton, à Winnipeg, à Toronto, à Ottawa, à Montréal et à Halifax^{2,5-7}.
- La majorité des flambées ont eu lieu auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et d'autres reliées à l'industrie du sexe bien que certaines infections ont été acquises localement chez des hétérosexuels n'appartenant à aucune de ces catégories. Certaines flambées importantes chez les HARSAH, principalement aux États-Unis, ont été associées à la fréquentation de partenaires sexuels anonymes rencontrés via Internet⁸.
- Selon les données de la Colombie Britannique, de l'Alberta et du Yukon, les Autochtones de ces deux provinces et de ce territoire sont affectés de manière disproportionnée par l'épidémie d'ITS. On estime que les Autochtones de ces régions géographiques représentent plus de 25 % des cas de syphilis infectieuse, bien qu'ils ne constituent qu'environ 4 % de la population canadienne. Ce genre de situation s'observe dans le contexte d'iniquités sur le plan social et de la santé.
- Entre 1994 et 2003, 5 cas de syphilis congénitale ont été signalés en Colombie Britannique⁹. En 2005 et 2006, 9 enfants sont nés en Alberta avec la syphilis congénitale⁷. À l'échelle nationale au cours de la décennie précédant 2005 les cas de syphilis congénitale déclarés étaient de 2 cas ou moins par année. Des rapports préliminaires indiquent que 8 cas ont été déclarés en 2005, et autant en 2006¹⁰.
- **La syphilis, comme les autres ITS, augmente le risque d'acquisition et de transmission du VIH.**

Transmission

- Le principal mode de transmission est le contact sexuel vaginal, anal ou oro-génital¹¹.
- Les baisers sur la bouche, le partage des aiguilles ou du matériel d'injection, les transfusions sanguines et l'inoculation accidentelle font rarement partie des voies de transmission rapportées.
- Les stades primaire, secondaire et latent précoce de la syphilis sont considérés comme infectieux, le risque de transmission étant d'environ 60 % par partenaire¹². La syphilis latente précoce est considérée comme infectieuse, car le risque de récurrence et de se retrouver au stade secondaire est de 25 %¹³.
- La majorité des nourrissons atteints de syphilis congénitale sont infectés *in utero*, mais ils peuvent également la contracter par contact avec une lésion génitale active au moment de l'accouchement. Le risque de transmission durant la grossesse chez les femmes non traitées est de 70 à 100 % dans le cas d'une syphilis primaire ou secondaire, de 40 % en présence d'une syphilis latente précoce et de 10 % dans le cas d'une syphilis latente tardive^{14,15}. Environ 40 % des grossesses chez les femmes atteintes de syphilis infectieuse se terminent par une mortinaissance¹⁶.
- Chez les mères qui allaitent, la présence de lésions syphilitiques primaires ou secondaires s'accompagne d'un risque théorique de transmission de la syphilis au nourrisson.

Prévention

- L'activité sexuelle impliquant un contact avec une muqueuse (orale, anale, génitale) est un mode de transmission possible pour la syphilis. Il est important que les professionnels de la santé communiquent de façon exacte, aux patients qui sont actifs sexuellement, les risques associés aux différents comportements sexuels, incluant les risques de transmission par contact sexuel oral et discuter de l'utilisation d'une méthode barrière lors de relations sexuelles orales (p. ex., même si le risque de transmission des ITS par contact sexuel oral est plus faible que par contact sexuel vaginal ou anal, plusieurs ITS, incluant la syphilis, peuvent être transmises par contact sexuel oral non protégé).
- Les patients asymptomatiques préoccupés par les ITS et (ou) sur le choix d'une méthode contraceptive devraient se voir offrir de l'information au sujet de l'efficacité des méthodes barrières dans la prévention des ITS/VIH et du counselling sur les pratiques sexuelles à risque réduits (voir le chapitre *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement*).
- Les personnes qui se présentent avec une préoccupation d'une infection à la syphilis (ou ITS/VIH) constitue une occasion idéale pour les professionnels de la santé à éduquer et encourager celles-ci à pratiquer en tout temps des comportements plus sécuritaires. Ces comportements comprennent, mais ne sont pas limités à l'abstinence sexuelle, la réduction du nombre de partenaires sexuels, et à l'usage adéquat et consistant des méthodes barrières. (voir le chapitre *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement*).
- Il faut déterminer les obstacles à la prévention et donner aux patients des moyens de les surmonter (voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* »).
- Les patients chez qui une infection à la syphilis est confirmée et leurs partenaires sexuels devraient s'abstenir tous les deux d'avoir des relations sexuelles non protégées, jusqu'à ce que leurs traitements soient terminés et jusqu'à l'obtention d'une réponse sérologique appropriée. (voir la section « *Suivi* »)
- La syphilis peut être transmise de la mère à l'enfant pendant la grossesse et pour cette raison le dépistage systématique de la syphilis dans la période prénatale est un moyen important de prévention. (Voir la section *Diagnostic* sous *Considérations spéciales dans le cas des femmes enceintes et des nouveau-nés* dans le présent chapitre).

- Lorsque un enfant est né d'une mère diagnostiquée avec une syphilis pendant la grossesse, et que l'enfant est placé sous les services de protection de l'enfance, l'information médicale au sujet du diagnostic de la mère peut être critique pour la protection et l'évaluation continue de l'état de santé du nouveau-né. Il est important de faciliter la collecte et la divulgation d'information ayant rapport à la santé, en accord avec les exigences provinciales et territoriales, de façon à permettre un suivi médical approprié pour l'enfant (Voir la section *Considérations spéciales* dans le présent chapitre sous *Grossesse*).

Manifestations

Tableau 1. Manifestations¹¹

Stade	Manifestations cliniques	Période d'incubation
<i>Primaire</i>	Chancres, adénopathie régionale	3 semaines (3 à 90 jours)
<i>Secondaire</i>	Éruption cutanée, fièvre, malaise, adénopathie, lésions muqueuses, condylomes plats, alopecie, méningite, céphalées, uvéite, rétinite	2 à 12 semaines (2 semaines à 6 mois)
<i>Latent</i>	Asymptomatique	Précoce : < 1 an Tardive : ≥ 1 an
<i>Tertiaire</i>		
Syphilis cardiovasculaire	Anévrisme aortique, régurgitation aortique, sténose ostiale de l'artère coronaire	10 à 30 ans
Neurosyphilis	Peut être asymptomatique ou symptomatique et comprendre des céphalées, des vertiges, des modifications de la personnalité, de la démence, de l'ataxie, la présence du signe d'Argyll Robertson.	< 2 ans à 20 ans
Gomme	Destruction des tissus de n'importe quel organe; les manifestations dépendent alors de l'organe touché	De 1 à 46 ans (15 ans dans la plupart des cas)
<i>Congénital</i>		
Précoce	Peut être asymptomatique dans les 2/3 des cas. Infection fulminante disséminée, lésions mucocutanées, ostéochondrite, anémie, hépatosplénomégalie, neurosyphilis	Survenue en < 2 ans
Tardif	Kératite interstitielle, adénopathie, hépatosplénomégalie, lésions osseuses, anémie, dents de Hutchinson, neurosyphilis	Persistance > 2 ans après la naissance

Diagnostic

Facteurs de risque

Il faut envisager un diagnostic de syphilis pour toute personne présentant des signes ou symptômes compatibles avec la syphilis, de même que dans les personnes suivantes :

- les personnes ayant eu des contacts avec un cas avéré de syphilis;
- les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes;
- les travailleurs de l'industrie du sexe;
- les personnes vivant dans la rue et (ou) les sans-abri;
- les utilisateurs de drogues injectables;
- les personnes ayant des partenaires sexuels multiples;
- les personnes ayant des antécédents de syphilis, du VIH et d'autres ITS;
- les personnes originaires d'un pays où la prévalence de la syphilis est élevée, ou celles ayant des relations sexuelles avec des personnes de ces pays. Il convient de noter que tous les candidats à l'immigration au Canada âgés de plus de 15 ans sont systématiquement soumis au dépistage de la syphilis (à l'aide d'une analyse non tréponémique);
- les partenaires sexuels des personnes susmentionnées.

Le nombre de personnes d'origine ethnique autochtone touchées par la syphilis, dans certaines régions géographiques du Canada, est disproportionné, surtout dans les régions connaissant des flambées de syphilis infectieuse. La décision d'effectuer ou de répéter des tests de dépistage de la syphilis chez les personnes autochtones devrait se prendre en fonction de l'épidémiologie locale.

Signes et symptômes

- Antécédents courants ou antérieurs de lésions ou d'éruption cutanée (voir la section *Manifestations*, plus haut).
- Un pourcentage élevé de personnes ne se souviennent pas avoir eu un chancre primaire¹¹.
- Les signes et symptômes peuvent être différents en présence d'une co-infection au VIH¹⁷.

Considérations spéciales dans le cas des femmes enceintes et des nouveau-nés

- **Étant donné la résurgence de la syphilis au Canada, le dépistage universel est primordial pour toutes les femmes enceintes, lequel fait partie des soins de routine dans la plupart des régions.**
- Idéalement, le dépistage devrait être effectué pendant le premier trimestre de la grossesse, puis être refait entre la 28^e et 32^e semaine de grossesse, et de nouveau au moment de l'accouchement chez les femmes présentant un risque élevé de contracter la syphilis (voir la section « *Facteurs de risque* » ci-dessus) ou dans les régions où des flambées de syphilis sont observées chez les hétérosexuels.
- Toute femme accouchant d'un enfant mort-né à $\geq 20^{\text{e}}$ semaine de grossesse devrait subir un test de dépistage de la syphilis.
- Aucun nouveau-né ne devrait recevoir son congé de l'hôpital avant d'avoir reçu la confirmation que soit, la mère ou le nouveau-né, a subi des tests sérologiques pour la syphilis pendant la grossesse ou au moment du travail ou de l'accouchement.
- Les nourrissons présentant des signes ou symptômes compatibles à une syphilis congénitale précoce devraient subir un test de détection pour la syphilis.

Diagnostic de laboratoire

- **L'interprétation des tests sérologiques de la syphilis devrait se faire en consultation avec un collègue ayant une expertise dans ce domaine (voir le tableau 2).**
- Il faut chercher à obtenir et à documenter le plus de renseignements portant sur les antécédents de traitement de la syphilis et tous les résultats sérologiques antérieurs afin d'éviter un traitement qui ne serait pas nécessaire.

Prélèvement d'échantillons

- Microscopie à fond noir, immunofluorescence directe/indirecte (IFD/IFI) ou PCR (pour connaître les tests offerts dans votre région, communiquer avec votre laboratoire local). Elles permettent de visualiser *T. pallidum* prélevé sur des chancres de syphilis primaire et sur certaines lésions de syphilis secondaire (p. ex., condylomes plats).
- La microscopie au fond noir n'est pas fiable pour les lésions buccales et rectales, car ces régions peuvent contenir des tréponèmes non pathogènes. Pour ces échantillons un test de détection par immunofluorescence directe pour *T. pallidum* devrait être utilisé.
- La réaction de polymérisation en chaîne (PCR) n'est offerte que par certains laboratoires spécialisés, parmi lesquels le Laboratoire national de microbiologie.

Sérologie

- Le dépistage de la syphilis comprenait traditionnellement une analyse non tréponémique comme le test rapide de la réagine plasmatique (RPR), suivi des analyses tréponémiques de confirmation si le test non tréponémique s'avérait positif. Cependant, le résultat de l'analyse non tréponémique risque d'être négatif chez les patients susceptibles d'avoir une syphilis primaire ou latente tardive. C'est pourquoi il convient alors d'ajouter une analyse tréponémique au dépistage initial ou, dans le cas d'une syphilis primaire, de refaire l'analyse tréponémique deux à quatre semaines plus tard. Dans les régions connaissant des flambées de syphilis, il pourrait être pertinent de faire le dépistage de base avec les analyses tréponémiques et non tréponémiques.
- L'introduction des analyses tréponémiques pour les anticorps IgG/IgM, comme l'essai immuno-enzymatique (EIA), pourrait offrir une méthode plus sensible pour le dépistage de la syphilis. Bien que les essais immuno-enzymatiques soient très sensibles, ils peuvent manquer de spécificité, par conséquent si l'analyse ELISA tréponémique s'avère positive, une analyse confirmatoire par un deuxième test tréponémique est requise (p. ex., TP-PA, MHA-TP, FTA-ABS).
- Les analyses non tréponémiques comprennent le RPR, le VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) et le test non tréponémique au rouge de toluidine (TRUST).
- Les titres d'anticorps non tréponémiques sont généralement corrélés à l'activité de la maladie et servent à surveiller la réponse au traitement et pour évaluer la réinfection.
- Les analyses tréponémiques comprennent le test d'agglutination passive de *Treponema pallidum* (TP-PA), le test d'immunofluorescence indirecte de *Treponema pallidum* (FTA-ABS) et l'EIA pour déceler les anticorps IgG et IgM.
- Les analyses tréponémiques (p. ex., FTA-ABS, MHA-TP et EIA) continuent généralement d'être réactives pendant le reste de la vie des patients, même si le patient est traité, cependant de 15 à 20 % de ceux-ci présentent une séroréversion s'ils sont traités pendant le stade primaire de la maladie.

Tableau 2. Guide d'interprétation des analyses sérologiques de la syphilis

Résultats des analyses sanguines ou sériques			Affection la plus probable
Analyse non tréponémique : RPR/VDRL	Analyse tréponémique : TP-PA	Analyse tréponémique : FTA-ABS	
NR	NR	R	Syphilis primaire avec antécédents/trouvailles cliniques compatibles
R <i>(les dilutions peuvent varier)</i>	R	R	<ul style="list-style-type: none"> • Syphilis infectieuse (primaire, secondaire, latente précoce), surtout si le titre est > 1:8 <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syphilis traitée depuis longtemps (surtout si le titre est < 1:8) <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi de la syphilis traitée <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chez les personnes provenant de régions endémiques : pian (p. ex., Caraïbes), pinta (p. ex., Amérique centrale) ou bégel
NR	R	R	<ul style="list-style-type: none"> • Généralement syphilis traitée <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infection précoce (syphilis primaire précoce) <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syphilis latente tardive <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chez les personnes provenant de régions endémiques : pian (p. ex., Caraïbes), pinta (p. ex., Amérique centrale) ou bégel <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Lyme
R	NR	NR	Analyse sérologique faussement positive* (répéter 3 à 4 semaines plus tard)

FTA-ABS = test par immunofluorescence indirecte de *Treponema pallidum*

NR = non réactif

R = réactif

RPR = test rapide de la réagine plasmatique

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

VDRL = test non tréponémique VDRL

* Parmi les causes d'analyses sérologiques de la syphilis faussement positive, on trouve certains collagénoses vasculaires, la grossesse, l'utilisation de drogues injectables, etc.

Liquide céphalo-rachidien

- Les critères pour l'examen du liquide céphalo-rachidien (LCR) sont les suivants :
 - présence de symptômes ou de signes neurologiques ou ophtalmiques;
 - syphilis congénitale;
 - patients déjà traités, mais qui ne présentent pas une réponse sérologique adéquate au traitement;
 - syphilis tertiaire¹⁸;
 - les patients atteints du VIH avec des signes ou des symptômes neurologiques, une syphilis latente tardive, un RPR \geq 1:32 dilutions, des taux de lymphocytes CD4 $<$ 350/ μ L ou une syphilis traitée accompagnée d'une baisse sous-optimale des titres VDRL/RPR. Certains experts recommandent un examen du LCR chez tout patient infecté par le VIH¹⁹;
 - Certains experts recommandent un examen du LCR chez tout patient présentant un RPR \geq 1:32 dilutions¹⁹.
- L'examen du LCR devrait comprendre la numération cellulaire et la formule leucocytaire différentielle, la présence de protéine, le VDRL et (ou) le FTA-ABS.
- Le LCR-VDRL est très spécifique, mais non sensible.
- Le FTA-ABS du LCR est très sensible mais non spécifique pour la neurosyphilis; un test FTA-ABS négatif dans le LCR peut aider à exclure un diagnostic de neurosyphilis^{18,20-22}.
- Le diagnostic de la neurosyphilis est généralement posé en présence d'une combinaison de résultats sérologiques réactifs, d'anomalies de la numération cellulaire ou de taux de protéines dans le LCR, ou d'un VDRL réactif dans le LCR, en présence ou non de manifestations cliniques.

Prise en charge

Syphilis primaire et secondaire

- Essayer d'obtenir des prélèvements des lésions primaires ou secondaires pour le microscope au fond noir et (ou) par IFD/IFI pour déceler *T. pallidum*.
- Il faut également prélever les ulcères pour le virus Herpes simplex et (ou) le chancre mou (si cela convient sur le plan épidémiologique) et (ou) la lymphogranulomatose vénérienne (si cela convient sur le plan épidémiologique).
- La sérologie devrait inclure des analyses tréponémiques et non tréponémiques afin d'établir le diagnostic. Notons que les analyses tréponémiques et non tréponémiques peuvent être négatives dans la période précoce de la syphilis primaire. Les tests sérologiques devraient être répétés dans deux à quatre semaines si des résultats au microscope au fond noir ou en IFD/IFI sont négatifs, et (ou) si aucun traitement n'a été administré. Si le suivi ne peut être garanti, il conviendrait d'administrer un traitement empirique pour la syphilis primaire.

Syphilis latente

- Sérologie : tant les analyses tréponémiques que non tréponémiques afin d'établir le diagnostic; il convient de souligner qu'un test non tréponémique négatif ne permet pas d'exclure un diagnostic de syphilis latente.
- Tous les patients devraient passer un examen physique, y compris un examen neurologique, afin d'évaluer la présence de signes de syphilis tertiaire. Il conviendrait d'effectuer une radiographie thoracique pour évaluer la présence de syphilis cardiovasculaire (p. ex., anévrisme de l'aorte ascendante).
- Une ponction lombaire peut être appropriée (voir la section « *Liquide céphalo-rachidien* »)
- Traiter en fonction du stade de la syphilis.

Syphilis tertiaire

- Sérologie : tant les analyses tréponémiques que non tréponémiques afin d'établir le diagnostic; notons qu'un test non tréponémique négatif ne permet pas d'exclure un diagnostic de syphilis tertiaire.
- Tous les patients chez qui on soupçonne une syphilis tertiaire devraient passer un examen du LCR.
 - Si l'examen du LCR n'est pas compatible avec une infection du système nerveux central (SNC), traiter l'infection comme s'il s'agissait d'une syphilis latente tardive.
 - Si l'examen du LCR est compatible avec une infection du SNC, traiter l'infection comme s'il s'agissait de la neurosyphilis.

Syphilis congénitale

- Obtenir des échantillons veineux de la mère et du bébé (noter que le sang ombilical ne convient pas) pour les analyses sérologiques (analyses tréponémiques et non tréponémiques).
 - L'interprétation des anticorps réactifs chez le nouveau-né devrait prendre en considération les antécédents de la mère, y compris le stade de la syphilis, les antécédents thérapeutiques et les résultats des tests sérologiques de la syphilis.
- Des prélèvements de placenta, d'écoulements nasaux du nouveau-né ou de lésions cutanées peuvent être examinés au microscope à fond noir ou par IFD/IFI pour *T. pallidum*.
- L'examen du LCR devrait être effectué pour tout nourrisson chez qui une syphilis congénitale est soupçonnée.
- Des radiographies des os longs devraient être effectuées.

Traitement

- Bien que les schémas thérapeutiques à base d'injections intramusculaires quotidiennes de pénicilline-procaïne pendant 10 à 14 jours soient aussi efficaces que les schémas à base de pénicilline G benzathine, cette dernière est privilégiée en raison de la meilleure adhérence au traitement en raison de l'administration des doses moins fréquentes.
- La pénicilline G benzathine est disponible au Canada seulement à travers des services provinciaux/territoriaux des infections transmissibles sexuellement, lesquels se procurent le médicament de compagnies pharmaceutiques à l'extérieur du Canada dans le cadre du Programme d'accès spécial de Santé Canada, puisque ce médicament n'est plus disponible sur le marché canadien.

- Quelques juridictions ont rapportées une utilisation inappropriée de la benzylpénicilline (pénicilline G) à action brève (par voie i.m.), au lieu de la pénicilline G benzathine à action prolongée (Bicillin L A), pour le traitement de la syphilis infectieuse. Les professionnels de la santé, les pharmaciens et les agents responsables des achats devraient porter une attention spéciale à la similarité entre les noms de ces deux produits afin de prévenir et d'éviter un traitement inapproprié et inadéquat. La pénicilline benzathine à action prolongée atteint des niveaux de concentrations sériques de pénicilline détectables pendant 2 à 4 semaines chez les adultes (sauf pour les femmes enceintes) et est requise afin de traiter la syphilis infectieuse adéquatement. Les pénicillines à action brève ne sont pas adéquates pour guérir l'infection à la syphilis.²³



Tableau 3. Traitement

Stade	Traitement privilégié [¶]	Autre traitement pour les patients allergiques à la pénicilline
<p>Tous les adultes sauf les femmes enceintes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaire • Secondaire • Latente précoce (durée < 1 an) 	<p>Pénicilline G benzathine, 2,4 millions d'unités, i.m., en dose unique^{*24-27}. [A-II; A-III pour les patients infectés par le VIH]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours^{28,29}[B-II] <p>Autres agents (à utiliser dans des circonstances exceptionnelles)[†]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone, 1 g, i.v. ou i.m., chaque jour, pendant 10 jours^{30,31}[B-II]
<p>Tous les adultes sauf les femmes enceintes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syphilis latente tardive • Syphilis latente de durée inconnue • Syphilis cardio-vasculaire et autre syphilis tertiaire sans atteinte au système nerveux central 	<p>Pénicilline G benzathine, 2,4 millions d'unités, i.m., une fois par semaine pour 3 doses^{32,33}[A II]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager une désensibilisation à la pénicilline. • Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 28 jours²⁹[B-II] <p>Autres agents (à utiliser dans des circonstances exceptionnelles)[†]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone, 1 g, i.v. ou i.m., chaque jour, pendant 10 jours³⁴[C-III]
<p>Tous les adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurosyphilis 	<p>Pénicilline G, 3 à 4 millions d'unités, i.v., toutes les 4 heures (16 à 24 millions d'unités/jour) pendant 10 à 14 jours³³[A-II]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager sérieusement une désensibilisation à la pénicilline, suivie d'un traitement par la pénicilline. • Ceftriaxone, 2 g, i.v. ou i.m., chaque jour, pendant 10 à 14 jours^{33,35,36}[B-II]
<p>Traitement épidémiologique des partenaires sexuels des 90 jours précédant la syphilis primaire, secondaire ou latente précoce^{§37}.</p>	<p>Pénicilline G benzathine, 2,4 millions d'unités, i.m., en dose unique [B-II]</p>	<p>Voir le commentaire ci-dessous au sujet de l'azithromycine[¶].</p>

[¶] Quelques juridictions ont rapportées une utilisation inappropriée de la benzylpénicilline (pénicilline G) à action brève (par voie i.m.), au lieu de la pénicilline G benzathine à action prolongée (Bicillin-L A), pour le traitement de la syphilis infectieuse. Les professionnels de la santé, les pharmaciens et les agents responsables des achats devraient porter une attention spéciale à la similarité entre les noms de ces deux produits afin de prévenir et d'éviter un traitement inapproprié et inadéquat. La pénicilline benzathine à action prolongée atteint des niveaux de concentrations sériques de pénicilline détectables pendant 2 à 4 semaines chez les adultes (sauf pour les femmes enceintes) et est requise afin de traiter la syphilis infectieuse adéquatement. Les pénicillines à action brève ne sont pas adéquates pour guérir l'infection à la syphilis²³.

* Certains experts recommandent 3 doses hebdomadaires (total de 7,2 millions d'unités) de pénicilline G benzathine pour les personnes atteintes du VIH.

[†] Les données sur l'efficacité appuyant l'emploi de ces agents sont limitées; il faut donc les utiliser dans des circonstances exceptionnelles et lorsque le suivi étroit du patient est garanti.

[§] Si le partenaire sexuel n'est pas fiable ou qu'il ne peut pas être testé, il faut alors sérieusement envisager un traitement épidémiologique.

[¶] **Azithromycine** : à la lumière des rapports récents faisant état d'échecs de l'azithromycine dans le traitement de la syphilis précoce³⁸ et du développement rapide d'une résistance de *T. pallidum*^{39,40} à l'azithromycine, cet antibiotique ne doit pas être systématiquement envisagé comme traitement de la syphilis précoce ou en incubation, à moins de pouvoir assurer un suivi de près approprié, et ce, uniquement dans les régions où les niveaux de résistance génotypique de *T. pallidum* à l'azithromycine sont bas ou nuls. Notons toutefois que pour le moment, nous disposons de très peu de données sur la prévalence de la résistance de *T. pallidum* à l'azithromycine au Canada, laquelle était de 1 sur 47 échantillons résistants entre 2000 et 2003, comparativement à 4 sur 9 entre 2004 et 2005 chez les HARSAH de Vancouver⁴⁰.

Tableau 3. Traitement (Suite)

Stade	Traitement privilégié ^ψ	Autre traitement pour les patients allergiques à la pénicilline
<p>Femmes enceintes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaire • Secondaire • Latente précoce (durée < 1 an) 	<p>Pénicilline G benzathine, 2,4 millions d'unités, i.m., une fois par semaine pour 1 ou 2 doses ^{ψ‡*41} [B-II (dose unique); C III (2 doses)]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'existe pas d'autre traitement satisfaisant pour le traitement de la syphilis pendant la grossesse; le manque de données sur l'efficacité de la ceftriaxone pendant la grossesse empêche de recommander ce traitement. • Envisager sérieusement une désensibilisation à la pénicilline, suivie d'un traitement avec la pénicilline [A-III].
<p>Femmes enceintes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syphilis latente tardive • Syphilis latente de durée inconnue • Syphilis cardiovasculaire et autre syphilis tertiaire sans atteinte au système nerveux central 	<p>Pénicilline G benzathine, 2,4 millions d'unités, i.m., une fois par semaine pour 3 doses⁴² [B II]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'existe pas d'autre traitement satisfaisant pour le traitement de la syphilis pendant la grossesse; le manque de données sur l'efficacité de la ceftriaxone pendant la grossesse empêche de recommander ce traitement. • Envisager sérieusement une désensibilisation à la pénicilline suivie d'un traitement par la pénicilline [A-III].

^ψ Quelques juridictions ont rapportées une utilisation inappropriée de la benzylpénicilline (pénicilline G) à action brève (par voie i.m.), au lieu de la pénicilline G benzathine à action prolongée (Bicillin-L A), pour le traitement de la syphilis infectieuse. Les professionnels de la santé, les pharmaciens et les agents responsables des achats devraient porter une attention spéciale à la similarité entre les noms de ces deux produits afin de prévenir et d'éviter un traitement inapproprié et inadéquat. La pénicilline benzathine à action prolongée atteint des niveaux de concentrations sériques de pénicilline détectables pendant 2 à 4 semaines chez les adultes (sauf pour les femmes enceintes) et est requise afin de traiter la syphilis infectieuse adéquatement. Les pénicillines à action brève ne sont pas adéquates pour guérir l'infection à la syphilis²³.

* Certains experts recommandent 3 doses hebdomadaires (total de 7,2 millions d'unités) de pénicilline G benzathine pour les personnes atteintes du VIH.

‡ Étant donné qu'il est complexe de déterminer avec exactitude le stade de la syphilis précoce, certains experts recommandent que les femmes enceintes atteintes de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce soient traitées par deux doses de 2,4 millions d'unités de pénicilline G benzathine administrées à une semaine d'intervalle. On ignore si ce schéma thérapeutique est efficace pour prévenir la transmission de la syphilis au fœtus⁴³.

Table 3. Treatment (continued)

Stade	Traitement privilégié ^ψ	Autre traitement pour les patients allergiques à la pénicilline
<p>Syphilis congénitale⁴⁴</p>	<p>< 1 mois</p> <p>Pénicilline G cristalline, 50 000 unités/kg, i.v., toutes les 12 heures pendant la première semaine de vie et toutes les 8 heures par la suite, pendant 10 jours au total. [A-II]</p> <p>Pénicilline G benzathine, 50 000 unités/kg, i.m en dose unique [C-III] a été recommandé par certains experts chez les nouveau nés de mères atteintes de syphilis infectieuse :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lorsqu'il est confirmé que la mère a reçu un traitement adéquat; <p>ET</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. lorsqu'il y a aucune inquiétude quant à la réinfection de la mère; <p>ET</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. chez les nourrissons, qui ne présentent aucun signe clinique ou biologique de syphilis congénitale. <p>Alternativement il peut être indiqué d'assurer un suivi méticuleux (p. ex., suivi mensuel clinique/ biologique) jusqu'à la clairance des anticorps transférés de manière passive, si tout indique que la mère a reçu un traitement adéquat.</p>	
	<p>≥ 1 mois</p> <p>Pénicilline G cristalline, 50 000 unités/kg, i.v., toutes les 6 heures, pendant 10 à 14 jours [A-III]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En l'absence d'atteinte neurologique et si les résultats à l'examen du LCR sont normaux : pénicilline G benzathine, 50 000 unités/kg, i.m. (maximum de 2,4 millions d'unités), une fois par semaine, pendant 3 semaines consécutives [B-II] • Il n'existe pas de données qui permettraient de recommander des substitutions à la pénicilline en cas d'allergie à cet antibiotique.

^ψ Quelques juridictions ont rapportées une utilisation inappropriée de la benzylpénicilline (pénicilline G) à action brève (par voie i.m.), au lieu de la pénicilline G benzathine à action prolongée (Bicillin-L A), pour le traitement de la syphilis infectieuse. Les professionnels de la santé, les pharmaciens et les agents responsables des achats devraient porter une attention spéciale à la similarité entre les noms de ces deux produits afin de prévenir et d'éviter un traitement inapproprié et inadéquat. La pénicilline benzathine à action prolongée atteint des niveaux de concentrations sériques de pénicilline détectables pendant 2 à 4 semaines chez les adultes (sauf pour les femmes enceintes) et est requise afin de traiter la syphilis infectieuse adéquatement. Les pénicillines à action brève ne sont pas adéquates pour guérir l'infection à la syphilis²³

Désensibilisation à la pénicilline

- Un test cutané à l'aide des déterminants majeurs et mineurs est une méthode fiable d'identifier les personnes ayant un risque élevé de réaction à la pénicilline.
- Les patients dont le test cutané est positif pour l'un des déterminants de la pénicilline peuvent être désensibilisés.
- La désensibilisation orale est préférable à la désensibilisation IV, car elle est plus sécuritaire et moins coûteuse.
- La désensibilisation devrait se faire à l'hôpital, car des réactions allergiques graves, quoique rares peuvent survenir. L'intervention prend généralement quatre heures, après quoi on peut administrer au patient la première dose de pénicilline. Après l'administration de la dose, le patient devrait rester sous observation pendant au moins une heure.

Tableau 4. Protocole de désensibilisation orale pour les patients dont le test cutané est positif⁴⁵

Pénicilline V en suspension numéro de la dose*	Quantité [†] d'unités/ml	Volume administré (ml)	Unités	Dose cumulative (unités)
1	1 000	0,1	100	100
2	1 000	0,2	200	300
3	1 000	0,4	400	700
4	1 000	0,8	800	1 500
5	1 000	1,6	1 600	3 100
6	1 000	3,2	3 200	6 300
7	1 000	6,4	6 400	12 700
8	10 000	1,2	12 000	24 700
9	10 000	2,4	24 000	48 700
10	10 000	4,8	48 000	96 700
11	80 000	1,0	80 000	176 700
12	80 000	2,0	160 000	336 700
13	80 000	4,0	320 000	656 700
14	80 000	8,0	640 000	1 296 700

* Intervalle entre les doses 15 minutes; durée totale, 3 heures et 45 minutes; dose cumulative 1,3 million d'unités.

† La quantité spécifique de médicament est diluée dans environ 30 ml d'eau puis administrée par voie orale.

Prise en considération d'autres ITS

- Tous les patients dont les tests sérologiques de la syphilis sont réactifs devraient passer des tests de dépistage du VIH, car cette infection virale influence le traitement et le suivi du patient.
- Les tests de dépistage d'autres ITS, notamment *Chlamydia trachomatis* et la *Neisseria gonorrhoeae* devraient être effectués.
- Les prélèvements des ulcères génitaux devraient être effectués pour la détection du virus Herpes simplex et (ou), du chancre mou et (ou) de la lymphogranulomatose vénérienne, selon le risque épidémiologique.
- L'immunisation contre l'hépatite B et (ou) l'hépatite A pourrait être indiquée, à moins que le patient soit déjà immun.
- Discuter du vaccin contre le VPH avec les femmes tel qu'indiqué dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada Volume 33 • DCC-2 (2007) *Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain.*

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- La syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente précoce) est une maladie à déclaration obligatoire aux autorités de santé publique dans toutes les provinces et territoires. Elle est aussi signalée à l'Agence de la santé publique du Canada.
- La syphilis non infectieuse (latente tardive, cardiovasculaire et la neurosyphilis) peut être une maladie à déclaration obligatoire à l'échelle provinciale/territoriale, mais elle n'est pas signalée à l'Agence de la santé publique du Canada.
- Tous les contacts sexuels ou périnataux pendant les périodes suivantes devraient être retracés, soumis aux tests de dépistage et traités si les analyses sérologiques sont réactives.

Tableau 5. Notification aux partenaires

Stade de la syphilis	Période
Syphilis primaire	Trois mois avant l'apparition des symptômes
Syphilis secondaire	Six mois avant l'apparition des symptômes
Syphilis latente précoce	Un an avant le diagnostic
Syphilis latente tardive	Examiner le conjoint ou les autres partenaires qui ont eu une relation de longue durée avec la personne infectée et les enfants, selon le cas
Syphilis congénitale	Examiner la mère et son (ses) partenaire(s) sexuel(s).
Stage undetermined	Consulter un collègue ayant une expertise dans la prise en charge de la syphilis

Suivi

- En l'absence d'un test de contrôle, il faut surveiller les résultats des analyses non tréponémiques jusqu'à ce qu'elles soient séronégatives ou que les titres soient bas et stables (p. ex., dilutions de 1:4)⁴⁶.
- Voir le tableau 6 pour le calendrier de surveillance des analyses non tréponémiques.
- Voir le tableau 7 pour les réponses sérologiques appropriées (p. ex., RPR dans le cas des tests non tréponémiques)⁴⁷.

Tableau 6. Surveillance des analyses non tréponémiques et autres suivis

Syphilis primaire, secondaire, latente précoce	(1), 3, 6, 12 mois après le traitement
Syphilis latente tardive, tertiaire	12 et 24 mois après le traitement
Neurosyphilis	6, 12 et 24 mois après le traitement Les patients présentant des anomalies du LCR devraient subir un examen de suivi du LCR, tous les six mois, jusqu'à l'obtention de résultats normaux (voir la note ci dessous). D'autre suivi clinique pourrait être indiqué sur la base du cas par cas.
Infection au VIH (quel que soit le stade)	(1), 3, 6, 12 et 24 mois après le traitement, et une fois par an par la suite
Femmes enceintes traitées pour une syphilis infectieuse pendant la grossesse	Refaire les analyses non tréponémiques, selon le stade de la syphilis. Des analyses non tréponémiques devraient être effectués chaque mois, jusqu'à l'accouchement, chez les femmes provenant de régions où la prévalence de la syphilis est élevée et où sévissent des éclosions de syphilis, ainsi que chez les femmes présentant un risque élevé de réinfection.
Nouveau nés de mères traitées pour une syphilis infectieuse pendant la grossesse*	Analyses non tréponémiques et tréponémiques à 0, 3 et 6 mois après la naissance; refaire les analyses non tréponémiques et tréponémiques entre 12 et 18 mois, si les résultats sont toujours réactifs à 6 mois. Tous les nouveau nés devraient subir un examen clinique à la naissance, puis tous les mois pour évaluer la présence de signes et symptômes d'une syphilis congénitale. L'examen devrait être fait soit par un spécialiste en pédiatrie ou avec sa collaboration; à ces examens peuvent s'ajouter une radiographie des os longs et un examen du LCR.
Nouveau nés de mères traitées pour une syphilis non infectieuse pendant la grossesse*	Analyses non tréponémiques et tréponémiques à 0 et 6 mois après la naissance; refaire les analyses non tréponémiques et tréponémiques entre 12 et 18 mois, si les résultats sont toujours réactifs à 6 mois.
Nouveau nés atteints de syphilis congénitale*	Analyses non tréponémiques et tréponémiques à 0, 3, 6 et entre 12 et 18 mois après la naissance. Les examens de base devraient inclure une radiographie des os longs et un examen du LCR. Tous les nouveau nés devraient faire l'objet d'un examen clinique réalisé à la naissance, puis à intervalles réguliers, soit par un spécialiste en pédiatrie ou avec sa collaboration.

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

(1) Certains experts recommandent un examen de suivi un mois après le traitement pour assurer que le titre de l'analyse non tréponémique n'est pas en hausse.

Tableau 7. Réponses sérologiques adéquates

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

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

- Les analyses non tréponémiques peuvent devenir non réactives après le traitement ou peuvent persister à un bas titre (réaction « séro-fast »); il n'est pas nécessaire de répéter les tests si les analyses non tréponémiques de base ou de suivi deviennent non réactives, sauf chez les personnes atteintes du VIH.
- L'augmentation des titres après un traitement peut indiquer l'échec du traitement ou une réinfection. Si on soupçonne un échec du traitement, il convient de procéder à d'autres évaluations cliniques, y compris un examen du LCR.
- Les patients avec un diagnostic de la neurosyphilis et des examens anormaux du LCR devraient subir une ponction lombaire tous les six mois après la fin du traitement, et ce, jusqu'à ce que les paramètres du LCR se normalisent. La pléocytose du LCR est généralement la première indication d'une amélioration et devrait se produire dans les six mois environ⁴⁸. En cas de hausse des taux de protéines, ces derniers commencent à diminuer pendant les six premiers mois, mais ils peuvent prendre jusqu'à deux ans avant de se normaliser⁴⁹. Le taux de protéines dans le LCR peut diminuer plus lentement chez les patients présentant des anomalies neurologiques que chez ceux qui sont neurologiquement normaux⁵⁰. Si, au départ, le titre VDRL dans le LCR était élevé, il devrait baisser (de quatre fois en une année), mais peut parfois prendre plusieurs années avant de devenir négatif⁴⁸. Tout titre VDRL bas et persistant dans le LCR après un traitement pourrait justifier un nouveau traitement, mais en présence d'une pléocytose et d'une augmentation des taux de protéines dans le LCR et en l'absence d'augmentation du titre sérique VDRL, il est peu probable qu'un autre traitement soit bénéfique⁵¹. Tous les paramètres biochimiques du LCR se normalisent plus lentement chez les patients co-infectés par le VIH⁵⁰. Il faut envisager l'éventualité d'un échec thérapeutique en cas d'évolution clinique de l'affection, d'une augmentation d'au moins deux dilutions des titres RPR/VDRL ou si la pléocytose du LCR ne se résout pas; **pour les options thérapeutiques à la disposition des patients ayant subi un échec thérapeutique, il convient de consulter des collègues ayant une expertise dans le domaine.**

Considérations spéciales

Infection au VIH

- Les personnes co-infectées par le VIH pourraient avoir besoin d'un traitement de plus longue durée, ainsi que d'un suivi plus étroit et plus prolongé.

Grossesse⁴³

- Toutes les femmes ayant reçu un nouveau diagnostic de syphilis pendant la grossesse devraient être traitées en fonction du stade de leur infection, sauf s'il s'agit d'une syphilis secondaire en fin de grossesse. En effet, dans 14 % de ces cas, il y aura décès du fœtus ou accouchement d'un nourrisson présentant des signes cliniques de syphilis congénitale malgré l'administration du schéma thérapeutique de pénicilline recommandé⁵²⁻⁵⁴. **Certains experts recommandent que les cas de syphilis primaire, secondaire et latente précoce pendant la grossesse soient traités par deux doses de pénicilline G benzathine, à raison de 2,4 millions d'unités à une semaine d'intervalle; l'efficacité de ce schéma thérapeutique dans la prévention de la syphilis fœtale n'est pas connue⁴³.**
- Le retraitement pendant la grossesse n'est pas nécessaire, à moins que des signes cliniques ou sérologiques d'une nouvelle infection soient présents (augmentation de quatre fois du titre d'un test non tréponémique) ou que la patiente ait des antécédents récents de relations sexuelles avec un sujet présentant une syphilis précoce.
- L'érythromycine est l'agent le moins efficace pour le traitement de la syphilis car elle ne pénètre pas dans le LCR ou la barrière placentaire; elle n'est donc pas recommandée pendant la grossesse^{55,56}.
- Si la mère en est à plus de 20 semaines de gestation, il faut effectuer une échographie et la faire suivre par un obstétricien ou un spécialiste de la médecine fœtale. Si on remarque des anomalies fœtales la mère devrait être hospitalisée pour l'administration du traitement et le monitoring fœtal⁵⁷.
- Tous les nouveau-nés devraient être examinés par un pédiatre ou un spécialiste en pédiatrie (p. ex., maladies infectieuses) au moment de l'accouchement; si un traitement autre que la pénicilline a été administré à la mère, il faut envisager d'administrer au bébé un traitement empirique pour la syphilis congénitale.
- **Lorsque un enfant est né d'une mère diagnostiquée avec une syphilis pendant la grossesse, et que l'enfant est placé sous les services de protection de l'enfance, l'information médicale au sujet du diagnostic de la mère peut être critique pour la protection et l'évaluation continue de l'état de santé du nouveau-né. Il est important de faciliter la collecte et la divulgation d'information ayant rapport à la santé, en accord avec les exigences provinciales et territoriales, de façon à permettre un suivi médical approprié pour l'enfant.**

Syphilis congénitale⁵⁸

- Les nourrissons infectés sont souvent asymptomatiques à la naissance et pourraient être séronégatifs si la mère a été infectée tard dans la gestation.

- **Les nourrissons devraient être traités à la naissance :**

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

Réaction de Jarisch-Herxheimer⁵⁹

- Les patients devraient être informés de cette réaction possible au traitement, surtout avec la pénicilline.
- Affection fébrile aiguë accompagnée de céphalées, de myalgies, de frissons et de tremblements qui se produit généralement dans les 8 à 12 heures suivant le traitement et s'atténue dans les 24 heures.
- **Elle est fréquente dans les cas de syphilis précoce, mais généralement pas cliniquement significative, sauf en cas d'atteintes neurologiques ou ophtalmiques ou pendant la grossesse, ou elle peut causer une détresse fœtale et un travail prématuré.**
- Elle n'est pas une allergie médicamenteuse.
- Elle peut être traitée par des antipyrétiques.
- Les stéroïdes peuvent être indiqués pour la prise en charge de réactions sévères, mais il faut les utiliser en consultation avec un collègue ayant une expertise dans ce domaine.

Enfants

- L'abus sexuel devrait être envisagé lorsque la syphilis est détectée chez un enfant après la période néonatale. Il convient alors de consulter un collègue spécialisé dans ce genre de cas (voir le chapitre *Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères*).
- **Déclaration des cas d'abus sexuel :**
L'abus sexuel d'enfants doit être signalé au service de protection de l'enfance de la localité. Les départements de santé locaux peuvent offrir leur concours afin d'évaluer la source de l'infection ainsi que le risque de transmission dans la collectivité.
- Lorsque c'est possible, il est fortement recommandé que l'enfant soit examiné dans un centre spécialisé ou en consultation avec un tel centre (voir les *annexes F et G*).
- **Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage. Voir le chapitre « *Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères* ».**

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au virus du papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lympho- granulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
A										
ablation au laser à CO ₂							11			
abstinence						3,5,7				
accouchement					9,11					
acide acétique							7,12			
acide bichloro- ou trichloro acétique							11			
acrochordons							5			
acyclovir					7-9,11					
adéfovir				8						
adénopathie fémorale					3	11,12,19			2,8	
(bubon) inguinale	2								2,8	
allaitement						4,8				
allergie										
céphalosporine			10-12							
pénicilline			10-12							9-11
alopécie										3
amoxicilline		8								
amplification médiée par transcription (TMA)		3							4	
analyse non- treponémique										5-8,14-16,18
analyse tréponémique										5-8,15
anémie						12				3

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au virus du papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lympho-granulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
anticorps										
anti-HBc				4,5						
anti-Hbe				4						
anti-HBs				3-7						
anti-VHS					1,3-6,11,12					
homologues					4,11					
anti-VIH (test de dépistage)						4,13				
IgG				4	5					
IgM				4,5	5					
indécelables				4		10				8,15
réactifs chez le nouveau né										
antiémétique			10							
arthralgie				4		11,19			2	
arthrite			3,7,11,12						2	
aspirat										
bubons	3								3,6	
épididymaire										
nasopharyngé		4								
asymptomatique		1-3,9	3,14	4	1,2,4-6,9,11	10,11,14,16,,18			7,8	2,3,18
ataxie										3
atovaquone						17				
Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)		3,4,6	3,4,9,15							
Autochtone						1				
azithromycine	3	5-8	10,11,13			17			7	9

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au virus du papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lympho-granulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
B										
bartholinite			3							
benzathine-pénicilline G										8-11,17
biopsie						19	7			
endométriale		4								
C										
cancer							1-13			
du col utérin						12,19				
candidose						10,12,17				
buccale						12,17				
OTO-oesophagienne						10,12				
oesophagienne						12				
vulvo-vaginale										
carcinome							4,6			
hépatocellulaire				4						
CD4						1,6,10,11, 13-17				7
céfixime			10-12							
ceftriaxone	3		10-13							9,10
césarienne					9,11		13			
chancres mou	1-4								7	7,13
charge viral						2,6,7,13-16				
chlamydia (<i>Chlamydia trachomatis</i>)		1-10	6, 7,9-14			2,14,18			1,2,4,5,8	13
ciprofloxacine	3		9,10							
circoncision	2									
cirrhose				4						

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au virus du papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lympho-granulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
clarithromycine		6				17				
clindamycine		8								
coloration de Gram	2		5-8							
complexe <i>Mycobacterium avium</i> (CMA)						1, 12, 17				
condom					3, 6	5, 7, 10	3		1	
condylome							1, 4, 12, 13			
condylome acuminé							1, 4, 12			
condylome plat (condyloma lata)							5, 12			
conjonctivite		2, 4, 6, 8, 10	3, 5, 7							
du nouveau né			13							
constipation									2	
contraception/méthodes contraceptives						8				
orale							3			
corticostéroïde								2, 4		
counseling										
post-test					10	4, 5, 13				
pré-test					10	4, 13				
réduction des méfaits/risques						3, 5, 8, 15				
crotamitone								4		
cryothérapie							10			
cryptosporidie						12				
<i>cytomégalovirus</i> (CMV)						12, 17				

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au virus du papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lympho-granulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
D										
dapsone						17				
dents de Hutchinson										3
dermatite			3					2,4		
détection des zones blanches							12			
diagnostic en laboratoire		3	4		5	13	5	1,3		5
diarrhée						11,12				
diplocoques			6,8							
douleur abdominale										
basse		2	3							
doxycycline		5-8	11						7	9
dyspareunie		2	3							
dysphagie						12				
dysplasie du col utérin						12,14	3,4			
atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée (ASCUS)							6			
dépistage						14				
lésions malpighiennes intra épithéliale de bas grade histologique (L1BG)							4,6			

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au virus du papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lympho-granulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
lésions malpigiennes intra épithéliale de haut grade histologique (LHG)							4,6			
néoplasie intra épithéliale cervicale (CIN)							4			
dysurie	2	3								
E										
échange d'aiguilles/ de seringues						2,4,5,7,8				
écoulement							4			
ano-rectal/rectal		3							2	
muco-purulent		8								
cervical		8								
urétral	2	3,5,8								
nasal										8
oculaire		13								
vaginal	2	3								
éfavirenz						15				
électro-fulguration							11			
endocardite			3,12							
enfuvirtide/T20						15				
épididymite			3,5,8,9							
érythème							10	1		
érythromycine	3	5-8	13						7,8	
essai immuno-enzymatique (EIA)						13				5
excision							11		6	

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au virus du papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lympho-granulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
excrétion virale					1,2,4,6,9,11					
asymptomatique					1,2,4,6,9,11					
mucosale						10,18				
F										
famciclovir				8	7,8					
femmes qui allaitent		6,8	10,11							
fièvre					2-4	10-12,19		1	2	3
« fisting »									1	
frottis de Tzanck					5					
FTA-ABS										5-7
G										
ganglion lymphatique									2	
inguinal	2								2	
géluse de Mueller Hinton	3									
glande sébacée							5			
gonorrhée (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)		1,3-5,9	1-16			2,14,18				
Gram négatif	1,2		6,8							
granulome inguinal									7	
grossesse										
ectopique		3	4							
H										
hémoculture			5,7,13							
hémodialyse				2,3						

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au virus du papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lympho-granulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
hépatosplénomégalie										3
herpès génital				1	1-12					
hétérosexuel						1,2				1,4
hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)			2,5			1			1	1,4
hydroxyzine								2		
hypertension portale				4						
I										
iniquimod							9			
immigrant				1						4
immunofluorescence directe (IFD)		3,4								5,7,8
immunoglobulines contre l'hépatite B (HBIG)				3,6,8						
incarcération				2		2				
infertilité		3	4							
infestations ectoparasitaires										
gale (<i>Sarcoptes scabiei</i>)								1-5		
pédiculose pubienne/morpion (<i>Phthirus pubis</i>)								1-5		
inoculation extragénitale									1	
interféron										
alpha				8						
beta							11			

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au virus du papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lympho-granulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
Internet										1
ITS à déclaration obligatoire			14	8		4,18				1,13
J										
jeune de la rue		1	2							
jouet sexuel									1	
L										
La Direction de protection de la jeunesse (Québec)			15							
Laboratoire national de microbiologie (LNM)					12				3	
lamivudine (3TC)				8		15				
laparoscopie		4	5							
lésion oculaire inflammatoire									2	
leucocytes polymucléaires (PN)			8							
lidocaïne			10-13				11			
Lindane (gamma hexachlorure de benzène)								2,4		
liquide synovial			5,7							
lymphocytes CD4						6,10,11,13-17				
numération						6,10,11,13-17				
lymphogranulomatose vénérienne (LGV)									1-8	

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au virus du papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lympho-granulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
M										
M-PCR polymérase en chaîne multiplex	3									
macrolides		6	13							
malaise								1	2	3
médico-légal		3,4				6,19				
méningite			3,11,12		2-4	10			2	3
aseptique					2,3	10			2	
rare					4					
MIF microimmuno-fluorescence									4,6	
<i>micropapillomato-sis labialis</i> (papilles vestibulaires)							5			
microscopie à fond noir										5,7,8
milieu de transport enrichi en thioglycolate et hémine	3									
<i>molluscum contagiosum</i>							5			
myalgie					3	11,19			2	18
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>						12,14				
N										
nœvi intradermique							5			
nausée				4		11				
néoplasie							4,5,7			
néoplasie intra-épithéliale vulvaire							4			

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au virus du papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lympho-granulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
névralgie						15				
notification aux partenaires	4	9	1,14	8	10	5,6,18	12	5	8	13,14
nouveau-né/nourisson		2, 8-10	3,13-15	1	9,11	8	2			2-4,8,11,15,17,18
O										
oedème							10			
ofloxacin		5,6	9,10							
orchi-épididymite		3	4							
ostéochondrite										3
P										
papules péniennes perlées							5			
papulose bowénoïde							4			
pathogènes à diffusion hémotogène (PDH)						7			1	
pathogènes entériques						7				
péculicide								2		
pénicilline G cristalline										11
pénicilline procaine										8
pentamidine						17				
périhépatite			3						2	
périnatal		10				7,8	2			
période fenêtre				5		5				

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au virus du papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lympho-granulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
perméthrine								2,4		
pneumonie		2,4				1,10,12,17				
pneumonie à <i>Pneumocystis jiroveci</i>						1,10,12,17				
pneumopathie inflammatoire		8,10								
pneumonite						12			2	
podofilox							9			
podophylline							9,10			
podophylotoxine							9			
polymorphisme de restriction (RFLP)									3-5,8	
prélèvement d'échantillon										
prévention	2	2	2,13	2	3,11	3,5,7,8,17	3,5	1,3	1	2,17
primaire				2						
secondaire				3						
Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments		6	13							
Programme d'accès spécial (PAS)			10-12					4		
prophylaxie		8,10				9				
pré-exposition				2						
post-exposition (PPE)				3,9		9				
prurit							4,7	1-4		
pyodermite								3		

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au virus du papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lympho-granulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
pyréthrine-piperonyl butoxyde								2		
Q										
quinolones	4	6,8	1,9,10,15							
R										
réaction de Jarisch Herxheimer										18
rectite		2	3						2,3,8	
rectite hémorragique									2	
rectocolite									2	
rectoscopie									3	
réinfection		2,10								5,11,15,16
relations sexuelles					1,2,3,6	1,2,4,5,10,14,19			1,2,7,8	
anales				1,3		2,4,7,10,14,19			1	
orales						4			2	
oro-génitales			5	1,3	3	2			1	
résistance		5			10	3,16				
aux antimicrobiens		5	1,4,9,10,15							
à l'azithromycine										9
à la pénicilline			1,10-12							
aux quinolones			1,9,10,15							
rétinite										3
ribavirine				8						
rifabutine						14,17				
S										
saignement vaginal		2	3							

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lympho-granulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
syphilis (suite)	2-4									1-18
primaire et secondaire										1,2-7,9,10,13-17
tertiaire										3,7-10,15
T										
tatouage					2,4					
ténofovir					15					
test au rouge de toluidine (TRUST)										5
test à l'encre pour la gale								3		
test d'agglutination passive de Treponema pallidum (TP-PA)										5,6
test d'amplification des acides nucléiques (TAAN)		2-5,9	1,4-8,15,16						3-6,8	
polymérase en chaîne (PCR)		3			4				4,5	5
test d'amplification par déplacement de séquence									4	
test de contrôle		6,8-10	4,9-12,15,16						8	
test de l'antigène p24					4,13					
test de l'application d'acide acétique							7,12			
test de la fixation du complément (FC)									4,6	

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au virus du papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
test non sérologique VDRL										5-7,16
test Pap (Papanicolaou)										
du col utérin						19	3,5,7,12			
frottis anal						14,19	7			5-7,14,16
test rapide de la réaction plasmatique (RPR)						8,13				
test rapide du VIH						13				
tests au point de service										
testicule/ testiculaire		2	3							
tétracyclines			1							
<i>Toxoplasma gondii</i>						14,17				
traitement antirétroviral hautement actif (HAART)						2,3,16,19				
traitement topique		6								
travailleurs de l'industrie du sexe	1,2	1	2	2						4
trichomonase (<i>Trichomonas vaginalis</i>)						2				
triméthoprime-sulfaméthoxazole (TMP-SMX)						17				
tuberculose						6,14				
U										
ulcérations génitales (UG)	1-3					18				

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lympho-granulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
ulcère	2				5	11,12			1	7,13
urétrite			3,8		2					
urine		2-4	4,5,7							
uvéïte										3
V										
vaccin										
contre le virus de l'hépatite A						14				
contre le virus de l'hépatite B	4	9		2-4,7		14				
contre le virus Herpes simplex					3					
contre le virus du papillome humain	4	9		8	10	18				
vaginose bactérienne (VB)						2				
valacyclovir					3,7-9					
verruës										
anales							3,7,9-11			
génétales							2-4,7, 10,12,13			
vésicule					3,5					
VIH/sida (virus de l'immunodéficience humaine/syndrôme de l'immunodéficience acquise)	1,3,4	9	1,14	2,3,8	6,10	1-19	3,5,7,11-13	3,5	1,7,8	1,2,4,7,9,10 13,15-17
virémie				4		10,11				
virus de l'hépatite A (VHA)						6,14,18				

	Chancres mou	Infections à Chlamydia	Infestations gonococciques	Infections au virus de l'Hépatite B	Infections génitales au virus Herpes simplex (VHS)	Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Infections au virus du papillome humain (VPH)	Infections ectoparasitaires	Lympho-granulomatose vénérienne (LGV)	Syphilis
virus de l'hépatite B (VHB)				1-9		6,10,14,18,19			7	
virus de l'hépatite C (VHC)				2,8		6,14,18,19			7	
virus Herpes simplex (VHS)	1-4					12,18	3			7,13
virus du papillome humain (VPH)						14,15,18,19	1-13			
visite prénatale		2		9						
vomissements		6,8		4		11				
voyage			2	2						
W										
Western Blot					5	13				
Z										
zidovudine (AZT)						15				

Populations spécifiques

VI

Abus sexuel à l'égard
d'enfants impubères et prépubères

Agression sexuelle chez les adolescents
postpubères et chez les adultes

Consommation de
substances psychoactives

Détenus et délinquants

Femmes enceintes

Hommes ayant des relations
sexuelles avec d'autres hommes
et femmes ayant des relations
sexuelles avec d'autres femmes

Immigrants et réfugiés

Travailleurs de l'industrie du sexe

Voyageurs

Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères

janvier 2008

Contexte	1
Définition	1
Épidémiologie	1
Prévention	2
Évaluation Clinique	3
Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire	5
Prise en charge et traitement	9
Déclaration des cas et notification aux partenaires	12
Suivi	13

ABUS SEXUEL À L'ÉGARD D'ENFANTS IMPUBÈRES ET PRÉPUBÈRES

Contexte

Droit canadien en ce qui a trait à l'âge requis pour consentir à des relations sexuelles (au moment de la publication)

Le droit canadien est passablement nuancé lorsque vient le temps de définir les circonstances dans le cadre desquelles les activités sexuelles mettant en jeu des personnes de moins de 18 ans deviennent des actes criminels¹. Selon le cas, toute forme d'attouchement à des fins sexuelles peut constituer un acte criminel. Le consentement représente le facteur clé pour déterminer si une forme quelconque d'activité sexuelle constitue un acte criminel. La loi reconnaît à certains mineurs la capacité de consentir à des relations sexuelles, dans certaines situations. En règle générale, il est reconnu que les personnes de plus de 14 ans sont en mesure de consentir à des activités sexuelles, à moins que ces activités ne s'inscrivent dans le cadre d'une relation où l'un des participants se trouve en situation d'autorité ou de confiance par rapport à l'autre, où il existe un lien de dépendance ou lorsque l'un des participants exploite l'autre. Le *Code criminel* prévoit une exception quant à la « proximité d'âge » : une personne de 12 ou de 13 ans peut consentir à des relations sexuelles avec une autre personne lorsque moins de deux ans les séparent et lorsqu'il n'existe entre eux aucune relation de confiance, d'autorité, de dépendance ou d'exploitation. Les enfants de moins de 12 ans ne disposent pas de la capacité juridique de consentir à toute forme d'activité sexuelle.

Définition

La définition d'abus sexuel varie; elle couvre toutefois toutes les actes sexuels qu'un enfant n'est pas en mesure de comprendre, qu'il n'est pas en mesure d'entreprendre parce qu'il n'est pas prêt sur le plan du développement ou qu'il ne peut y consentir, et (ou) qui contrevient à la loi². Ces activités peuvent aller des attouchements à la pénétration. Pour les besoins des présentes lignes directrices, dans le contexte de la transmission potentielle d'infections transmissibles sexuellement (ITS), la définition couvrira également la pénétration pénienne totale ou partielle de la bouche, de l'anus ou du vagin. Il faut toutefois noter que le contact entre la bouche et les organes génitaux externes ou l'anus peut entraîner la transmission d'infections au virus Herpes simplex (VHS).

Par ailleurs, pour les besoins des présentes lignes directrices, « impubère » fait référence à toute personne âgée de 11 à 13 ans, alors que « prépubère » fait référence à toute personne âgée de moins de 11 ans.

Épidémiologie

Il est difficile d'évaluer de façon précise la prévalence des abus sexuels en raison de la sous-notification. La prévalence signalée varie d'une étude à l'autre, selon le nombre de facteurs pris en considération. Cette forme d'abus affecte les enfants, peu importe l'âge, la classe socio-économique et l'emplacement géographique³. Certaines études estiment qu'environ 1 % des enfants subissent une forme ou une autre d'abus sexuel chaque année, se traduisant par une victimisation sexuelle de 12 % à 25 % des filles et de 8 % à 10 % des garçons avant l'âge de 18 ans⁴. L'agresseur peut être un membre de la famille de l'enfant ou un pur étranger; peu importe le cas, il s'agit souvent d'un homme adulte (les adolescents peuvent être les agresseurs dans

une proportion pouvant aller jusqu'à 20 %). Les garçons peuvent être les victimes d'abus sexuels aussi souvent que les filles, mais sont moins susceptibles de signaler l'abus.

*L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*⁵ estimait que 135 573 enquêtes sur des cas de violence envers les enfants avaient été menées au Canada en 1998, soit un taux d'incidence annuel de 21,52 enquêtes par 1 000 enfants. Dans 10 % des cas (15 614 enquêtes, ou 2,48 par 1 000 enfants), l'abus sexuel constituait le principal motif de l'enquête. On estime que 2 742 de ces enquêtes portaient sur des allégations d'activités sexuelles de nature orale, vaginale ou anale. Des personnes autres que les parents ont le plus souvent fait l'objet d'une enquête dans les cas d'abus sexuel, des membres de la famille autres que les parents, les pères biologiques et les beaux-pères représentant, respectivement, 28 %, 15 % et 9 % de tous les cas. Dans sept pour cent des enquêtes portant sur un abus sexuel, la mère était l'agresseur présumé (mères biologiques dans 5 % des cas, belle-mères dans 2 % des cas). Dans soixante-huit pour cent des cas (~9 813 cas), les victimes étaient des filles, les adolescentes de 12 à 15 ans représentant 21 % de ces cas, et les filles de 4 à 7 ans représentant 23 % des cas.

Le risque de transmission d'une infection des suites d'un abus sexuel est influencé par plusieurs facteurs, dont les suivants⁶⁻⁹ :

- Prévalence des ITS au sein de la population locale.
- Type d'activité sexuelle : le risque de transmission d'une ITS par pénétration rectale est plus important que par pénétration vaginale, cette dernière entraînant un risque plus important que la pénétration orale, etc.
- Ampleur du traumatisme : les blessures au tractus génital sont plus fréquentes chez les enfants.
- Maturité sexuelle de l'enfant : susceptibilité modifiée aux ITS en raison de différences sur le plan du développement en ce qui concerne le tractus génital.
- La non-utilisation d'une méthode barrière.
- Abus répétés.

Prévention

Tout au long de l'enfance, au moment des consultations de routine, les professionnels de la santé devraient rechercher, chez les enfants, les signes permettant de soupçonner un abus sexuel. Les enfants présentant des problèmes médicaux, des troubles du développement et de comportement peuvent courir un risque plus élevé d'abus sexuel^{10,11}. Les professionnels de la santé devraient aussi savoir que le fait de reconnaître et de signaler un cas d'abus sexuel à l'égard d'un enfant représente le moyen le plus efficace de prévenir un abus subséquent, la possibilité de réaction abusé-abuseur et la pédophilie¹²⁻¹⁵.

Évaluation Clinique

Les enfants victimes d'abus sexuel peuvent se présenter de bien des façons différentes. Ils peuvent se présenter par eux-mêmes ou avec leurs parents afin de subir une évaluation relativement à un abus sexuel présumé. Ils peuvent se présenter au cabinet d'un professionnel de la santé pour un problème d'un tout autre ordre, puis profiter de l'occasion pour dévoiler l'abus. Le professionnel de la santé peut même soupçonner, pendant une consultation de routine, qu'il y a eu abus; il faut donc faire preuve de vigilance, car les effets de l'agression peuvent se manifester de façon tellement non spécifique qu'ils peuvent facilement passer inaperçus¹⁶⁻¹⁸. Parmi les signes plus particuliers d'abus sexuel, mentionnons un saignement rectal ou génital, la présence d'une ITS et un comportement sexuel inhabituel compte tenu du développement¹⁹.

Les victimes d'agression sexuelle peuvent hésiter à dévoiler qu'elles ont fait l'objet d'une agression pour toute une gamme de raisons : elles peuvent avoir été contraintes au silence, avoir peur de ne pas être crues, ou avoir peur d'être victimes de représailles. Dans certains cas, les enfants peuvent même ne pas reconnaître le fait qu'il y a eu un abus sexuel.

L'évaluation et le suivi d'enfants victimes d'un abus sexuel devraient se faire avec la plus grande sensibilité, idéalement avec l'aide d'équipes ou de services expérimentés (reportez-vous à l'Annexe G). Lorsqu'il n'est pas possible d'orienter la victime directement vers un spécialiste (comme c'est le cas dans les régions éloignées), il faut déployer tous les efforts possibles pour faire en sorte de consulter le centre spécialisé le plus proche.

Les professionnels de la santé qui soupçonnent un abus sexuel ou la possibilité d'un abus sexuel devraient informer les parents ou les tuteurs de l'enfant avec calme, sans accuser qui que ce soit². Les professionnels de la santé devraient aussi connaître les exigences locales en matière de signalement (voir la section intitulée « *Déclaration des cas et notification aux partenaires* » ci-dessous).

Le rôle du professionnel de la santé ne consiste pas à mener un interrogatoire légal ou à obtenir de l'enfant des détails sur l'abus. Il consiste plutôt en ce qui suit²⁰ :

1. Déterminer les antécédents médicaux pertinents.
2. S'assurer du bien-être physique et émotionnel du patient.
3. Traiter ou prévenir toute maladie ou blessure.
4. Consigner avec exactitude toute déclaration spontanée ou tout renseignement donné volontairement.
5. Recenser et documenter les signes physiques caractéristiques d'un abus ou d'un soupçon d'abus.
6. Informer l'enfant et les fournisseurs de soins des conséquences médicales de l'enquête.
7. Assister les agences de protection de l'enfance et les autorités policières dans le cadre de leur enquête.

Antécédents

Il est essentiel qu'un professionnel de la santé qui soupçonne qu'il y a eu abus détermine les antécédents médicaux pertinents afin de pouvoir répondre aux besoins médicaux de l'enfant et de fournir aux agences de protection de l'enfance des renseignements adéquats pour les aider dans leur enquête.

Lorsqu'il n'est pas possible d'orienter le patient directement vers un centre spécialisé (comme c'est le cas dans les régions éloignées), plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour questionner les jeunes enfants au sujet de l'abus²¹. Il se peut aussi que l'enfant fournisse des renseignements de façon spontanée. Dans la mesure du possible, l'enfant devrait être questionné en privé; toutefois, la présence d'un prestataire de soins, qui n'est pas menaçant pour l'enfant, peut être appropriée. Par ailleurs, les parents ou les tuteurs pourraient fournir des antécédents de changement du comportement pouvant être pertinents compte tenu de la situation.

Examen physique

Les renseignements qui suivent sont fournis à titre de référence; ils peuvent être utiles pour déterminer s'il y a eu abus sexuel ou non. Idéalement, une évaluation clinique complète devrait être effectuée par un clinicien possédant de l'expérience dans le domaine.

Les blessures exigeant des soins immédiats devraient avoir préséance sur tout autre examen. On devrait expliquer à l'enfant en quoi consiste l'examen physique avant de l'effectuer; il ne devrait pas causer de traumatisme émotionnel additionnel.

Il faudrait procéder à un examen pédiatrique complet, en portant une attention particulière aux paramètres de la croissance et du développement sexuel de l'enfant à l'aide de la classification de Tanner (voir l'Annexe H). Les blessures devraient être documentées, ainsi que tout autre signe d'abus. Cela comprend les ecchymoses, les zones enflées et les zones sensibles. **Si l'abus s'est produit au cours des 72 dernières heures, ou s'il y a présence de saignement ou d'une blessure aiguë, l'examen devrait être effectué immédiatement, de manière à ce que des échantillons puissent être prélevés aux fins de preuves médico-légales².** Après 72 heures, s'il n'y a pas présence de blessures aiguës, l'évaluation devrait être effectuée lorsqu'il est opportun de le faire pour l'enfant et les enquêteurs.

Il faut examiner avec soin toutes les zones touchées par l'activité sexuelle et consigner par écrit toute anomalie constatée. Il peut être plus facile d'effectuer l'examen des régions génitales et rectales à l'aide d'instruments permettant d'illuminer ou de grossir la région en question. L'anus devrait être examiné tant chez les filles que chez les garçons; chez les filles, l'ouverture de l'hymen devrait aussi faire l'objet d'un examen. L'examen digital et l'examen au spéculum ne sont généralement pas nécessaires; ils ne devraient d'ailleurs pas être pratiqués sur des enfants prépubères.

Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

Dans le cas d'un enfant pubère, la décision quant aux tests devrait être prise au cas par cas. Les situations suivantes présentent un risque plus élevé pour l'enfant en matière d'ITS, et la nécessité de procéder à des tests de détection²² :

- L'enfant présente des symptômes ou des signes d'ITS (p. ex., perte ou douleur vaginale, démangeaisons ou odeurs génitales, symptômes urinaires, ulcérations ou lésions génitales).
- On sait que l'agresseur a une ITS ou qu'il risque de contracter une ITS.
- Un autre enfant ou un adulte au sein du foyer a une ITS.
- La prévalence des ITS est élevée au sein de la communauté.
- Il y a des preuves de pénétration génitale, orale ou anale.

S'il est justifié d'effectuer des tests, un clinicien expérimenté (appartenant idéalement à un centre spécialisé) devrait être consulté; les procédures ci-dessous sont fournies uniquement à titre de référence.

Au minimum, les analyses devraient comprendre un test de dépistage pour le *Neisseria gonorrhoeae* et le *Chlamydia trachomatis*. S'il y a présence d'ulcérations génitales, il faudrait également effectuer un test de détection pour le virus Herpes simplex et la syphilis. Les organes génitaux des fillettes, des jeunes filles et des adolescentes diffèrent considérablement de ceux des adultes, ce qui influence la flore microbienne du tractus génital et des sites de prélèvement d'échantillons de dépistage. Les sites de prélèvement doivent être spécifiques à la maturité sexuelle de l'enfant. L'examen au spéculum ne devrait pas être effectué chez les filles prépubères.

Le professionnel de la santé peut choisir parmi un éventail de techniques, y compris le recours à de petits écouvillons (comme ceux servant à l'examen de l'urètre, de l'oreille, du nez ou de la gorge), humectés à l'aide d'une solution saline stérile pour effectuer un prélèvement vaginal transhyménal. Le fait de placer l'enfant dans une position allongée où ses genoux sont appuyés contre sa poitrine permet d'effectuer les prélèvements de façon indolore, sans toucher l'hymen et sans que l'enfant ne soit apeurée par la vue de l'écouvillon²³. Les lavages vulvaires ou vaginaux sont aussi appropriés (voir le *Tableau 1*).

Tous les prélèvements effectués aux fins d'analyse médico-légale devraient être effectués par des professionnels étant expérimentés dans la mise en œuvre de ces interventions. Ils devraient également respecter les protocoles locaux/régionaux établis (voir l'Annexe F).

Il est à noter que la plupart des trousse d'analyse médico-légale ne contiennent pas le matériel nécessaire pour effectuer des tests visant les ITS ou les pathogènes à diffusion hématogène. Ces trousse sont utiles pour l'identification du sperme ou d'autres liquides corporels, l'analyse médico-légale de l'ADN, l'examen microscopique des poils et des cheveux, l'évaluation des dommages causés au tissu des vêtements et les examens portant sur les fibres et d'autres éléments de preuve à l'état de trace. Les résultats de ces tests peuvent ensuite aider à établir qu'il y a eu une association quelconque entre la victime et l'accusé, qu'il y a eu contact sexuel et (ou) que ce contact a été violent ou forcé, indiquant par le fait même l'absence de consentement. Tous les isolats et échantillons devraient être conservés au cas où des tests devraient être effectués à nouveau ou s'il s'avère nécessaire d'en effectuer d'autres.

Tableau 1. Consultation initiale : Enfants prépubères

Type d'échantillon selon le sexe	Trouble ou organisme recherché
<p><i>Garçons et filles</i></p> <p>Urine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urine du premier jet (10–20 ml) deux heures après la dernière miction 	<ul style="list-style-type: none"> • Un test de diagnostic moléculaire, de préférence un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN), devrait être effectué pour la gonorrhée et la chlamydia. Ce test est généralement plus sensible que la culture génitale, et peut être acceptable à des fins médico-légales si un résultat positif est confirmé par une deuxième série d'amorces ou, dans certains cas, par un deuxième test envoyé à un autre laboratoire. • Un TAAN post-exposition peut être effectué au moment de la présentation, sans avoir à attendre 48 heures après l'exposition; ceci est basé sur une opinion d'experts, qui suppose que les TAAN peuvent déceler l'inoculum (ADN ou ARN)
<p><i>Filles</i></p> <p>Vagin, vestibule ou sécrétions (le cas échéant)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un prélèvement urétral à l'aide d'un écouvillon humidifié avec de l'eau stérile (pour minimiser l'inconfort)* • Lavage vaginal† privilégié par rapport à l'utilisation d'écouvillons multiples si le TAAN est utilisé pour le dépistage de <i>Chlamydia trachomatis</i> et de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Une coloration Gram devrait être effectuée, si possible, pour déterminer la présence d'une flore bactérienne anormale, d'une vaginose bactérienne, d'une candidose ou de gonorrhée. • Les tests de diagnostic moléculaire, surtout les TAAN, sont plus sensibles que les mises en culture quant au dépistage de <i>C. trachomatis</i> et de <i>N. gonorrhoeae</i>. • Les mises en culture représentent la méthode privilégiée sur le plan médico-légal, mais les TAAN peuvent être acceptables si les résultats positifs sont confirmés par une deuxième série d'amorces ou, dans certains cas, par un deuxième test envoyé à un autre laboratoire. • Si possible, les deux tests (mise en culture et TAAN) devraient être effectués. • Si possible, une préparation à l'état frais ou une mise en culture devrait être effectuée pour <i>T. vaginalis</i>. • Comme les prélèvements aux fins de mise en culture effectués < 48 heures après l'exposition peuvent être faussement négatifs, ils devraient être effectués à nouveau de 1 à 2 semaines après l'exposition si aucune prophylaxie n'est offerte; un TAAN post-exposition peut être effectué au moment de la consultation sans attendre 48 heures; ceci est basé sur une opinion d'experts, qui suppose que les TAAN peuvent déceler l'inoculum (ADN ou ARN)

*Les prélèvements vaginaux peuvent être effectués sans l'aide d'un spéculum, pourvu que la fillette soit détendue et que l'hymen ne soit pas touché. Il est préférable d'utiliser un petit écouvillon (p. ex., écouvillon urétral). L'examen au spéculum est rarement nécessaire; lorsqu'il l'est, dans le cas de filles prépubères, il faut consulter un spécialiste, et parfois même administrer une anesthésie générale.

†Le lavage vaginal consiste à introduire dans le vagin de 1,5 à 2 ml de solution saline normale stérilisée, sans agent de conservation et à température de la pièce, par l'entremise d'une version modifiée de la méthode décrite par Pokorny et Stormer^{24,25}. Le tube d'une aiguille à ailettes de 25 mm, dont l'aiguille et les ailettes ont été enlevées, est inséré par l'extrémité distale d'un cathéter pour la vessie de calibre 8. Ce dispositif est ensuite fixé à une seringue de 3 ml par l'extrémité du tube de l'aiguille à ailettes. Ce système permet d'aspirer le contenu du vagin sans que l'extrémité du tube ne soit bloquée par les parois vaginales. La solution saline normale et les écoulements vaginaux sont alors aspirés du vagin.

Tableau 1. Consultation initiale : Enfants prépubères (suite)

Type d'échantillon selon le sexe	Trouble ou organisme recherché
<p>Garçons</p> <p>Méat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un prélèvement obtenu du méat urétral à l'aide d'un écouvillon humidifié avec de l'eau stérile; il n'est pas recommandé d'effectuer un prélèvement intra-urétral 	<ul style="list-style-type: none"> • Une coloration Gram devrait être effectuée pour déterminer la présence d'une urétrite gonococcique. • Les tests de diagnostic moléculaire, surtout les TAAN, sont plus sensibles que les mises en culture quant au dépistage de <i>C. trachomatis</i> et de <i>N. gonorrhoeae</i>. • Les mises en culture représentent la méthode privilégiée sur le plan médico-légal, mais les TAAN peuvent être acceptables si les résultats positifs sont confirmés par une deuxième série d'amorces ou, dans certains cas, par un deuxième test envoyé à un autre laboratoire. • Si possible, les deux tests (mise en culture et TAAN) devraient être effectués. • Si possible, une préparation à l'état frais ou une mise en culture devrait être effectuée pour <i>T. vaginalis</i>. • Comme les prélèvements aux fins de mise en culture effectués < 48 heures après l'exposition peuvent être faussement négatifs, ils devraient être effectués à nouveau de 1 à 2 semaines après l'exposition si aucune prophylaxie n'est offerte; un TAAN post-exposition peut être effectué au moment de la consultation sans attendre 48 heures; ceci est basé sur une opinion d'experts, qui suppose que les TAAN peuvent déceler l'inoculum (ADN ou ARN)
<p>Pharynx</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 écouvillon 	<ul style="list-style-type: none"> • Une mise en culture de <i>N. gonorrhoeae</i> devrait être faite. • Effectuer un test par mise en culture, si possible, pour déterminer la présence de <i>C. trachomatis</i>; prendre note qu'il est possible de constater la présence d'organismes dans l'oropharynx, à la suite d'une transmission périnatale, jusqu'à 6 mois après la naissance. • Aucun TAAN n'est approuvé pour les frottis de gorge.
<p>Rectum</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 ou 2 écouvillons 	<ul style="list-style-type: none"> • Une mise en culture de <i>N. gonorrhoeae</i> et de <i>C. trachomatis</i> devrait être faite; aucun TAAN approuvé pour le moment. • Une mise en culture du VHS devrait être faite (s'il y a présence d'inflammation).
<p>Ulcérations génitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 écouvillon 	<ul style="list-style-type: none"> • Une mise en culture du VHS devrait être faite. • Un test direct pour le <i>Treponema pallidum</i> devrait être effectué (voir le chapitre « Syphilis »)

VHS = virus Herpes simplex

Tableau 1. Consultation initiale : Enfants prépubères (suite)

Type d'échantillon selon le sexe	Trouble ou organisme recherché
<ul style="list-style-type: none"> • Prélèvements sérologiques 	<p>Syphilis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envisager d'effectuer un (des) test(s) de dépistage pour la syphilis[‡]. • Les tests de détection pour la syphilis devraient être répétés 12 semaines et 24 semaines après l'exposition. Dans certains cas (p. ex., un agresseur présentant un risque élevé d'infection; voir le chapitre « <i>Syphilis</i>»), et dans des régions connaissant des flambées de syphilis, il peut être approprié de répéter les tests de 2 à 4 semaines après l'agression. <p>Hépatite B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'on sait que l'enfant est immun contre l'hépatite B (anticorps anti-HBs ≥ 10 UI/L) ou qu'il est positif pour l'HBsAg, aucun test n'est requis. • Il faudrait faire un dépistage de base des anticorps anti-HBs si l'état immunitaire quant à l'hépatite B n'est pas connu. <p>VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faudrait effectuer un test de dépistage de base des anticorps anti-VIH. • Ce test de dépistage devrait être répété 6 semaines, 12 semaines et 24 semaines après toute exposition importante. <p>Hépatite C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le dépistage de base des anticorps anti-VHC est optionnel, étant donné que le taux de transmission du VHC par contact sexuel est faible. On peut l'envisager si le ou les agresseurs (présumés) risquent fortement d'être infectés par l'hépatite C (p. ex., utilisateur connu de drogues injectables) et si la victime a subi un traumatisme important à la suite de l'agression. • Si les tests de base donnent des résultats négatifs, le test de dépistage des anticorps anti-VHC devrait être répété 12 semaines et 24 semaines après toute exposition importante.

anticorps anti-HBs = anticorps contre l'antigène de surface de l'hépatite B

HbsAg = antigène de surface de l'hépatite B

VHC = virus de l'hépatite C

[‡]Le dépistage de base de la syphilis devrait être envisagé dans les régions présentant une prévalence élevée ou des flambées régionales de syphilis, où il y a des enfants nés à l'étranger, où les parents/des membres de la famille/les agresseurs sont diagnostiqués avec la syphilis, et où les enfants sont atteints d'une autre ITS²⁶.

Tableau 2. Conséquences d'un diagnostic d'ITS en présence d'un abus sexuel^{2,9}

Période d'incubation de l'infection	Probabilité d'abus	Transmission de la mère à l'enfant
Gonorrhée : 2 à 7 jours	Forte; probable si l'enfant a plus d'un an	Peut être constatée chez les enfants de 0 à 6 mois
Chlamydia : 1 à 3 semaines, mais peut aller jusqu'à 6 semaines	Probable; forte si l'enfant a plus de 3 ans	Peut être constatée jusqu'à l'âge de 3 ans
VHS : 2 à 14 jours	Probable	Peut être constatée jusqu'à l'âge de 3 mois
Trichomonase : 1 à 4 semaines	Forte si l'enfant a plus de 6 mois	Peut être constatée chez les enfants de 0 à 6 mois
VPH : ≥1 mois	Possible; probable si l'enfant a plus de 2 ans	Peut être constatée jusqu'à l'âge de 2 ans
Syphilis : jusqu'à 90 jours	Forte	Doit être exclue
VIH : jusqu'à 6 mois, mais la séroconversion se produit la plupart du temps entre 4 et 12 semaines	Possible	Doit être exclue
Hépatite B : jusqu'à 3 mois	Possible	Doit être exclue

VHS = virus Herpes simplex

VPH = virus du papillome humain

Prise en charge et traitement

Prises en considérations pour la prophylaxie

- Offrir une prophylaxie si :
 - le patient se présente dans les 48 heures suivant une agression;
 - elle est demandée par un parent, le patient ou un tuteur;
 - le patient présente un risque élevé d'ITS (voir la section intitulée « *Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire* », ci-dessus).
- Il devrait être noté que, dans le cas d'une agression sexuelle, l'efficacité d'une prophylaxie aux antibiotiques n'a pas fait l'objet d'études; la prophylaxie devrait se faire en fonction des recommandations quant au traitement d'infections spécifiques. Voir les chapitres portant sur les infections spécifiques pour obtenir de plus amples renseignements.

Tableau 3. Prophylaxie recommandée dans le cas d'infections urogénitales sans complication

(Voir les chapitres portant sur les infections spécifiques pour en savoir plus au sujet des choix d'autres traitements et des infections non génitales.)

Infection transmissible sexuellement	Prophylaxie recommandée
Gonorrhée	<ul style="list-style-type: none"> • ≤45 kg : céfixime 8 mg/kg, p.o., en dose unique (max. 400 mg p.o.)^{*†} [A-I] • >45 kg : céfixime 400 mg, p.o., en dose unique ^{*†} [A-II]
Chlamydia	<ul style="list-style-type: none"> • ≤45 kg : azithromycine 15 mg/kg p.o., en dose unique (max. 1 g) [A-I] • >45 kg : azithromycine 1 g, p.o., en dose unique [A-I]
Trichomonase	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter uniquement en présence d'un résultat positif • ≤45 kg : métronidazole 30 mg/kg/jour p.o., en doses fractionnées toutes les 6 à 12 heures pendant une semaine [B-III] • >45 kg : métronidazole 2 g, p.o., en dose unique²⁷ [A-I]
Syphilis	<ul style="list-style-type: none"> • La prophylaxie à l'azithromycine (administrée pour traiter la chlamydia) n'est plus considérée comme étant efficace contre la syphilis en période d'incubation, étant donné l'émergence récente de cas de syphilis résistant à l'azithromycine. Une prophylaxie à l'aide d'autres agents peut être envisagée s'il est peu probable que le patient se présente à nouveau ou s'il existe une source qui présente un risque potentiellement élevé dans une région connaissant une flambée de syphilis infectieuse (voir le chapitre « <i>Syphilis</i> » pour obtenir de plus amples renseignements). • Si, ultérieurement, l'enfant présente une sérologie réactive pour la syphilis, il/elle devrait être traité(e) à nouveau avec un traitement recommandé pour la syphilis.

*Le céfixime ne devrait pas être administré à des personnes présentant une allergie à la céphalosporine ou des antécédents de réaction immédiate et (ou) anaphylactique aux pénicillines.

† Le traitement contre la gonorrhée devrait être accompagné d'un traitement contre la chlamydia, à moins qu'un TAAN ne se soit révélé négatif relativement à la présence de chlamydia

Tableau 3. Prophylaxie recommandée dans le cas d'infections urogénitales sans complication (suite)

(Voir les chapitres portant sur les infections spécifiques pour en savoir plus au sujet des choix d'autres traitements et des infections non génitales.)

Infection transmissible sexuellement	Prophylaxie recommandée
Hépatite B	<ul style="list-style-type: none"> • La prophylaxie contre l'hépatite B devrait être envisagée dans tous les cas d'agression sexuelle ou d'abus sexuel où il y a eu pénétration (anale ou vaginale) ou contact oral-anal sans condom, ou si l'état du condom est inconnu et si la source n'est pas immune contre l'hépatite B (voir le <i>Tableau 1</i>). Les contacts oraux-génitaux et oraux-oraux ne semblent pas constituer des modes de transmission importants²⁸. • Parmi les prophylaxies recommandées dans le <i>Guide canadien d'immunisation, 2002</i>²⁹, mentionnons : <ul style="list-style-type: none"> – HBIG 0,06 ml/kg, i.m. jusqu'à 14 jours suivant l'exposition; – Une série de trois doses de vaccin contre l'hépatite B, à 0, 1 et 6 mois après l'exposition ou selon un schéma accéléré.
Hépatite C	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune PPE disponible
VIH	<ul style="list-style-type: none"> • L'administration d'une PPE contre le VIH est recommandée lorsque l'on sait que l'agresseur est infecté par le VIH et lorsqu'il y a eu une exposition significative (p. ex., pénétration orale, anale et/ou vaginale sans condom ou avec un condom déchiré ou dont l'état est inconnu)³⁰. • La PPE peut aussi être offerte au cas par cas en présence d'autres types d'exposition à risque élevé (p. ex., la source est un utilisateur connu de drogues injectables, il y a eu de multiples agresseurs et (ou) il y a eu des blessures importantes) et lorsqu'il y a eu pénétration vaginale, anale ou orale. • Les recommandations varient selon les provinces; la décision d'offrir une PPE devrait être prise conjointement avec un spécialiste de l'infection au VIH chez les enfants. • Si une PPE contre le VIH doit être administrée, elle devrait l'être dans les plus brefs délais — 72 heures après l'agression au plus tard — et poursuivie pendant 28 jours³⁰.

HBIG = immunoglobulines contre l'hépatite B

PPE = prophylaxie post-exposition

Grossesse

S'il y a une possibilité de grossesse, voir la section « Grossesse » du chapitre « Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes ».

Autres questions liées à la prise en charge

- Le cas devrait être orienté de façon appropriée, selon la nécessité et la disponibilité (p. ex., agences de protection de l'enfance, équipes d'aide aux victimes d'agression sexuelle, service de police local/ Gendarmerie royale du Canada, soutien psychologique, groupes locaux de soutien aux victimes, etc.).
- Il faudrait envisager d'évaluer les autres enfants de la famille ou dans le milieu où l'on soupçonne que l'agression s'est produite, étant donné qu'il n'est pas inhabituel de constater que d'autres enfants ont aussi été victimes d'agression sexuelle⁵.
- Si le patient est sexuellement actif, il faut l'aviser de la nécessité d'adopter des pratiques sexuelles à risques réduits ou d'abstenir de toutes relations sexuelles en attendant que la possibilité d'infection ait été écartée ou que la prophylaxie ait été complétée.
- Il faudrait offrir d'administrer un toxoïde tétanique s'il est pertinent de le faire (p. ex., présence de blessures souillées ou d'abrasions subies à l'extérieur) et si le calendrier de vaccination de l'enfant n'est pas à jour.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- **Toutes les provinces et tous les territoires disposent de lois exigeant le signalement de tout cas de violence infligée aux enfants.** Bien que les exigences spécifiques varient selon la province et le territoire, les professionnels de la santé devraient être au fait des exigences et des procédures locales en matière de signalement en ce qui concerne la violence infligée aux enfants et tout autre mauvais traitement. S'il y a cause raisonnable de soupçonner que des enfants sont victimes de violence, il faut communiquer promptement avec les services de protection de l'enfance ou les autorités policières.
- **Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage.**
- Une personne atteinte d'une ITS à déclaration obligatoire devrait être signalée aux autorités provinciales ou territoriales, selon ce qui est approprié.
- La notification aux partenaires d'une personne infectée par une ITS devrait s'effectuer selon les recommandations se trouvant dans le chapitre pertinent.

Suivi

- **Il est recommandé d'effectuer des tests de suivi de contrôle pour toutes les ITS guérissables identifiées chez les enfants impubères et prépubères.** Le suivi varie selon le type de test effectué, ainsi que le type et la durée du traitement administré. En général, les tests d'amplification des acides nucléiques devraient être répétés de 3 à 4 semaines après la fin du traitement, et les tests de mise en culture devraient être répétés de 4 à 5 jours après la fin du traitement.
- Si aucune prophylaxie n'a été administrée, il faudrait prévoir un examen de suivi de 7 à 14 jours après la consultation initiale, afin de passer en revue les tests de laboratoire disponibles et d'effectuer un nouveau test de dépistage des ITS, en vue de détecter la présence d'infections contractées au moment de l'agression et qui n'ont pas été détectées lors de l'examen initial.
- Si un traitement prophylactique empirique a été administré, il faudrait prévoir un examen de suivi de 3 à 4 semaines après l'examen initial.
- Il faut prévoir un test sérologique de suivi pour le VIH, l'hépatite B et C, et la syphilis, le cas échéant (voir le *Tableau 1*).
- Il faut évaluer l'état mental du patient et, le cas échéant, assurer son orientation vers les services de santé mentale appropriés.
- Il faudrait également offrir un soutien psychologique et social aux membres de la famille touchés.

Agression Sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes

janvier 2008

Définition	1
Épidémiologie	1
Prévention	2
Évaluation Clinique	2
Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire	3
Prise en charge et traitement	7
Déclaration des cas et notification aux partenaires	9
Suivi	10

AGRESSION SEXUELLE CHEZ LES ADOLESCENTS POSTPUBÈRES ET CHEZ LES ADULTES

Définition

La définition d'agression sexuelle est variable, mais elle englobe tous les actes sexuels non consentis, lesquels vont des attouchements à la pénétration. Aux fins des présentes lignes directrices et à la lumière du fait que celles-ci portent sur la transmission potentielle d'infections transmissibles sexuellement (ITS), la définition d'agression sexuelle comprendra la pénétration pénienne complète ou partielle de la bouche, de l'anus et (ou) du vagin; il est à noter par ailleurs que les infections au virus Herpes simplex (VHS) peuvent potentiellement être transmises par le contact entre la bouche et les organes génitaux externes ou l'anus.

Épidémiologie

Peu importe l'âge ou le sexe, n'importe qui peut être victime d'une agression sexuelle. L'incidence de celle-ci varie en fonction de l'emplacement géographique et semble, selon certaines études, présenter une distribution saisonnière (des sommets étant atteints au cours de l'été)^{1,2}. Dans la plupart des cas, les victimes d'agression sexuelle sont de jeunes femmes; cependant, de 5 % à 6 % des agressions sexuelles sont signalées chez des hommes³. Il a été estimé que les agressions commises par une connaissance étaient au moins aussi courantes que les agressions commises par un étranger; de plus, il est possible qu'elles fassent l'objet d'un sous-sigalement⁴.

Les données canadiennes indiquent que 16 % de toutes les femmes (1,7 million) ont été victimes, une fois qu'elles ont atteint l'âge de 16 ans, d'au moins une agression sexuelle ou physique commise par un compagnon de sortie ou un petit ami; de plus, 24 % des femmes de 18 à 24 ans ont été victimes d'une agression sexuelle et/ou physique commise par un compagnon de sortie ou un petit ami⁵. Selon les statistiques canadiennes sur le crime, la violence des hommes à l'endroit des femmes constituait globalement le type de violence le plus courant; toutefois, ce type de violence était également celui où l'implication d'un étranger était la moins probable⁶. Dans 76,8 % des cas signalés, la femme connaissait son agresseur. Dans 28,9 % des cas signalés, la femme a été agressée par son conjoint ou son ex-conjoint.

La gonorrhée, la chlamydia et la trichomonase sont les infections les plus fréquemment identifiées chez les femmes qui présentent des antécédents d'agression sexuelle⁷⁻⁹. Puisque l'âge auquel l'incidence d'agression sexuelle atteint son sommet correspond à l'âge auquel l'incidence de nombreuses ITS atteint elle aussi son sommet, la présence d'une ITS ne signifie pas nécessairement que son acquisition est attribuable à l'agression⁸.

Prévention

Bien que la plupart des agressions sexuelles ne puissent être prévenues, une importance toute particulière doit être portée au fait de prendre conscience des situations qui peuvent favoriser la perpétration d'agressions sexuelles et de mettre en œuvre des mesures de prévention. Parmi celles-ci, on trouve les mesures qui visent à assurer la sécurité (p. ex., à la maison ou sur la route) et qui permettent d'éviter les situations dans lesquelles un agresseur pourrait avoir recours à l'alcool ou à des drogues afin d'altérer la capacité de la victime à résister à l'agression.

Évaluation Clinique

Il est possible que les victimes soient réticentes à divulguer qu'elles ont fait l'objet d'une agression sexuelle, et ce, pour diverses raisons dont les suivantes : la peur d'avoir affaire au système criminel; la peur de ne pas être crue ou d'être victime de représailles; des sentiments de culpabilité, de honte ou d'autocritique; ou le souhait d'oublier l'incident. Malgré cette réticence à divulguer les événements entourant l'agression, il est possible que ces victimes sollicitent des soins médicaux en raison de préoccupations liées à la grossesse, aux ITS ou aux blessures¹⁰. De plus, il est possible qu'elles présentent un état de stress post-traumatique, des symptômes dépressifs, un abus d'alcool ou d'autres drogues, ou encore des gestes automutilatoires¹¹.

L'évaluation et le suivi des victimes d'agression sexuelle devraient être menés en faisant preuve d'une grande sensibilité, ainsi que conjointement avec des équipes ou des services locaux possédant de l'expérience quant à la prise en charge des victimes d'agression sexuelle.

Documentation

La documentation claire et exhaustive des antécédents, des résultats de l'examen physique et des prélèvements d'échantillons devrait être effectuée.

Antécédents

L'interrogatoire devrait porter sur ce qui suit : la date, le lieu et l'heure de l'agression ou des agressions; ce que l'on sait du ou des (présumés) agresseurs (p. ex., relation avec la victime, utilisation connue de drogues injectables, etc.); le ou les orifices ayant été pénétrés et l'utilisation ou non d'un condom; les antécédents sexuels avant et après l'agression; les antécédents médicaux (p. ex., les antécédents en ce qui concerne la gynécologie, les règles et la contraception); les médicaments en cours d'utilisation; les antécédents en matière d'immunisation; la prise ou non d'une douche ou d'un bain à la suite de l'agression; le fait d'avoir changé ou non de vêtements; et les systèmes de soutien étant disponibles pour la patiente. Le soin de mener une entrevue exhaustive au sujet des détails de l'agression devrait être laissé aux autorités policières, puisque cela pourrait exercer un effet indésirable sur l'entrevue médico-légale.

Examen physique

Les blessures nécessitant des soins immédiats devraient avoir préséance avant tout autre examen. Idéalement, il faudrait demander à la patiente de se dévêtir complètement; de plus, si des échantillons médico-légaux doivent être prélevés, la patiente devrait se dévêtir sur un drap placé au sol (afin de recueillir toute preuve pouvant tomber). Tous les vêtements portés au moment de l'agression devraient être placés dans des sacs de plastique distincts et étiquetés. La patiente devrait se vêtir d'une chemise d'hôpital de façon à ce qu'un examen complet des ecchymoses et des autres blessures puisse être mené. Toutes les blessures (y compris celles qui sont constatées au cours de l'examen génital) devraient être documentées avec précision sur des diagrammes corporels. Il est important d'être à l'affût de la présence d'hémorragies pétéchiales sur le palais lorsqu'il y a eu pénétration orale forcée. La coloscopie et la photographie ne permettent que rarement l'obtention de renseignements utiles et peuvent même provoquer une détresse injustifiée^{7,12}.

Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

La décision de prélever des échantillons génitaux ou autres, aux fins du diagnostic des ITS ou des pathogènes à diffusion hémotogène (PDH), devrait se faire au cas par cas. Puisque les analyses diagnostiques initiales visant les ITS et les PDH facilitent l'optimisation de la prise en charge médicale de la victime, il est fortement recommandé de les mettre en œuvre lorsque cela s'avère possible. Il pourrait s'avérer approprié, cependant, d'aviser la victime que les résultats de tout test de dépistage d'une ITS seront versés à son dossier médical et que, dans le cas d'une agression sexuelle, ces résultats pourraient être déposés en preuve dans le cadre de procédures judiciaires.

Lorsque cela s'avère possible, le dépistage de base des ITS courantes devrait être effectué, et ce, en raison de l'incidence significative des ITS préexistantes chez les femmes qui sollicitent des soins à la suite d'une agression sexuelle et de l'incidence, plus faible, mais également significative, de la transmission des ITS attribuable au viol. Le dépistage de base facilite également le suivi recommandé (p. ex., test de contrôle chez les femmes enceintes) si une ITS est détectée. Lorsqu'il s'avère impossible de procéder au dépistage de toutes les ITS, une évaluation minimale devrait inclure le dépistage de *Neisseria gonorrhoeae* et de *Chlamydia trachomatis*.

Un examen au spéculum devrait être effectué chez les femmes, y compris chez les femmes postpubères, lorsque cela s'avère possible. Lorsque l'insertion d'un spéculum s'avère impossible, il est conseillé de procéder à un prélèvement vaginal à l'aveugle, conjointement avec des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) urétraux et (ou) urinaires.

Lorsque cela s'avère possible, le ou les (présomés) agresseurs devraient également faire l'objet d'un dépistage.

Tous les prélèvements effectués aux fins d'analyse médico-légale devraient être effectués par des professionnels étant expérimentés dans la mise en œuvre de ces interventions. Ils devraient également respecter les protocoles locaux/régionaux établis (voir Annexe F). Il est à noter que la plupart des trousseaux d'analyse médico-légale ne contiennent pas le matériel nécessaire pour effectuer des tests visant les ITS ou les pathogènes à diffusion hémotogène.

Ces trousse sont utiles pour l'identification du sperme ou d'autres liquides corporels, l'analyse médico-légale de l'ADN, l'examen microscopique des poils et des cheveux, l'évaluation des dommages causés au tissu des vêtements et les examens portant sur les fibres et d'autres éléments de preuve à l'état de trace. Les résultats de ces tests peuvent ensuite aider à établir qu'il y a eu une association quelconque entre la victime et l'accusé, qu'il y a eu contact sexuel et (ou) que ce contact a été violent ou forcé, indiquant par le fait même l'absence de consentement. Tous les isolats et échantillons devraient être conservés au cas où des tests devraient être effectués à nouveau ou s'il s'avère nécessaire d'en effectuer d'autres.

Tableau 1. Consultation initiale : enfants postpubères/ adolescents/ adultes

Infection transmissible sexuellement	Type d'échantillon recommandé
Gonorrhée (voir le chapitre « Infections gonococciques »)	<ul style="list-style-type: none"> • Une coloration de Gram (pour les diplocoques intracellulaires Gram négatif) si possible. • Des échantillons pour la mise en culture de tous les orifices pénétrés (partiellement ou entièrement) et de l'urètre, tant chez les hommes que chez les femmes. • Un test de diagnostic moléculaire, préférablement un TAAN, devrait également être effectué à partir d'échantillons prélevés dans l'urètre (hommes), l'endocol/ l'urètre (femmes) et l'urine (hommes et femmes), selon le cas. Ce test est généralement plus sensible que la culture génitale, et peut être acceptable à des fins médico-légales si un résultat positif est confirmé par une deuxième série d'amorces ou, dans certains cas, par un deuxième test envoyé à un autre laboratoire. Prenez note qu'un TAAN ne devrait pas être effectué sur des échantillons pharyngés et qu'il est recommandé de se reporter aux lignes directrices du fabricant en ce qui concerne les tests sur des échantillons rectaux. • Puisque les mises en culture d'échantillons prélevés <48 heures à la suite de l'exposition peuvent donner lieu à des résultats faux négatifs, elles devraient être répétées d'une à deux semaines à la suite de l'exposition lorsqu'une prophylaxie n'est pas offerte; un TAAN postexposition peut être effectué au moment de la consultation sans attendre 48 heures; ceci est basé sur une opinion d'experts, qui suppose que les TAAN peuvent déceler l'inoculum (ADN ou ARN).

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

Tableau 1. Consultation initiale : enfants postpubères/ adolescents/ adultes (suite)

Infection transmissible sexuellement	Type d'échantillon recommandé
<p><i>Chlamydia</i> (voir le chapitre « Infections à <i>Chlamydia</i> »)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les tests de diagnostic moléculaire, particulièrement les TAAN, sont plus sensibles que les mises en culture et devraient être effectués, lorsque cela s'avère possible, à partir d'échantillons urinaires (hommes et femmes), urétraux (hommes) ou cervicaux (femmes). Le recours à l'urine peut rendre le processus d'analyse plus acceptable aux yeux de certaines personnes. • Bien que les mises en culture aient été la méthode privilégiée pour l'analyse à des fins médico-légales, les TAAN peuvent s'avérer tout aussi acceptables lorsque les résultats positifs sont confirmés par une deuxième série d'amorces ou, dans certains cas, lorsqu'un deuxième test est envoyé à un autre laboratoire. Les TAAN n'ont pas fait l'objet d'une évaluation adéquate en ce qui a trait aux échantillons prélevés dans la gorge et le rectum. • Lorsqu'ils sont disponibles, les deux tests (mise en culture et TAAN) devraient être effectués. • Puisque les mises en culture d'échantillons prélevés <48 heures à la suite de l'exposition peuvent donner lieu à des résultats faux négatifs, elles devraient être répétées d'une à deux semaines à la suite de l'exposition lorsqu'une prophylaxie n'est pas offerte; un TAAN postexposition peut être effectué au moment de la consultation sans attendre 48 heures; ceci est basé sur une opinion d'experts, qui suppose que les TAAN peuvent déceler l'inoculum (ADN ou ARN).
<p>Trichomonase</p>	<p>Lorsqu'elles sont disponibles, des préparations à l'état frais et/ou des mises en culture visant <i>Trichomonas vaginalis</i> devraient être effectuées.</p>

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

Tableau 1. Consultation initiale : enfants postpubères/ adolescents/ adultes (suite)

Infection transmissible sexuellement	Type d'échantillon recommandé
<p>Syphilis (voir le chapitre « <i>Syphilis</i> »)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une analyse non tréponémique (p. ex., RPR, VDRL) et une analyse tréponémique (p. ex., TP-PA) devraient être effectuées. • Tant les analyses tréponémiques que non tréponémiques devraient être répétées à 12 et à 24 semaines à la suite de l'exposition. Dans certains cas (p. ex., un agresseur présentant un risque élevé d'infection; voir le chapitre « <i>Syphilis</i> ») et dans les régions connaissant des flambées de syphilis, il peut s'avérer approprié de répéter les analyses de 2 à 4 semaines à la suite de l'agression.
<p>Hépatite B</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si l'on sait qu'une personne est immune contre l'hépatite B (anticorps anti-HBs ≥ 10 IU/L) ou qu'elle est HBsAg séropositive, aucun test n'est requis. • Il faudrait faire un prélèvement de base des anticorps anti-HBs si l'état immunitaire contre l'hépatite B n'est pas connu.
<p>VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il faudrait effectuer un test de dépistage de base des anticorps anti-VIH. • Ce test de dépistage devrait être répété 6 semaines, 12 semaines et 24 semaines après toute exposition importante.
<p>Hépatite C</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le dépistage de base des anticorps anti-VHC est optionnel, étant donné que le taux de transmission du VHC par contact sexuel est faible. On peut l'envisager si le ou les agresseurs (présumés) risquent fortement d'être infectés par l'hépatite C (p. ex., utilisateur connu de drogues injectables) et si la victime a subi un traumatisme important à la suite de l'agression. • Si les tests de base donnent des résultats négatifs, le test de dépistage des anticorps anti-VHC devrait être répété 12 semaines et 24 semaines après toute exposition importante.

anticorps anti-HBs = anticorps contre l'antigène de surface de l'hépatite B

HbsAg = antigène de surface de l'hépatite B

RPR = test rapide de la réagine plasmatique

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

VDRL = analyse non tréponémique VDRL

VHC = virus de l'hépatite C

Prise en charge et traitement

Prises en considérations pour la prophylaxie

- Offrir une prophylaxie lorsque :
 - le retour du patient aux fins du suivi s'avère incertain;
 - l'on sait que l'agresseur est atteint d'une ITS spécifique;
 - le patient/ parent / tuteur en fait la demande;
 - le patient présente les symptômes d'une ITS.
- De plus, il peut s'avérer approprié d'offrir systématiquement une prophylaxie dans les situations où une pénétration vaginale, orale ou anale a eu lieu, puisque la plupart des victimes d'agression sexuelle ne se présentent pas aux consultations de suivi^{8,13,14}.
- Il doit être noté que, dans le cas d'une agression sexuelle, l'efficacité d'une prophylaxie aux antibiotiques n'a pas fait l'objet d'études; la prophylaxie devrait se faire en fonction des recommandations quant au traitement d'infections spécifiques. Voir les chapitres portant sur les infections spécifiques pour obtenir de plus amples renseignements.

Tableau 2. Prophylaxie recommandée dans le cas d'infections uro-génitales sans complications (Voir les chapitres portant sur les infections spécifiques pour en savoir plus au sujet des choix d'autres traitements et des infections non génitales.)

Infection transmissible sexuellement	Prophylaxie recommandée
Gonorrhée	<ul style="list-style-type: none">• Adultes n'étant pas enceintes<ul style="list-style-type: none">– Céfixime, 400 mg, p.o., en dose unique* [A-I]OU– Ciprofloxacine, 500 mg, p.o., en dose unique† [A-I] <ul style="list-style-type: none">• Adultes enceintes<ul style="list-style-type: none">– Céfixime, 400 mg, p.o., en dose unique* [A-I]
<i>Chlamydia</i>	<ul style="list-style-type: none">• Adultes n'étant pas enceintes<ul style="list-style-type: none">– Azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique si l'on soupçonne que le patient n'adhérera pas au traitement [A-I]OU– Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours [A-I] <ul style="list-style-type: none">• Adultes enceintes<ul style="list-style-type: none">– Amoxicilline, 500 mg, p.o., 3 f.p.j., pendant 7 jours [B-I]OU– Azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique si l'on soupçonne que le patient n'adhérera pas au traitement [B-I]

*Le céfixime ne devrait pas être administré à des personnes présentant une allergie à la céphalosporine ou des antécédents de réaction immédiate et (ou) anaphylactique aux pénicillines.

† **Les quinolones peuvent être considérées comme traitement de deuxième ligne SEULEMENT SI :**

- des épreuves de sensibilité aux antimicrobiens sont disponibles et la susceptibilité aux quinolones est démontrée;
- OU
- au cas où l'épreuve de résistance aux antimicrobiens n'est pas disponible, un test de contrôle de l'efficacité du traitement est essentiel.

Tableau 2. Prophylaxie recommandée dans le cas d'infections uro-génitales sans complications (suite)

Infection transmissible sexuellement	Prophylaxie recommandée
Trichomonase	<ul style="list-style-type: none"> • Ne procéder au traitement que lorsque le test de dépistage de la trichomonase s'avère positif. • Tous les adultes : Métronidazole, 2 g, p.o., en dose unique¹⁵ [A-I]
Syphilis	<ul style="list-style-type: none"> • La prophylaxie à l'azithromycine (administrée comme prophylaxie contre la Chlamydia) n'est plus considérée comme étant efficace contre la syphilis en période d'incubation, étant donné l'émergence récente de cas de syphilis résistant à l'azithromycine. Une prophylaxie à l'aide d'autres agents peut être envisagée s'il est peu probable que le patient se présente à nouveau ou s'il existe une source qui présente un risque élevé dans une région connaissant une flambée de syphilis infectieuse (voir le chapitre « <i>Syphilis</i> » pour obtenir de plus amples renseignements). • Si, ultérieurement, le patient présente une sérologie réactive pour la syphilis, il/elle devrait être traité(e) à nouveau à l'aide du traitement recommandé contre la syphilis.
Hépatite B	<ul style="list-style-type: none"> • La prophylaxie contre l'hépatite B devrait être envisagée dans tous les cas d'agression sexuelle ou d'abus sexuel où il y a eu pénétration (anale ou vaginale) ou contact oral-anal sans condom, ou si l'état du condom est inconnu et si la source n'est pas immune contre l'hépatite B (voir le <i>Tableau 1</i>). Les contacts oraux-génitaux et oraux-oraux ne semblent pas constituer des modes de transmission importants¹⁶. • Parmi les prophylaxies recommandées dans le <i>Guide canadien d'immunisation, 2002</i>¹⁷, mentionnons : <ul style="list-style-type: none"> – HBIG jusqu'à 14 jours suivant l'exposition; – Une série de trois doses de vaccin contre l'hépatite B, à 0, 1 et 6 mois après l'exposition ou selon un schéma accéléré.
Hépatite C	Aucune PPE disponible
VIH	<ul style="list-style-type: none"> • L'administration d'une PPE contre le VIH est recommandée lorsque l'on sait que l'agresseur est infecté par le VIH et lorsqu'il y a eu une exposition significative (p. ex., pénétration orale, anale et (ou) vaginale sans condom ou avec un condom déchiré ou dont l'état est inconnu)³⁰. • La PPE peut aussi être offerte au cas par cas en présence d'autres types d'exposition à risque élevé (p. ex., la source est un utilisateur connu de drogues injectables, il y a eu de multiples agresseurs et (ou) il y a eu des blessures importantes) et lorsqu'il y a eu pénétration vaginale, anale ou orale. • Les recommandations varient selon les provinces; la décision d'offrir une PPE devrait être prise de concert avec un spécialiste de l'infection au VIH et (ou) conformément aux protocoles provinciaux/ territoriaux/ régionaux. • Si une PPE contre le VIH doit être administrée, elle devrait l'être dans les plus brefs délais — 72 heures à la suite de l'exposition, au plus tard — et poursuivie pendant 28 jours³⁰.

HBIG = immunoglobulines de l'hépatite B PPE = prophylaxie postexposition

Grossesse

- Lorsqu'il est possible que l'agression entraîne une grossesse, le recours à la contraception orale d'urgence (COU) devrait être envisagée¹⁹ :

Traitement privilégié	Autre traitement
• Plan B : lévonorgestrel , 1,5 mg, p.o., en dose unique.	• Lévonorgestrel , 0,75 mg, p.o., 2 f.p.j. x 2 doses, lorsqu'il y a peu de chances qu'une dose unique soit tolérée.

- Le traitement devrait être pris dès que possible, jusqu'à 72 heures à la suite de l'exposition (l'efficacité connaît une baisse par la suite; cependant, un certain effet peut être atteint jusqu'à 120 heures à la suite de l'exposition).
- La COU est plus efficace et mieux tolérée que la méthode Yupze²⁰.
- **La COU est contre-indiquée en présence d'une grossesse établie, telle que confirmée par un test de grossesse positif.**
- Dans le cas du schéma posologique à 2 doses, l'administration de 50 mg de Gravol, 30 minutes avant l'administration de la deuxième dose de lévonorgestrel, peut prévenir les vomissements.

Autres questions liées à la prise en charge

- Lorsque le patient y consent, une orientation appropriée devrait être mise en œuvre, au besoin et lorsque cela s'avère possible (p. ex., vers des équipes spécialisées en matière d'agression sexuelle, le service de police local/ la Gendarmerie royale du Canada, des services de soutien psychologique, des organisations locales de soutien des victimes, etc.). Il faut aviser le patient de la nécessité d'adopter des pratiques sexuelles à risques réduits ou de s'abstenir de toutes relations sexuelles en attendant que la possibilité d'infection ait été écartée ou que l'administration de la prophylaxie ait été complétée.
- Il faudrait offrir d'administrer un toxoïde tétanique s'il est pertinent de le faire (p. ex., présence de blessures souillées ou d'abrasions subies à l'extérieur).

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- **Toutes les provinces et tous les territoires disposent de lois exigeant le signalement de tout cas de violence infligée aux enfants.** Bien que les exigences spécifiques varient selon la province et le territoire, les professionnels de la santé devraient être au fait des exigences et des procédures locales en matière de signalement en ce qui concerne la violence infligée aux enfants et tout autre mauvais traitement. S'il y a cause raisonnable de soupçonner que des enfants sont victimes de violence, il faut communiquer promptement avec les services de protection de l'enfance ou les autorités policières.
- Une personne atteinte d'une ITS à déclaration obligatoire devrait être signalée aux autorités provinciales ou territoriales, selon ce qui est approprié.
- La notification aux partenaires d'une personne infectée par une ITS devrait s'effectuer selon les recommandations se trouvant dans le chapitre pertinent.

Suivi

- Si aucune prophylaxie n'a été administrée, il faudrait prévoir un examen de suivi de 7 à 14 jours après la consultation initiale, afin de passer en revue les tests de laboratoire disponibles et d'effectuer un nouveau test de dépistage des ITS, en vue de détecter la présence d'infections contractées au moment de l'agression et qui n'ont pas été détectées lors de l'examen initial.
- La mise en œuvre d'un test de contrôle visant des infections spécifiques devrait respecter les recommandations décrites dans les chapitres pertinents.
- Si un traitement prophylactique empirique a été administré, il faudrait prévoir un examen de suivi de 3 à 4 semaines après l'examen initial.
- Il faut prévoir un test sérologique de suivi, le cas échéant (voir le *Tableau 1*).
- Il faut évaluer l'état mental du patient et, le cas échéant, assurer son orientation vers les services de santé mentale appropriés.

Consommation de substances psychoactives

janvier 2008

Définition	1
Épidémiologie	1
Prévention	2
Évaluation	4
Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire	7
Prise en charge et traitement	7
Déclaration des cas et notification aux partenaires	8
Suivi	8

CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

L'objectif du présent chapitre est d'offrir un aperçu des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives, notamment en matière de prévention, de prise en charge et de traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS). D'autres sources d'information^{1,2} peuvent fournir un aperçu plus détaillé de la prévention et du traitement des personnes qui consomment des substances psychoactives en général.

Définition

L'usage de substances psychoactives peut se faire dans un but médicinal ou non médicinal, et de façon légale ou illégale. Elle se situe dans un continuum, qui va de l'utilisation à titre expérimental à l'utilisation nocive et à la dépendance³ :

- Pas de consommation : la personne ne consomme ni alcool ni drogues.
- Usage à titre expérimental : la personne essaie une substance psychoactive par simple curiosité; elle est susceptible ou non de l'utiliser de nouveau.
- Consommation sociale ou occasionnelle : la personne consomme la substance psychoactive en une quantité ou à une fréquence qui n'est pas nocive (p.ex., pour la santé, la famille, l'école ou le travail).
- Consommation nocive : la personne subit des conséquences néfastes de la consommation (p.ex., problèmes de santé, familiaux, à l'école ou au travail, légaux).
- Dépendance : la personne est psychologiquement et (ou) physiquement dépendante d'une drogue qui est consommée avec excès; elle continue de la consommer malgré les graves problèmes éprouvés.

Épidémiologie

- Le rapport national 2002 du Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies sur les tendances en matière de consommation de drogues révèle que la consommation autodéclarée d'alcool au Canada est en hausse chez les hommes ainsi que chez les femmes, 20,2 % des Canadiens (29,0 % d'hommes et 11,4 % de femmes) déclarant une forte consommation d'alcool (au moins 5 consommations en une seule occasion, au moins 12 fois par an)⁴.
- Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée au Canada, aussi bien chez les jeunes que chez les adultes, 18,6 % des répondants déclarant une consommation à vie; 3,6 % déclarent consommer du LSD, des amphétamines ou de l'héroïne; et 2,7 % de la cocaïne⁴.
- On recense environ 50 000 à 100 000 utilisateurs de drogues injectables au Canada, dont la majorité à Vancouver, à Montréal et à Toronto^{5,6}. En 2002, 24 % des rapports de tests positifs du VIH déclarés au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses étaient attribuables à l'usage de drogues injectables⁷.
- Les Canadiens Autochtones et les jeunes de la rue courent plus de risques et présentent des taux d'abus d'alcool et de substances illicites supérieurs à ceux des autres Canadiens⁵.
- Bien qu'il existe peu de données sur l'abus de solvants au Canada, la consommation de ces produits parmi les jeunes autochtones est particulièrement préoccupante⁴.

- La consommation d'alcool et de drogues illicites est associée à des comportements sexuels à risque. La consommation d'alcool et de drogues illicites, en particulier le crack⁸⁻¹³ et la méthamphétamine^{9,10}, est associée à une utilisation irrégulière et inadéquate de condoms^{9,11,13-19}, à des relations sexuelles avec des partenaires multiples^{9,10,13-21}, à des premières relations sexuelles précoces^{20,22}, au commerce sexuel^{10,11,14,15,18,19}, au recours à la prostitution²³, à des relations sexuelles avec des utilisateurs de drogues injectables connus¹⁹, à la faible connaissance de ses propres capacités à utiliser un condom ou l'habileté perçue d'utiliser un condom¹⁶, et à un manque de connaissances sur le VIH¹⁶.
- L'utilisation de substances psychoactives a également été liée à un risque accru de transmission d'hépatite C^{24,25} et d'ITS¹⁹⁻²³, y compris l'infection au virus Herpes simplex de type 2²¹⁻²⁴, l'hépatite B²⁴, la trichomonase^{20,26}, la syphilis^{24,27}, le VIH^{19,24,27}, la chlamydia^{20,24,26,27} et la gonorrhée^{20,24,26,27}.
- Les utilisateurs de substances psychoactives plus fortement stigmatisées, comme les drogues injectables et le crack, ont davantage tendance à avoir des comportements sexuels à risque que les utilisateurs de drogues moins stigmatisées, comme la marijuana²⁸.
- Les jeunes qui ont une consommation abusive des substances psychoactives sont plus susceptibles d'avoir des comportements sexuels à risque, et de les perpétuer à l'âge adulte tout en continuant de consommer des drogues^{17,29}.
- La consommation de drogues à usage récréatif chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) a augmenté ces dernières années, et a été liée à des comportements sexuels à risque ainsi qu'à une hausse des taux d'ITS (voir le chapitre « *Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes/Femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes* »)³⁰⁻³⁶. Le citrate de sildénafil (Viagra), le vardénafil (Levitra) ou le tadalafil (Cialis) peuvent être utilisés pour combattre l'effet secondaire de dysfonctionnement érectile associé à la consommation de certaines de ces drogues, pratique qui a été liée au fait d'avoir des partenaires sexuels multiples et à l'acquisition d'ITS^{37,38}.

Prévention

Bien que le fait d'arrêter de prendre des substances psychoactives nocives soit l'approche idéale pour prévenir la consommation de ces substances et réduire le risque d'ITS qui y est associé, cet objectif est difficile à réaliser, voire irréalisable, en particulier lorsque les utilisateurs sont devenus dépendants. Pour les utilisateurs de substances psychoactives, l'abstinence ne devrait pas être l'objectif principal des initiatives de prévention de l'usage de substances psychoactives ou d'ITS, et ne devrait pas non plus être une condition à remplir pour bénéficier des services de traitement des ITS. Deux stratégies de prévention sont recommandées, selon la position du patient sur le continuum de risque³⁹ :

- Évitement des risques : éviter ou prévenir l'adoption de comportements à risque parmi les non-utilisateurs et les utilisateurs à faible risque (p. ex., personnes majeures dont la consommation de boissons alcoolisées est faible ou modérée).
- Réduction des méfaits ou des risques : encourager des modifications acceptables du comportement, même minimales, pour réduire, voire éliminer le risque (p. ex., utilisation d'aiguilles propres par l'entremise d'un programme d'échange d'aiguilles, cessation du partage des aiguilles).

Toute approche de réduction des méfaits proposée doit être sans préjugés et tenir compte des besoins individuels et de plusieurs approches potentielles lors des discussions sur les objectifs réalistes de réduction des risques.

Voici quelques stratégies de réduction des méfaits liés à la consommation de substances psychoactives :

- S'abstenir de consommer une ou plusieurs drogues pendant une période limitée ou illimitée.
- Diminuer la fréquence et (ou) la quantité de la substance consommée.
- Consommer des substances et adopter des méthodes d'administration comportant moins de risques (méthadone, cannabis).
- S'abstenir de consommer des substances psychoactives au volant d'un véhicule, pendant les heures de travail et au cours d'autres activités.
- Créer un milieu de consommation plus sécuritaire (où, quand et avec qui; achats/possession plus sécuritaires; l'utilisation des programmes d'échange d'aiguilles; centres d'injection plus sûrs).
- Envisager des programmes de traitement, de réhabilitation, de désintoxication, de counselling ou de soutien.
- Nouer une relation de confiance avec un professionnel de la santé afin de mieux surveiller son état de santé physique et mentale.
- S'informer sur la prévention et le traitement des surdoses.
- S'occuper des besoins nutritionnels du sujet et des moyens d'améliorer son alimentation.

Parmi les stratégies de réduction des méfaits spécifiques aux utilisateurs de drogues injectables, l'adoption de pratiques d'injection moins risquées est fondamentale⁴⁰.

- Utilisation d'une nouvelle aiguille et d'une nouvelle seringue pour chaque injection.
- Si le partage ne peut être évité, nettoyer correctement la seringue avant son utilisation⁴⁰ :
 - remplir la seringue complètement avec de l'eau propre, la secouer vigoureusement pendant 30 secondes, puis éjecter l'eau;
 - remplir la seringue d'eau de Javel concentrée (non diluée), laisser agir pendant au moins 30 secondes, puis secouer vigoureusement. Éjecter l'eau de Javel. Procéder ainsi au moins deux fois, en remplaçant l'eau de Javel chaque fois;
 - rincer l'eau de Javel de la seringue en répétant la première étape au moins deux fois, en utilisant chaque fois de l'eau propre.
- Éviter les échanges de fioles, de coton et de cuillères, ainsi que de recapuchonner les aiguilles des autres.
- Avant d'injecter la drogue, toujours nettoyer le site d'injection avec un tampon stérile imbibé d'alcool, d'alcool à friction, de lotion après-rasage (contenant de l'alcool) ou de savon et d'eau.
- Stériliser les cuillères avec un tampon imbibé d'alcool ou avec de l'eau de Javel et de l'eau avant chaque utilisation.
- Mélanger les drogues avec de l'eau stérile ou, à défaut, de l'eau récemment bouillie. Pour éliminer les impuretés du mélange, il est préférable de remplir la seringue en aspirant le liquide à travers un filtre de coton (ou un morceau de tampon imbibé d'alcool).

La prévention des ITS devrait être discutée dans le contexte des influences éventuelles sur le comportement sexuel, y compris la consommation de substances psychoactives, et devrait également mettre l'accent sur la réduction des méfaits (voir chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* »). Pour les consommateurs de substances psychoactives peu enclins à faire usage du condom ou qui l'utilisent mal, l'acquisition de compétences en la matière et la négociation contribueraient à améliorer l'utilisation des condoms⁴¹. Une approche fondée sur des entrevues motivationnelles pour le counselling préventif peut aider à promouvoir les comportements de réduction des méfaits (voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* »).

L'utilisation de drogues illicites étant un facteur de risque d'infection au virus de l'hépatite A (VHA) et de l'hépatite B (VHB), et puisque le statut vaccinal de cette population est faible, la vaccination contre le VHA et le VHB est recommandée pour les utilisateurs de drogues injectables. La vaccination contre le VHA est également recommandée pour les utilisateurs de drogues par voie orale dans des conditions non hygiéniques⁴² (voir le chapitre « *Infections au virus de l'hépatite B* »).

- L'état autodéclaré d'immunisation et d'infection au VHB des utilisateurs de drogues injectables et non injectables n'étant pas forcément exact⁴³, la vaccination devrait être offerte à toutes les personnes appartenant à cette population.
- Afin d'optimiser la couverture, en dehors des établissements de soins primaires, des populations à haut risque, l'immunisation contre le VHB et le VHA peut être effectuée dans des lieux inhabituels (p. ex., intervention communautaire par les infirmiers (ières) de santé publique desservant les zones géographiques avec un taux élevé d'usage de substances psychoactives)⁴⁴.

Note:

Selon le *Guide canadien d'immunisation*⁴², des tests sérologiques effectués avant l'immunisation et visant à déterminer l'immunité à l'égard du VHA devraient être envisagés pour les populations présentant des taux d'immunité potentiellement élevés. Le dépistage sérologique systématique des HBsAg et des anticorps anti-HBs ou anti-HBc pré-immunisation est recommandé pour les personnes présentant un risque élevé d'infection, mais ne convient pas pour des raisons pratiques aux programmes d'immunisation universelle.

Évaluation

- L'évaluation de la consommation de substances psychoactives, courante et antérieure, est un élément important de l'évaluation du risque d'ITS (voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* »). Le tableau 1 ci-dessous présente les six principaux éléments des antécédents de consommation de substances psychoactives, y compris le risque sexuel associé à l'usage de ces substances, et des questions potentielles pour chaque élément.
- Contrairement au terme abus, le terme consommation n'est lié à aucun jugement de valeur. C'est pourquoi il est préférable de parler de « consommation de drogues » si l'on veut obtenir une réponse franche et ouverte.
- Obtenir des informations sur la consommation de drogues légales, la consommation de drogues illégales et la consommation nocive de drogues vendues dans un but médical.

- Au moment de l'évaluation de la consommation de substances psychoactives dans le cadre de l'évaluation du risque d'ITS, on veillera à utiliser des termes simples pour être facilement compris. Il est important de se familiariser avec les termes utilisés dans votre région ou votre province pour pouvoir communiquer plus efficacement. Le tableau 2 présente une référence rapide des substances les plus répandues avec leurs noms courants et leurs modes d'administration.

Tableau 1. Principaux éléments pour l'évaluation des antécédents de consommation de substances psychoactives⁴⁵

Élément principal	Questions possibles
Consommation de substances psychoactives et d'alcool	Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé des drogues ? Quelles drogues prenez-vous ? À quelle fréquence ? Buvez-vous de l'alcool ? À quelle fréquence ?
Utilisation des drogues injectables et matériel	Avez-vous déjà pris des drogues par voie intraveineuse ? Possédez-vous votre propre matériel pour l'injection ? Préparez-vous vous-même votre drogue pour l'injection ? Avez-vous recours à un programme d'échange d'aiguilles ? Avez-vous déjà partagé avec quelqu'un une aiguille, une seringue, une cuillère de préparation, un coton ou de l'eau, même qu'une seule fois ?
Autres risques liés à la consommation de drogues	Vous arrive-t-il de renifler de la drogue ? Avez-vous déjà partagé une paille pour renifler ? Quand vous prenez de la drogue, êtes-vous entouré d'autres personnes qui pourraient vous venir en aide en cas d'urgence ?
Relations sexuelles avec facultés altérées	Avez-vous des relations sexuelles sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool ? Si oui, avez-vous eu plus tendance à avoir des relations sexuelles à risque sous l'emprise, comme des relations non protégées ou des partenaires multiples ?
Conséquences	Quel effet la consommation d'alcool ou de drogue a-t-elle eu sur votre vie ? Votre consommation de drogue ou d'alcool vous a-t-elle posé des problèmes au travail ? avec votre famille ? des problèmes de santé ?
Autres risques percutanés	Avez-vous déjà eu des perçages corporels (body piercing) ? des tatouages ? A quel(s) endroit(s) ou établissement(s) les avez-vous faits faire ?

Tableau 2. Substances psychoactives les plus répandues et mode d'administration⁴⁶

Substance	Nom courant	Mangée	Épurée*	Inhalée	Injectée	Prise par voie orale	Fumée	Reniflée	Vaporisée dans la bouche
Alcool	Booze, brew, hooch, grog				Parfois	X			
Amphétamines	Speed, ice, crystal, meth uppers				X	X	X		
Barbituriques	Downers , barbs, blue heavens, yellow jackets, red devils				Parfois	X			
Cannabis	Marijuana, pot, herbe, weed, hasch, huile de hasch	X					X		
Cocaïne	Crack, coke, C, coco, neige, poudre, roche ou rock (pour le crack)		X		X		X	X	
LSD/ hallucinogènes	Dérivés de champignons (psilocybine), de cactus (mescaline), graines de gloire, herbe de Jimson. Autres hallucinogènes : LSD (acide) et PCP (poudre d'ange, angel dust, hog)				X	X		X	

* Épurée : se dit de la cocaïne consommée en la brûlant et en inhalant la vapeur qui s'en dégage. Pour « purifier » la cocaïne, on la dissout dans un solvant chauffé, puis on sépare et on fait sécher le précipité.

Tableau 2. Substances psychoactives les plus répandues et mode d'administration (suite) ⁴⁶

Substance	Nom courant	Mangée	Épurée*	Inhalée	Injectée	Prise par voie orale	Fumée	Reniflée	Vaporisée dans la bouche
Analgésiques et stupéfiants	Dérivés de pavot oriental : opium, codéine, morphine, héroïne.			X	X	X	X		
Ritalin®, Talwin®	Ts & Rs				X	X			
Solvants/aérosols	colles, essence			X				X	X
Stéroïdes	Anabolisants, vent, pam					X	X		

* Épurée : se dit de la cocaïne consommée en la brûlant et en inhalant la vapeur qui s'en dégage. Pour « purifier » la cocaïne, on la dissout dans un solvant chauffé, puis on sépare et on fait sécher le précipité.

Prélèvement d'échantillons et diagnostic de laboratoire

- Le même que pour tous les autres patients.
- Compte tenu des circonstances qui entourent souvent la consommation de substances psychoactives, il conviendrait d'envisager le dépistage urinaire, le dépistage rapide au point de service, l'autocollecte d'échantillons et le recours aux cliniques locales pour améliorer l'accès aux tests de dépistage des ITS pour cette population.

Prise en charge et traitement

- Lorsque l'adhérence au traitement n'est pas garantie, des schémas thérapeutiques efficaces, à dose unique ou de courte durée sont recommandés pour le traitement des ITS; le traitement épidémiologique ou syndromique sans évaluation complète ni analyses de laboratoire est parfois nécessaire.
- L'intégration du dépistage, du counselling et du traitement des ITS aux programmes de traitement des substances psychoactives et aux programmes d'intervention communautaire a été recommandé^{24,26,47-49}. La participation aux programmes de traitement contre la consommation de substances psychoactives a été liée à une réduction des comportements sexuels à risque⁵⁰.
- Il est important de se rappeler qu'au besoin, les utilisateurs peuvent aussi être orientés vers des programmes de traitement de la consommation de substances psychoactives et des ressources communautaires (y compris les centres d'injection plus sécuritaires, les programmes d'échange d'aiguilles et les réseaux d'entraide).

- Les utilisateurs de substances psychoactives atteints du VIH présentent un risque particulièrement élevé d'effets graves. Par exemple, la consommation de méthamphétamines par les personnes infectées par le VIH peut causer de l'hypertension, de l'hyperthermie, une rhabdomyolyse et des accidents vasculaires cérébraux, en plus d'engendrer de la paranoïa, des hallucinations auditives et un comportement violent lorsque l'utilisateur est intoxiqué⁵¹. Des interactions mortelles entre les médicaments antirétroviraux (stavudine, saquinavir et ritonavir) et les méthamphétamines, de même qu'entre le ritonavir et l'ecstasy (MDMA) ont été signalées⁵¹.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Comme pour tous les patients, les affections à déclaration obligatoire selon la réglementation provinciale ou territoriale doivent être signalées aux autorités locales de santé publique.
- Les personnes chez qui a été diagnostiquée une infection transmissible par le sang, comme le VIH ou la syphilis infectieuse, et qui partagent leur matériel d'injection de drogues devraient notifier leurs partenaires du risque d'infection et les encourager à passer des tests de dépistage.
- Les raisons pour lesquelles les utilisateurs de substances psychoactives hésitent parfois à communiquer des informations sur leur consommation de telles substances ou sur leurs partenaires sexuels/compagnons d'injection sont diverses et comprennent notamment la peur d'une réaction violente du ou des partenaires, la crainte de répercussions légales, la stigmatisation, les questions de confidentialité, l'absence d'information sur le(s) partenaire(s) et l'oubli.
- Poser des questions avec insistance et relire la liste des partenaires sexuels et des partenaires d'injection de drogues déjà déclarés sont des façons de recueillir des informations sur d'autres partenaires sexuels et partenaires d'injection⁵².

Suivi

- Il faut encourager les personnes accusant une forte consommation de substances psychoactives, qui pratiquent des comportements sexuels et (ou) d'injection à risque à passer régulièrement des tests de dépistage des ITS, y compris du VIH. Il faut aussi encourager et aider par les moyens nécessaires les patients dont l'évaluation indique une consommation modérée à grave de substances psychoactives à participer à des programmes de traitement/réhabilitation dans le cadre d'un suivi.

Détenus et délinquants

janvier 2008

Contexte	1
Épidémiologie	1
Prévention	3
Évaluation	4
Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire	6
Prise en charge et traitement	6
Déclaration des cas et notification aux partenaires	6
Suivi	7

DÉTENUS ET DÉLINQUANTS

Contexte

La responsabilité du système correctionnel au Canada est partagée entre les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux¹. En 2001, le nombre moyen de délinquants adultes incarcérés dans des établissements fédéraux, provinciaux et territoriaux s'élevait à 32 073 (soit 133 par 100 000 personnes). À ce nombre s'ajoutaient 122 870 délinquants adultes sous surveillance dans la collectivité (y compris la probation, la peine conditionnelle et la mise en liberté conditionnelle)². Les statistiques sur les services correctionnels pour juvéniles ne sont pas systématiquement recueillies à l'échelle nationale¹, mais en 1994-95, 1 095 jeunes délinquantes ont été condamnées à la garde en milieu fermé et 1 795 ont été placées à la garde en milieu ouvert, tandis que 6 952 étaient placées en probation³; en 1996-97, 10 396 jeunes délinquants ont été condamnés à la garde en milieu fermé, 11 541 ont été placés à la garde en milieu ouvert, tandis que 28 395 étaient placés en probation⁴.

Bien qu'ils ne constituent qu'environ 3 % de la population générale, les Autochtones représentent 15 % de la population carcérale fédérale¹. Les femmes représentaient environ 3 % de la population carcérale totale dans les établissements du Service correctionnel du Canada (SCC) en 2000–2001⁵. Le taux d'incarcérations au Canada est plus élevé que celui de la plupart des pays européens, mais largement inférieur à celui des États-Unis¹.

Épidémiologie

Dans tous les établissements correctionnels du monde, on observe une prévalence disproportionnée de maladies infectieuses chez les détenus par rapport à la population générale. En conséquence, les taux d'infections transmissibles sexuellement (ITS), d'infections au virus de l'hépatite B (VHB), au virus de l'hépatite C (VHC) et au VIH/sida sont beaucoup plus importants parmi la population carcérale. Les détenus font souvent partie de populations vulnérables ou les comportements à risque d'ITS sont présents, comme l'utilisation de drogues injectables et les relations sexuelles non protégées⁵. En outre, étant donné le nombre élevé d'individus déjà infectés au moment de leur admission en établissement correctionnel, tout détenu ayant des comportements non sécuritaires s'expose à un risque d'infection ou de réinfection par une ITS⁵. Un nombre important de détenus admis dans les établissements correctionnels sont déjà infectés, mais les détenus non infectés continuent de pratiquer des comportements à risque en prison⁵. Jusqu'en 2002, le SCC estimait que 70 % des détenus admis en prison présentaient des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme auto-déclarés⁶. Bien que les relations sexuelles avec pénétration existent en milieu correctionnel⁷, ce phénomène est probablement sous-déclaré en raison de son interdiction fréquente et la stigmatisation associée à cette pratique⁶. L'activité sexuelle non consensuelle pourrait aussi être un problème⁸. D'autres pratiques observées en milieu carcéral, tels l'utilisation de drogues injectables, le tatouage et (ou) le perçage corporel, peuvent également contribuer à la transmission de maladies infectieuses⁶.

En janvier 2000, le SCC, en collaboration avec Santé Canada (aujourd'hui l'Agence de la santé publique du Canada), a lancé un système de surveillance compréhensif visant à fournir des informations plus détaillées et plus précises sur les maladies infectieuses en milieu correctionnel fédéral — le Système de surveillance des maladies infectieuses de SCC (SSMI-SCC)⁵.

Le SSMI-SCC est basé sur les données agrégées de dépistage et des résultats des tests qui permet au SCC de suivre les tendances de la prévalence des infections transmises sexuellement et des pathogènes à diffusion hématogène parmi les détenus nouvellement admis et les détenus de la population générale. Selon le SCC, un système révisé comprenant des données présentées par ligne sur les comportements à risque et les résultats des tests est actuellement mis en œuvre afin de mieux cibler les programmes de réduction des méfaits.

Jusqu'en 2002, les taux d'infections déclarés dans les pénitenciers canadiens étaient les suivants^{5,9,10} :

- VIH* : La prévalence du VIH parmi les délinquants dans des établissements fédéraux a augmenté de façon constante entre 2000 et 2002 (de 1,7 % à 2 %). En 2002, le taux de VIH était plus élevé chez les femmes (3,7 %) que chez les hommes (1,9 %).
- VHC* : La prévalence du VHC parmi les délinquants dans des établissements fédéraux s'est accrue de 2 542 cas (19,7 %) en 2000 à 3 173 cas (25,4 %) en 2002. En 2002, la proportion était plus élevée chez les femmes (33,7 %) que chez les hommes (25,2 %), mais entre 2000 et 2002, les taux ont baissé pour les femmes et augmenté pour les hommes.
- VHB † : La prévalence du VHB chez les détenus fédéraux en 2002 était de 0,2 %. On a observé une forte hausse entre 2000 (0,1 %) et 2001 (0,3 %), mais les taux ont rebaissé en 2002. La majorité des cas signalés étaient chez des hommes.
- Chlamydia† : 53 cas ont été signalés en 2002 (prévalence : 0,32 %). Ce taux est en hausse comparativement à 2000–2001. Plus de 90 % des cas ont été diagnostiqués chez des hommes.
- Gonorrhée† : 20 cas ont été observés en 2002 (prévalence : 0,12 %). Ce taux est en hausse par rapport à 2000–2001. Plus de 85 % des cas ont été diagnostiqués chez des hommes.
- Syphilis† : On a signalé trois cas en 2002. Le taux est en hausse par rapport à 2000–2001.

Notes :

* Les données sur le pourcentage de détenus qui ont passé les tests de dépistage pour le VIH et le VHC révèle que jusqu'à 70 % des détenus ne subissent peut-être jamais ces tests. Il est donc fort probable que le fardeau de ces maladies dans les établissements correctionnels fédéraux soit grandement sous-estimé.

† Il est fort possible que la sous-déclaration et le sous-diagnostic des infections au VHB et des ITS (y compris l'absence de dépistage systématique des ITS) se traduisent par une sous-estimation des taux réels de ces infections chez les détenus.

Prévention

Les établissements correctionnels au Canada sont l'une des principales cibles des mesures de santé publique visant à contrôler les ITS, le VHB, le VHC, le VIH/sida et les autres maladies infectieuses. Par sa nature même, l'incarcération offre une occasion unique d'accéder à des individus à risque élevé et de leur procurer les services de prévention, le traitement et les compétences nécessaires pour les aider à rester en bonne santé⁵. Les interventions sont limitées par la durée de l'incarcération, mais même des séances brèves de counselling peuvent avoir un impact significatif sur les comportements à risque. La majorité des détenus finissent par retourner à la vie dans la collectivité, les efforts de réduction des méfaits au sein du système correctionnel peuvent avoir des conséquences favorables, pas seulement pour la population carcérale, mais aussi pour la collectivité toute entière. Pour cette raison, il est important de coordonner les activités de prévention avec les représentants de la santé publique et divers groupes d'entraide dans la collectivité. La planification du congé constitue également une étape importante en vue d'optimiser la continuité des soins pour les délinquants en dehors du milieu correctionnel^{5,11}.

Les programmes de prévention des ITS mis en œuvre dans les établissements correctionnels reposent sur les éléments similaires que les programmes pratiqués dans la collectivité¹² : éducation; le dépistage et le counselling volontaire et ; distribution d'aiguilles propres ou de l'eau de Javel; distribution de condoms; et le traitement de la dépendance aux drogues (y compris les traitements de substitution). Toutes ces initiatives ont démontré leur efficacité dans la réduction du risque de VIH/ITS dans les prisons, sans conséquences négatives indésirables¹². En fournissant aux détenus infectés par les ITS des soins, des traitements et le soutien appropriés, il est possible de prévenir la transmission de ces infections. Cela comprend notamment la notification aux partenaires, ainsi que le dépistage et le traitement des contacts sexuels récents.

Il est important d'inclure les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues dans ces initiatives d'éducation, pour reconnaître leur rôle non négligeable dans l'augmentation du risque d'ITS et d'autres infections¹³. Les programmes de réduction des méfaits, qui visent à réduire au minimum les conséquences négatives des comportements à risque et à offrir des solutions de rechange, peuvent avoir un impact favorable sur la transmission des ITS et d'autres infections⁵. Le SCC offre actuellement plusieurs programmes d'éducation en santé et de counselling par les pairs afin de disséminer l'information et d'encourager la modification des comportements.

Dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada, le SCC a mis en œuvre plusieurs initiatives visant à prévenir et à contrôler la transmission de maladies infectieuses (y compris les ITS, le VIH, le VHB et le VHC) dans les établissements correctionnels fédéraux¹⁴. Les principales mesures sont le dépistage confidentiel et volontaire pour les détenus, à leur arrivée en prison et tout au long de leur incarcération, ainsi que le counselling pré-test et post-test¹⁴. Les analyses sérologiques et l'immunisation contre le virus de l'hépatite A (VHA) et le virus de l'hépatite B (VHB) sont offerts. Des programmes et du matériel éducatifs sont mis à la disposition des délinquants et du personnel¹⁴. Depuis 1992, condoms, digues dentaires et lubrifiants à base d'eau sont à la disposition des détenus dans les pénitenciers fédéraux⁵. Le SCC a également mis en œuvre une stratégie nationale antidrogue visant à réduire la consommation et le trafic de drogues dans les établissements fédéraux.

L'objectif de cette stratégie est de réduire la demande de drogues parmi les délinquants fédéraux en leur offrant des programmes de prévention et de traitement⁶, comme le programme d'entretien à la méthadone ou les programmes de prévention de l'utilisation des substances psychoactives¹⁴.

Le SCC fournit actuellement aux détenus des trousse de désinfection à l'eau de Javel pour leur permettre de nettoyer leurs aiguilles, et a récemment mis en place un projet de salon de tatouage dans six prisons fédérales. Actuellement, le SCC n'offre pas de programme d'échange d'aiguilles aux détenus, en vertu de sa politique de « tolérance zéro » vis-à-vis de la consommation et du trafic de drogues en prison, mais aussi dans le souci de préserver la santé des détenus et la sécurité des établissements. Des négociations ont été engagées entre le SCC et l'Agence de la santé publique du Canada concernant la mise en place d'un éventuel projet pilote collaboratif dans les établissements correctionnels fédéraux.

Évaluation

Les professionnels de la santé hésitent parfois à demander et les délinquants à divulguer des informations concernant leur santé, en particulier pour les questions relatives à l'activité sexuelle, la consommation de drogues et d'éventuelles activités illégales. Il est important de mettre l'accent sur le caractère confidentiel de la relation entre les professionnels de la santé et les détenus pour permettre une réelle compréhension des risques d'ITS et d'autres maladies infectieuses par les patients.

Antécédents

Il faut obtenir les antécédents sexuels complets (voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* »).

Il est important de toujours se rappeler que l'identité sexuelle auto-déclarée n'est pas un facteur prédictif exact du comportement sexuel d'un individu⁸. Certains détenus qui se disent hétérosexuels peuvent avoir eu des relations sexuelles avec des personnes du même sexe (avant ou pendant l'incarcération). Le questionnaire sur les antécédents sexuels devrait comprendre des questions sur l'activité sexuelle avec des personnes du même sexe et des personnes du sexe opposé. Des questions ouvertes peuvent être posées, comme celle-ci : « Avez-vous des relations sexuelles avec des hommes, des femmes ou les deux? ». Pour davantage d'information sur ce sujet, voir le chapitre « *Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes/Femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes* ».

Il est important d'identifier les patients qui pratiquent des activités (sexuelles et non sexuelles) associées à un risque accru d'ITS. Il s'agit notamment des pratiques suivantes :

- les relations ano-génitales réceptives ou insertives;
- les relations oro-anales (anilingus);
- les activités sexuelles non protégées (oro-génitales, anales ou génitales),
- le partage de jouets sexuels;
- les relations anales-manuelles réceptives (insertion d'un doigt ou du poignet dans l'anus d'un partenaire);
- l'usage de substances psychoactives pendant les relations sexuelles;
- le tatouage;
- l'utilisation de drogues injectables et la consommation d'autres substances psychoactives

En raison de la forte prévalence de la consommation de substances psychoactives en milieu correctionnel, il est important de noter les antécédents des détenus à cet égard (voir le chapitre « *Consommation de substances psychoactives* »).

Dépistage

Le dépistage volontaire offert aux détenus nouvellement admis dans le système correctionnel représente peut-être l'une des meilleures occasions de dépistage et d'identification des infections prévalentes parmi les délinquants⁵. Depuis la mise en œuvre de tests non invasifs, comme les tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) de l'urine, le dépistage des ITS dans les établissements correctionnels est plus disponible et acceptable⁵, mais des rapports isolés montrent que cela ne s'est pas traduit par des pourcentages accrus de détenus testés⁵. Cela peut s'expliquer par le peu d'empressement des détenus à soumettre des échantillons d'urine. L'urine est généralement associée à la détection des drogues, ce que les détenus peuvent souhaiter cacher. Une description détaillée de la procédure de dépistage permettrait peut-être de surmonter cet obstacle.

Qu'il s'agisse de nouveaux détenus ou non, l'utilisation systématique des tests de dépistage aux détenus à risque est nécessaire⁵, surtout lorsque l'on sait que les ITS sont souvent asymptomatiques. Il est donc important de connaître les antécédents sexuels pour identifier les individus à risque (voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* »). Il a été démontré que les initiatives conjointes entre le système correctionnel, les représentants de la santé publique et les évaluateurs favorisaient une augmentation du dépistage des ITS chez les détenus¹⁵.

Il est essentiel d'offrir aux détenus le counselling pré-test et post-test, et ce, que les résultats des tests soient positifs ou négatifs, afin de bien répondre aux objectifs du counselling et du dépistage de santé publique: aider les individus non infectés à adopter et à maintenir des comportements susceptibles de réduire les risques d'infection, et aider les individus infectés à solliciter des soins médicaux et à éviter d'infecter d'autres personnes⁸.

D'après les résultats des antécédents et de l'évaluation des risques, le dépistage suivant devrait être envisagé pour les détenus et les délinquants :

- dépistage systématique des ITS sur tous les sites possibles d'infection : chlamydia, gonorrhée, syphilis, VIH et VHB (si le détenu n'a jamais été immunisé ou si on ne sait pas s'il est immun);
- test de détection pour le virus Herpes simplex si des symptômes sont présents (voir le chapitre « *Infections génitales au virus Herpes simplex* »);
- sérologie pour le VHC : l'utilisation de drogues injectables, le tatouage et les pratiques sexuelles à risque élevé sont des comportements à risque associés à la transmission du VHC parmi la population carcérale⁶;
- avant la vaccination, vérifier l'immunité contre le VHA chez les patients présentant un risque avéré.

Pour plus d'information sur le dépistage chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et les femmes qui ont des relations sexuelles avec d'autres femmes, voir le chapitre « *Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes/Femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes* ».

L'examen du col utérin pour le dépistage de la dysplasie et (ou) l'infection par le virus du papillome humain (VPH) chez les détenues femmes devrait être envisagé en l'absence de dépistage avec résultat normal au cours de l'année précédente (voir le chapitre « *Infections génitales au virus du papillome humain* »).

Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

En milieu correctionnel, le roulement et le transfert fréquents des délinquants entre différents établissements, en particulier lors de l'admission et dans le cas de certains détenus provisoires (ceux qui reviennent de libération conditionnelle), peuvent réduire le temps disponible pour diagnostiquer et traiter une ITS. Pour cette raison, il peut être pertinent de procéder au dépistage au moyen d'un test rapide au point de service.

Les échantillons d'urine sont généralement mieux acceptés que les prélèvements urétraux et cervicaux, qui sont de nature effractive, mais leur corrélation avec les contrôles antidrogue peut dissuader les détenus de fournir un échantillon. Une explication de l'objectif exact du prélèvement des échantillons d'urine pourrait faciliter leur acceptation par les détenus..

Prise en charge et traitement

En milieu correctionnel, la rotation et le transfert fréquents des délinquants entre différents établissements, en particulier lors de l'admission et dans le cas de certains détenus provisoires (ceux qui reviennent de libération conditionnelle), peuvent limiter le recours aux schémas de traitement de longue durée. Dans ces cas, la monothérapie pour le traitement des ITS est probablement plus appropriée.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

D'après une directive du SCC sur les mesures de la prévention de la transmission des infections, les médecins de SCC ou le Chef des Services de santé, au nom d'un médecin, doivent s'assurer que toutes les maladies transmissibles à déclaration obligatoire diagnostiquées à l'échelle provinciale sont signalées à la direction régionale de santé publique.

La notification aux partenaires est un élément fondamental du suivi des ITS. Cependant, les détenus obtenant un résultat positif pour une ITS hésitent parfois à divulguer des informations concernant leurs contacts ou leurs comportements, lorsque ceux-ci pourront être jugés inappropriés, interdits ou stigmatisés. Il est essentiel de s'assurer que le processus de notification aux partenaires est volontaire et facultatif, afin de préserver la confidentialité et la confiance, et de respecter la dignité et les droits individuels⁸.

Suivi

Les détenus qui continuent de pratiquer des comportements à risque devraient être encouragés à subir des tests de dépistage des ITS de façon régulière. Il est important de continuer à mettre l'accent sur l'éducation et le counselling en matière de pratiques sexuelles à risques réduits et de réduction des méfaits.

Si une immunisation contre le VHA et le VHB a été entreprise, le calendrier de vaccination recommandé devrait être respecté.

Comme c'est le cas pour toutes les femmes, les détenues devraient se soumettre au dépistage du col utérin de façon régulière pour la dysplasie et (ou) l'infection au VPH.

Il est important que les services correctionnels collaborent étroitement avec les autorités de la santé publique afin d'effectuer le suivi, lorsque c'est nécessaire, des détenus libérés dans la collectivité (orientation/déclaration à la santé publique des cas non traités et des contacts libérés ou résidant dans la collectivité).

Traitement antimicrobien pendant la grossesse	1
Questions particulières liées à des circonstances obstétricales et gynécologiques	2
Infections à Chlamydia	3
Infections gonococciques	4
Syphilis	5
Trichomonase	8
Vaginose bactérienne	9
Candidose vulvo-vaginale	10
Pédiculose Pubienne	12
Gale	12
Infection génitale au virus Herpes simplex	13

Femmes enceintes

janvier 2008

Verrues génitales et infection génitale au virus du papillome humain	14
Infection au virus de l'hépatite A	15
Infection au virus de l'hépatite B	15
Infection au virus de l'hépatite C	16
Infection au virus de l'immunodéficience humaine	17

FEMMES ENCEINTES

Le présent chapitre mettra en lumière des aspects de la prise en charge des ITS touchant la grossesse. Pour plus de détails relatifs à chacun des troubles décrits voir les chapitres appropriés dans les présentes lignes directrices.

Le dépistage des infections transmissibles sexuellement (ITS) devrait être accru pendant la grossesse, compte tenu des complications importantes possibles en ce qui a trait à l'issue de la grossesse (âge gestationnel à la naissance et type d'accouchement) et à la santé du nouveau-né en raison du risque de transmission verticale. Les recommandations suivantes ont été formulées à cet égard.

- Lors de la première visite prénatale, toutes les femmes enceintes devraient :
 - se voir offrir du counselling et un test de dépistage pour le VIH;
 - passer un test de dépistage pour l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg);
 - passer un test de dépistage pour *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*;
 - passer un test de dépistage pour la syphilis.
- Toutes les femmes enceintes devraient faire l'objet d'une évaluation quant aux facteurs de risque d'ITS avant et pendant la grossesse. Les facteurs de risque sont décrits dans le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement ». Toute femme présentant des facteurs de risque persistants quant à l'acquisition d'une ITS pendant la grossesse devrait faire l'objet de nouveaux tests de dépistage à chaque trimestre.
- Si une ITS est diagnostiquée pendant la grossesse, le traitement approprié doit être administré, en tenant compte de la grossesse (voir ci-dessous).
- Compte tenu de la possibilité d'efficacité réduite des traitements pendant la grossesse, il est important d'effectuer un suivi et un test de contrôle de la patiente et de son (ses) partenaire(s) sexuel(s) après le traitement, de manière à en assurer la réussite.

Traitement antimicrobien pendant la grossesse

- Il faut porter une attention particulière au traitement des ITS pendant la grossesse, de manière à en assurer l'innocuité.
- **Consultez toujours un collègue expérimenté si vous avez des doutes quant au risque que posent les médicaments pendant la grossesse.** Les données sur les traitements antimicrobiens et les risques qui leur sont associés dépassent le cadre du présent document. La clinique *Motherisk* de l'*Hospital for Sick Children* de Toronto constitue une excellente ressource. Il est possible d'y accéder par Internet, à www.motherisk.org, ou par téléphone, au (416) 813-6780. Au Québec la clinique des grossesses à risques du CHU Sainte-Justine est aussi une excellente ressource. Il est possible d'y accéder en composant le (514) 345-4931 ou par Internet à www.chu-sainte-justine.org



• **Voici une liste incomplète de médicaments dont l'administration est contre-indiquée, de façon relative ou absolue, pendant la grossesse :**

- estolate d'érythromycine;
- sulfaméthoxazole;
- fluoroquinolones;
- podophylline/podophyllotoxine/5-fluoro-uracile/imiquimod (l'utilisation n'est pas autorisée pendant la grossesse);
- doxycycline/tétracycline/minocycline;
- hexachlorure de gammabenzène/lindane;
- interférons;
- ribavirine.

Questions particulières liées à des circonstances obstétricales et gynécologiques

Les ITS et l'interruption de grossesse

Les femmes se présentant pour une interruption chirurgicale ou médicale de la grossesse devraient idéalement subir un test de dépistage pour les ITS avant l'intervention. Lorsque cela est possible, le dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée et le traitement subséquent constituent une procédure préalable appropriée.



Lorsque cela n'est pas possible, il est recommandé d'administrer en prophylaxie, avant la procédure, une dose unique **d'azithromycine** (1 g, p.o. [A-I]) ou une cure de traitement complet de **doxycycline** 100 mg, 2 f.p.j., pour sept jours pour cibler *C. trachomatis*¹.

Bien que la vaginose bactérienne (VB) semble contribuer à l'apparition d'une infection postopératoire, un essai clinique randomisé réalisé récemment, au cours duquel du métronidazole était administré avant la chirurgie à des patientes présentant une vaginose bactérienne, n'a montré aucune amélioration des issues². Cet aspect devrait faire l'objet d'études plus poussées.

L'insémination artificielle et le risque d'ITS

Les risques de contracter une ITS des suites d'une insémination par donneur sont réduits en raison des pratiques canadiennes courantes en ce qui a trait au dépistage sérologique du VIH, du virus de l'hépatite B (VHB), du virus de l'hépatite C (VHC) et de la syphilis. Il est recommandé que le sperme du donneur soit entreposé jusqu'à ce qu'une nouvelle sérologie effectuée après 6 mois ne montre aucune trace de VIH chez le donneur. L'analyse initiale et subséquente du sperme du donneur devrait comprendre le dépistage de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis*³. Le recours aux antibiotiques pendant le transfert de l'embryon, en vue d'amenuiser l'atteinte inflammatoire pelvienne iatrogène causée par *C. trachomatis*, n'a pas fait l'objet d'une étude en milieu contrôlé⁴. Toutefois, un sondage réalisé récemment au Royaume-Uni indique que la prophylaxie contre *C. trachomatis* est utilisée dans la moitié des cas de transfert d'embryon dans ce pays⁵.

Infections à Chlamydia

Les rapports qui existent dans la littérature varient à ce sujet, mais il ne semble exister aucune association fiable entre les mauvaises issues de grossesse (p. ex., l'accouchement préterme ou la rupture prolongée des membranes avant-terme) et la cervicite à *C. trachomatis*⁶.

La transmission verticale survient chez 50 % des nourrissons nés par voie vaginale d'une mère infectée. La transmission verticale peut également survenir lors d'une césarienne lorsque les membranes sont intactes. Des nouveau-nés qui sont infectés, au moins 20 % contractent une conjonctivite, et 20 % contractent une pneumopathie inflammatoire^{7,8}. Bien que les lignes directrices provinciales varient, les recommandations nationales générales préconisent le dépistage de *C. trachomatis* à un stade précoce de la grossesse. Un dépistage subséquent devrait être effectué pendant le troisième trimestre chez les femmes qui risquent toujours de contracter une ITS. (Voir le chapitre « Infections à Chlamydia » pour une discussion complète au sujet du diagnostic de *C. trachomatis* et de sa prise en charge).

Traitement

Tableau 1. Traitement contre la *C. trachomatis* pendant la grossesse

- **Amoxicilline** 500 mg, p.o., 3 f.p.j., pendant 7 jours [A-I]
OU
- **Base d'érythromycine** 500 mg, p.o., 4 f.p.j., pendant 7 jours [A-I]
OU
- **Azithromycine** 1 g, p.o., administré en dose unique si l'on s'attend à une mauvaise adhésion au traitement [A-I]

Remarque :

Il est contre-indiqué d'administrer de la doxycycline et des quinolones aux femmes enceintes et aux femmes qui allaitent. L'estolate d'érythromycine est contre-indiqué pendant la grossesse en raison de l'hépatotoxicité et de l'hépatite cholestatique découlant de son administration. L'amoxicilline et l'érythromycine sont efficaces; cependant, l'adhésion au traitement en ce qui concerne l'érythromycine peut être difficile à respecter, compte tenu des effets secondaires gastrointestinaux⁹. L'azithromycine semble être sûre et efficace¹⁰⁻¹².

Les partenaires sexuels devraient être traités et faire l'objet de tests de contrôle afin de s'assurer qu'ils sont guéris. L'abstinence ou le recours au condom est recommandé, pendant le traitement et jusqu'à ce que les tests de contrôle soient négatifs. Un test de détection subséquent pour la chlamydia par polymérase en chaîne peut donner un résultat positif en raison de la présence persistante d'ADN appartenant à des organismes détruits jusqu'à quatre semaines après la fin du traitement¹³. La nouvelle analyse devrait donc avoir recours à la polymérase en chaîne (en raison de sa grande sensibilité) de 3 à 4 semaines après le traitement, ou à une culture s'il n'est pas possible d'attendre 3 semaines. Toutes les femmes enceintes devraient à nouveau faire l'objet de tests de contrôle après le traitement, afin de s'assurer de la guérison.

Infections gonococciques

L'infection à *N. gonorrhoeae* pendant la grossesse est associée à l'endométrite, à la sepsie pelvienne, à l'ophtalmie purulente et à l'infection néonatale systémique¹⁴. Bien que l'infection gonococcique ne se rencontre que rarement dans bon nombre de pratiques cliniques, on continue de suggérer que toutes les femmes enceintes fassent l'objet de tests de dépistage dès les débuts de la grossesse, compte tenu des conséquences néfastes d'une infection non traitée.

Les femmes infectées devraient être traitées à l'aide d'une céphalosporine privilégiée ou un autre traitement¹⁵. Les femmes présentant une allergie à la pénicilline ou une intolérance à la céphalosporine devraient se faire administrer une dose unique de 2 g de spectinomycine i.m.¹⁶. Un diagnostic de *N. gonorrhoeae* est fortement associé à une coinfection au *C. trachomatis*¹⁷. Il est recommandé d'administrer un traitement pour les deux ITS en présence de *N. gonorrhoeae*¹⁸, à moins qu'un test de dépistage pour le *C. trachomatis* donne un résultat négatif. Dans le cas des femmes enceintes, il est aussi recommandé d'effectuer un test de contrôle. (Voir le chapitre « Infections gonococciques » pour une discussion complète au sujet du diagnostic de *N. gonorrhoeae* et de sa prise en charge.)

Traitement

Tableau 2. Traitement contre le *N. gonorrhoeae* pendant la grossesse

Privilégié	Autre traitement
<ul style="list-style-type: none">• Céfixime 400 mg, p.o., en dose unique [A-I]	<ul style="list-style-type: none">• Ceftriaxone 125 mg, i.m., en dose unique [A-I] OU <ul style="list-style-type: none">• Spectinomycine 2 g, i.m., en dose unique (disponible uniquement par l'entremise du PAS) [A-I]

PAS = Programme d'accès spécial

Tous les partenaires sexuels de patientes atteintes d'une infection à *N. gonorrhoeae* devraient faire l'objet d'une évaluation et d'un traitement contre les infections à *N. gonorrhoeae* et à *C. trachomatis*. Les patientes et leurs partenaires devraient s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées tant que le traitement n'a pas été administré en entier (p.ex., une fois qu'un traitement à dose multiple a été administré ou pendant 7 jours après l'administration d'un traitement à dose unique). En présence d'une grossesse, il est recommandé d'effectuer un test de contrôle chez les deux partenaires.

Syphilis

La syphilis infectieuse pendant la grossesse, qui peut être définie comme une infection primaire, secondaire ou latente précoce (généralement la première année après l'acquisition de l'infection), peut entraîner une infection fœtale, se traduisant par une mortinaissance, un accouchement préterme, des anomalies congénitales et une maladie active au moment de l'accouchement. La transmission se produit par voie transplacentaire (dès la 14^e semaine, et pendant le reste de la grossesse) ou à l'accouchement. Une syphilis primaire ou secondaire non traitée comporte un risque de transmission pouvant aller jusqu'à 100 %, alors que l'infection latente précoce comporte un risque de transmission de 40 %¹⁹. Une syphilis traitée comporte, quant à elle, un taux de transmission de 1,8 %²⁰. Dans le cadre d'une étude canadienne de petite envergure, une femme traitée sur 98 a eu un enfant atteint de syphilis congénitale, alors que 4 femmes sur 9, non traitées pendant la grossesse, ont eu des enfants atteints de syphilis congénitale²¹. Chez les mères qui allaitent, la présence de lésions syphilitiques primaires ou secondaires s'accompagne d'un risque théorique de transmission de la syphilis au nourrisson.

Étant donné la résurgence de la syphilis au Canada, le dépistage universel est primordial pour toutes les femmes enceintes, lequel fait partie des soins de routine dans la plupart des régions. Idéalement, le dépistage devrait être effectué pendant le premier trimestre de la grossesse, puis être refait entre la 28^e et 32^e semaine de grossesse, et de nouveau au moment de l'accouchement chez les femmes présentant un risque élevé de contracter la syphilis ou dans les régions où des flambées de syphilis sont observées chez les hétérosexuels.

Si le dépistage initial est effectué à l'aide d'une analyse non tréponémique (analyse non tréponémique VDRL ou test rapide de la réagine plasmatique (RPR), chez les patientes présentant un risque élevé d'ITS, une analyse tréponémique devrait être ajoutée au test initial.

L'introduction des analyses tréponémiques pour détecter les anticorps IgG/IgM, comme l'essai immuno-enzymatique (EIA), pourrait offrir une méthode plus sensible pour le dépistage de la syphilis. Bien que les essais immuno-enzymatiques soient très sensibles, ils peuvent manquer de spécificité, par conséquent si l'analyse ELISA tréponémique s'avère positive, une analyse confirmatoire par un deuxième test tréponémique est requise (p. ex., FTA-ABS, MHA-TP,TP-PA).

Si la sérologie de dépistage non tréponémique est positive, il faut effectuer une analyse tréponémique afin de confirmer le diagnostic: (p. ex., FTA-ABS, MHA-TP,TP-PA).

Des résultats biologiques faux positifs sont possibles dans le cadre d'analyses tréponémiques et non tréponémiques effectués pendant la grossesse. Toutefois, ils sont plus courants dans le cas des résultats non tréponémiques.

Toute femme accouchant d'un enfant mort-né à $\geq 20^{\text{e}}$ semaine de grossesse devrait subir un test de dépistage de la syphilis. Pour de plus amples détails au sujet de tests particuliers, voir le chapitre « *Syphilis* ».

Considérations diagnostiques

Les femmes enceintes chez lesquelles on a confirmé la présence de syphilis devraient être considérées comme étant infectées, à moins qu'il existe des antécédents de traitement adéquat et que les titres d'anticorps sérologiques séquentiels aient diminué. Dans certains cas, les titres d'anticorps ne deviennent pas indécélabes malgré un traitement réussi et peuvent demeurer à un niveau positif très bas (1:1 ou 1:2) indéfiniment.

Traitement

La pénicilline est efficace pour prévenir la transmission de la mère au fœtus, ainsi que pour traiter l'infection fœtale. Pendant la grossesse, le traitement devrait être approprié au stade de la présentation. Les autres traitements ne se sont pas montrés efficaces pour le traitement de la syphilis pendant la grossesse. Les femmes enceintes dont les antécédents comportent une mention d'allergie importante à la pénicilline devraient être désensibilisées et par la suite recevoir un traitement à la pénicilline.

Tableau 3. Traitement contre la syphilis pendant la grossesse

Stade	Traitement privilégié ^ψ	Autre traitement pour les patientes allergiques à la pénicilline
<ul style="list-style-type: none"> • Primaire • Secondaire • Latente précoce (durée < 1 an) 	<p>Pénicilline G benzathine 2,4 millions d'unités, i.m., une fois par semaine pour 1 ou 2 doses ^{ψ*}20 <i>[B-II (dose unique); C III (2 doses)]</i></p>	<p>Il n'existe pas d'autre traitement satisfaisant pour le traitement de la syphilis pendant la grossesse; le manque de données sur l'efficacité de la ceftriaxone pendant la grossesse empêche de recommander ce traitement.</p> <p>Envisager sérieusement une désensibilisation à la pénicilline, suivie d'un traitement avec la pénicilline <i>[A-III]</i>.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Syphilis latente tardive • Syphilis latente de durée inconnue • Syphilis cardiovasculaire et autre syphilis tertiaire sans atteinte au système nerveux central 	<p>Pénicilline G benzathine 2,4 millions d'unités, i.m., une fois par semaine pour 3 doses²²<i>[B III]</i></p>	<p>Il n'existe pas d'autre traitement satisfaisant pour le traitement de la syphilis pendant la grossesse; le manque de données sur l'efficacité de la ceftriaxone pendant la grossesse empêche de recommander ce traitement.</p> <p>Envisager sérieusement une désensibilisation à la pénicilline suivie d'un traitement par la pénicilline <i>[A-III]</i>.</p>

SAP=Special Access Program

^ψ Quelques juridictions ont rapportées une utilisation inappropriée de la benzylpénicilline (pénicilline G) à action brève (par voie i.m.), au lieu de la pénicilline G benzathine à action prolongée (Bicillin-L A), pour le traitement de la syphilis infectieuse. Les professionnels de la santé, les pharmaciens et les agents responsables des achats devraient porter une attention spéciale à la similarité entre les noms de ces deux produits afin de prévenir et d'éviter un traitement inapproprié et inadéquat. La pénicilline benzathine à action prolongée atteint des niveaux de concentrations sériques de pénicilline détectables pendant 2 à 4 semaines chez les adultes (sauf pour les femmes enceintes) et est requise afin de traiter la syphilis infectieuse adéquatement. Les pénicillines à action brève ne sont pas adéquates pour guérir l'infection à la syphilis²³.

* Certains experts recommandent 3 doses hebdomadaires (total de 7,2 millions d'unités) de pénicilline G benzathine pour les personnes atteintes du VIH.

[¥] Étant donné qu'il est complexe de déterminer avec exactitude le stade de la syphilis précoce, certains experts recommandent que les femmes enceintes atteintes de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce soient traitées par deux doses de 2,4 millions d'unités de pénicilline G benzathine administrées à une semaine d'intervalle. On ignore si ce schéma thérapeutique est efficace pour prévenir la transmission de la syphilis au fœtus²⁴.

Pendant la deuxième moitié de la grossesse, une évaluation échographique du fœtus visant à confirmer la présence de syphilis congénitale peut faciliter la prise en charge et le counselling; toutefois, ces mesures ne devraient pas retarder le traitement. **La présence de signes échographiques de syphilis fœtale (p. ex., hépatomégalie, ascite et anasarque) indique un risque accru d'échec du traitement du fœtus. Les cas de ce genre devraient être pris en charge en consultation avec des spécialistes de l'obstétrique²⁵.**

Les femmes ayant fait l'objet d'un traitement contre la syphilis pendant la deuxième moitié de leur grossesse risquent de connaître un travail prématuré et (ou) la détresse fœtale, si le traitement précipite la réaction de Jarisch-Herxheimer; celle-ci est caractérisée par de la fièvre, de l'irritabilité utérine et des contractions. On estime que cette réaction se produit chez 40 % des patientes atteintes de syphilis primaire ou secondaire, et que le phénomène s'amorce généralement dans les 10 heures suivant le traitement et se résorbe dans les 24 heures suivantes²⁶. On devrait conseiller à ces femmes d'obtenir des soins obstétricaux après le traitement si elles ressentent des contractions ou une diminution des mouvements du fœtus. Certains centres effectuent la surveillance du fœtus pendant le traitement. Bien que la mortinaissance constitue une complication rare du traitement, toute préoccupation à son sujet ne devrait pas retarder l'administration du traitement nécessaire.

On devrait offrir à toutes les patientes atteintes de syphilis de subir un test de dépistage d'infection au VIH. S'il y a possibilité de syphilis congénitale, consultez un collègue expérimenté dans ce domaine.

Les femmes qui sont traitées pour la syphilis pendant la grossesse ainsi que leurs nouveau-nés ont besoin d'un suivi médical accru pour effectuer des analyses sérologiques et d'autres tests de suivi. Voir le chapitre « *Syphilis* » pour les recommandations sur le suivi et la surveillance et les indications pour le traitement des nouveau-nés des mères traitées pour la syphilis pendant la grossesse.

Trichomonase

La trichomonase vaginale est associée à des issues de grossesse néfastes, plus particulièrement à la rupture prématurée des membranes, à l'accouchement préterme et au faible poids à la naissance. Toutefois, les données ne montrent pas que le fait de traiter la trichomonase asymptomatique pendant la grossesse diminue le risque d'issues défavorables de grossesse. En fait, on a constaté, dans le cadre d'un essai contrôlé par placebo, que le fait de traiter la trichomonase asymptomatique à l'aide de deux doses de 2 g de métronidazole augmente le nombre d'accouchements prétermes²⁷. Pour cette raison, il n'est pas recommandé d'effectuer un test de dépistage chez toutes les femmes enceintes. Cependant, les femmes qui présentent des symptômes de trichomonase devraient être traitées afin de soulager les symptômes et de minimiser les risques de transmission par voie sexuelle, décrits ci-dessous²⁸⁻³⁰. Les patientes peuvent être traitées à l'aide d'une dose unique de 2 g de métronidazole, administrée par voie orale. On a constaté des taux de guérison légèrement meilleurs à la suite d'un traitement de 7 jours (en fonction des recommandations ci-dessous)³⁰. De multiples études et méta-analyses n'ont pas été en mesure de montrer un lien consistant entre l'administration de métronidazole pendant la grossesse et des effets néfastes sur le fœtus; on considère donc qu'il est sûr de l'utiliser pendant la grossesse³¹⁻³³.

Considérations diagnostiques

Le diagnostic de trichomonase vaginale est généralement effectué à l'aide d'une analyse microscopique des sécrétions vaginales (préparation à l'état frais); toutefois, cette méthode n'offre une sensibilité que de 60 % à 70 %. L'analyse microscopique et les cultures effectuées peu de temps après le prélèvement constituent la méthode diagnostique disponible la plus sensible.

Traitement

Tableau 4. Traitement contre la trichomonase pendant la grossesse

Privilégié	Autre Traitement
• Métronidazole 2 g, p.o., en dose unique [A-I]	• Métronidazole 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours [A-I]

Le traitement topique est inefficace pour la guérison par rapport à l'administration de métronidazole par voie orale (<50 % d'efficacité avec le traitement intra-vaginal³⁴). Il est essentiel de traiter le(s) partenaire(s) sexuel(s) pour assurer la guérison.

L'abstinence pendant le traitement est recommandée afin d'éviter la réinfection. Il est nécessaire de refaire les tests pendant la grossesse que pour les patientes qui continuent de présenter des symptômes après le traitement.

Vaginose bactérienne

La vaginose bactérienne pendant la grossesse est associée à certaines issues défavorables, dont la rupture prématurée des membranes, le travail préterme, l'accouchement préterme et l'endométrite post-partum. Il existe des données probantes appuyant le dépistage et le traitement de la 12^e à la 16^e semaine dans le cas d'une grossesse à risque élevé (p. ex., travail ou accouchement préterme antérieur ou rupture prématurée des membranes avant-terme antérieure). Si la patiente présente des symptômes ou un risque élevé, effectuez un test de dépistage de la VB et administrez le traitement ci-dessous. Le fait de traiter la VB dans de tels cas peut réduire le risque de prématurité, de faible poids à la naissance et de rupture prématurée des membranes avant-terme³⁵⁻³⁸. Chez les femmes à faible risque et ne présentant aucun symptôme, le dépistage n'est pas recommandé, étant donné qu'on a constaté, dans le cadre d'essais comparatifs randomisés bien conçus, qu'il n'avait aucun effet sur les issues défavorables^{35,36}. Si les symptômes laissent entrevoir la présence de VB, il est approprié d'effectuer un test de détection; dans ce cas, des résultats positifs confirment la nécessité d'administrer un traitement en vue de soulager les symptômes.

Traitement

Tableau 5. Traitement contre la vaginose bactérienne pendant la grossesse

Privilégié	Autre traitement
• Métronidazole 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours [A-I]	• Clindamycine 300 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours [A-I]

Il est recommandé d'administrer un traitement systémique plutôt que topique pendant la grossesse, étant donné que l'administration du traitement par voie vaginale ne s'est pas montrée efficace pour réduire les risques d'issues de grossesse défavorables.

De plus, l'administration du traitement topique à la clindamycine pendant la grossesse est associée à des issues néfastes chez les nouveau-nés⁴⁰⁻⁴².

D'après de multiples études, évaluées récemment par méta-analyse, les données probantes démontrent l'innocuité et l'absence de tératogénicité de l'administration systémique de métronidazole pendant la grossesse³¹⁻³³. Il peut être utile d'effectuer un nouveau test de dépistage et de ré-administrer le traitement dans le cas de femmes dont la grossesse présente des risques élevés (p. ex., travail ou accouchement préterme antérieur, ou rupture prématurée des membranes avant-terme). **Il est important de noter que l'administration de clindamycine est associée à un risque accru de colite pseudo-membraneuse; il ne faudrait donc y avoir recours que lorsqu'il n'y a aucun autre traitement possible.**

Candidose vulvo-vaginale

La candidose vulvo-vaginale est une infection courante pendant la grossesse. La prise en charge dépend du degré de symptomatologie. Le *Candida* est souvent difficile à éliminer pendant la grossesse; le principal objectif du traitement devrait donc être le soulagement des symptômes. À ce jour, seuls les traitements topiques à base de composés de type « azole » sont recommandés pendant la grossesse, et leur administration devrait être surveillée par un médecin. Il peut être nécessaire d'administrer un traitement pour une durée de 7 jours pendant la grossesse pour obtenir une résolution des symptômes⁴³. D'après des études effectuées sur des animaux, l'administration par voie orale de fluconazole est considérée comme étant tératogène⁴⁴. Toutefois, on n'a pas constaté de risques accrus de complications dans 226 cas d'exposition chez les humains pendant le premier trimestre⁴⁵. Cependant, on rapporte que certaines femmes ayant été exposées de façon chronique pendant la grossesse avaient donné naissance à des nourrissons atteints de syndromes de malformation squelettique, suggérant l'effet tératogène du fluconazole^{46,47}. **Par conséquent, l'administration par voie orale de produits à base de composés de type « azole » n'est pas recommandée. L'administration par voie intra-vaginale d'acide borique n'est pas recommandée pendant la grossesse en raison de son effet tératogène potentiel, constaté dans le cadre d'études effectuées sur des animaux⁴⁸.**

Traitement

Tableau 6. Options de traitement pour la candidose vulvo-vaginale pendant la grossesse

Butoconazole [A-I]	<ul style="list-style-type: none">• 5 g de crème à 2 % (butaconazole1-libération soutenue), en une seule application intra-vaginale
Clotrimazole [A-I]	<ul style="list-style-type: none">• 5 g de crème à 1 %, par voie intra-vaginale, chaque jour pendant 7 à 14 joursOU• un comprimé vaginal de 100 mg, chaque jour pendant 7 joursOU• deux comprimés vaginaux de 100 mg, chaque jour pendant 3 joursOU• un comprimé vaginal de 500 mg, en une seule application
Miconazole [A-I]	<ul style="list-style-type: none">• 5 g de crème à 2 %, par voie intra-vaginale, chaque jour pendant 7 joursOU• un suppositoire vaginal de 100 mg, chaque jour pendant 7 joursOU• un suppositoire vaginal de 200 mg, chaque jour pendant 3 jours
Nystatin [A-I]	<ul style="list-style-type: none">• un comprimé vaginal de 100 000 unités, chaque jour pendant 14 jours
Terconazole [A-I]	<ul style="list-style-type: none">• 5 g de crème à 0,4 %, par voie intra-vaginale, chaque jour pendant 7 joursOU• 5 g de crème à 0,8 %, par voie intra-vaginale, chaque jour pendant 3 joursOU• un suppositoire vaginal de 80 mg, chaque jour pendant 3 jours

Pédiculose Pubienne

Les patientes infectées par le *P. pubis* (morpion) consultent généralement pour les soins médicaux en raison de la présence de prurit, de poux ou de lentes dans leurs poils pubiens. La pédiculose pubienne se transmet généralement par contact sexuel⁴⁹. Le traitement pendant la grossesse devrait être administré tel que décrit ci-dessous (voir aussi le chapitre « *Infestations ectoparasitaires* »).

Traitement

Tableau 7. Traitement contre les morpions pendant la grossesse

- **Après-shampooing de perméthrine à 1 %**, appliqué sur les régions affectées et rincé après 10 minutes [B-II]

OU

- **Pyréthrines avec butoxyde de pipéronyle**, appliquées sur la région affectée et rincées après 10 minutes [B-II]

Remarque : Le lindane est contre-indiqué pendant la grossesse.

Suivi

Les patientes devraient faire l'objet d'une évaluation après une semaine si les symptômes persistent. Il peut être nécessaire de ré-administrer le traitement s'il y a présence de poux ou d'œufs à la jonction des poils et de la peau. Les patientes qui ne réagissent pas à l'un des schémas posologiques recommandés devraient être traitées à nouveau à l'aide d'un autre schéma posologique. Toutefois, la présence de prurit en l'absence d'organismes persistants ne nécessite que le traitement symptomatique. Les partenaires sexuels du dernier mois devraient être traités. Les patientes devraient éviter tout contact sexuel avec leur(s) partenaire(s) sexuel(s) jusqu'à ce que les patientes et les partenaires aient été traités et réévalués, afin d'éliminer la possibilité d'infection persistante.

Gale

Le symptôme prédominant de la gale est le prurit. La sensibilisation au *Sarcoptes scabiei* doit survenir avant l'apparition du prurit. La première fois qu'une personne est infectée par le *S. scabiei*, la sensibilisation peut mettre plusieurs semaines à se développer. Toutefois, le prurit peut apparaître dans les 24 heures suivant une infestation subséquente. Chez les adultes, la gale est souvent acquise sexuellement, ce qui n'est généralement pas le cas chez les enfants (voir le chapitre « *Infestations ectoparasitaires* » pour de plus amples renseignements au sujet de la transmission). Le prurit peut se poursuivre pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines après le traitement⁴⁹⁻⁵¹.

Traitement

Tableau 8. Traitement contre la gale pendant la grossesse

- **Crème de perméthrine (5 %)** appliquée sur toutes les parties affectées du corps à partir du cou, puis rincée après 8 à 14 heures [B-II]

Remarque : Le lindane et l'ivermectine sont contre-indiqués chez les femmes enceintes et celles qui allaitent.

Les partenaires sexuels, de même que les proches ou les membres du même foyer qui ont été en contact rapproché avec la personne infectée au cours du dernier mois, devraient également être examinés et traités. Administrez à nouveau le traitement si les symptômes persistent ou resurgissent.

Infection génitale au virus Herpes simplex

Il est important d'offrir à toutes les femmes se présentant pour obtenir des soins obstétricaux du counselling concernant les signes et symptômes du virus Herpes Simplex (VHS), ainsi que les comportements permettant de réduire les risques de contracter l'herpès génital. Il n'existe présentement aucune donnée probante encourageant l'examen ou le traitement de femmes enceintes n'ayant aucun antécédent d'herpès génital, et dont les partenaires n'ont pas non plus d'antécédents d'herpès génital. Cependant, compte tenu de l'absence d'antécédents, ces femmes sont à risque de contracter une infection primaire pendant la grossesse. L'infection primaire pendant la grossesse est associée à des taux significatifs de transmission verticale.

Les femmes ne présentant aucun antécédent de VHS devraient se voir offrir du counselling sur les signes et symptômes et sur les comportements permettant de réduire les risques de contracter le VHS. Le VHS de type 1 et 2 peut entraîner des lésions génitales, être transmis verticalement et provoquer une maladie néonatale. Le diagnostic d'herpès génital peut être difficile à établir en raison du phénomène courant de maladie asymptomatique ou subclinique. Le diagnostic nécessite une évaluation soignée des caractéristiques cliniques, des cultures ou de la PCR des sites génitaux, ainsi que de la sérologie spécifique de type. Le VHS néonatal est associé à un taux significatif de morbidité et de mortalité, entraînant des maladies cutanées, du système nerveux central et disséminées, comme la pneumonite et l'encéphalite.

Infection primaire

Si la mère est séronégative, elle risque de contracter une infection primaire au VHS-1 ou VHS-2 pendant la grossesse. Si cela se produit pendant la deuxième moitié de la grossesse, la possibilité de transmission verticale est de 30 à 50 %^{52,53}. Une proportion significative des cas d'herpès néonatal sont nés de mères n'ayant aucun antécédent connu d'herpès génital^{54,55}. Pour le moment, il n'existe aucune donnée probante démontrant que les tests sérologiques de routine effectués pendant la grossesse aident à diminuer les risques d'herpès néonatal. Toutefois, si une femme enceinte présentant une susceptibilité sérologique a un partenaire atteint d'herpès oral ou génital, il est prudent de lui conseiller de s'abstenir de tout contact sexuel oral ou génital. Par ailleurs, les données recueillies auprès de femmes qui n'étaient pas enceintes suggèrent que la mise en œuvre d'un traitement suppressif chez le partenaire masculin atteint d'herpès génital permettrait de diminuer les risques de transmission par voie sexuelle. Par contre, ce traitement ne devrait pas remplacer l'abstinence ou l'utilisation judicieuse du condom⁵⁶.

Traitement

Tableau 9. Traitement contre le VHS génital pendant la grossesse

- **Acyclovir** 200 mg, p.o., cinq fois par jour pendant 5 à 10 jours [A-I]⁵⁷

La présence d'une infection primaire pendant la grossesse justifie le recours à un traitement à l'acyclovir et la possibilité de recourir à la césarienne pour l'accouchement, surtout si l'infection survient vers la fin du troisième trimestre. Ces mesures permettent de réduire les risques de transmission verticale, sans toutefois les éliminer⁵⁸. Voir le chapitre « *Infections génitales au virus Herpes simplex* » pour obtenir de plus amples renseignements sur le traitement.

Infection récurrente

Chez une femme ayant déjà été infectée, le risque de transmission verticale est de 2 à 4 %.

Pour celles ayant eu une flambée au cours de l'année précédente, on recommande l'administration d'un traitement prophylactique de soit **acyclovir** 200 mg, p.o., 4 f.p.j. OU **acyclovir** 400 mg, p.o., 3 f.p.j, OU **valacyclovir** 500 mg, 2 f.p.j, de la 36^e semaine jusqu'à l'accouchement. [A-I]^{57, 59-61}. La transmission peut se produire au moment de l'accouchement, qu'il y ait présence de lésions ou pas, en raison de l'excrétion asymptomatique du virus. Le traitement à l'acyclovir diminue les risques de lésion et d'excrétion asymptomatique du virus, réduisant par le fait même le taux de césarienne^{57,62}. Voir le chapitre « *Infections génitales au virus Herpes simplex* » pour obtenir de plus amples renseignements au sujet du traitement suppressif.

Il est recommandé d'effectuer une césarienne s'il y a présence de lésions génitales ou de symptômes prodromiques au moment de l'accouchement⁶². Advenant une rupture des membranes, la césarienne est considérée comme un moyen de protection, si elle est pratiquée, idéalement, en moins de 4 heures^{63,64}.

Verrues génitales et infection génitale au virus du papillome humain

La transmission verticale du virus du papillome humain (VPH) de type 6 et de type 11 peut entraîner la papillomatose respiratoire récurrente chez les nourrissons et les enfants.

La transmission périnatale symptomatique est peu fréquente et est généralement évidente sur le plan clinique dans les deux ans suivant la naissance. Lorsqu'elle survient, elle est associée à des lésions ano-génitales et des lésions des cordes vocales chez le nouveau-né. Bien que la prévalence du VPH chez la mère soit élevée, la transmission verticale, elle, est faible, et la papillomatose respiratoire est rare⁶⁵⁻⁶⁷. L'effet de la césarienne sur la réduction ou la prévention de la transmission est inconnu. La césarienne n'est pas recommandée à seule fin de réduire la transmission du VPH au nouveau-né. Si le détroit inférieur est obstrué par des verrues, ou s'il y a présence de suffisamment de verrues pour entraîner un saignement pendant l'accouchement vaginal, il peut être justifié de pratiquer une césarienne.

Les verrues génitales peuvent se propager, réapparaître et devenir friables pendant la grossesse. Il faudrait rassurer les femmes en leur disant que ces excroissances régressent généralement pendant la période post-partum. En général, la pratique consiste à reporter le traitement en raison de la piètre réaction à ce dernier pendant la grossesse. Si le traitement est souhaité, les options suivantes sont appropriées. Il peut être nécessaire d'administrer un traitement hebdomadaire.

Traitement

Tableau 10. Traitement contre le VPH génital pendant la grossesse

- TCA – acide trichloroacétique (85 %) [B-II]
- Cryothérapie (azote liquide) [B-II]
- Ablation au laser à gaz carbonique (CO2) [B-II]
- Excision chirurgicale [B - II]

Remarque : L'imiquimod, la podophylline, le podofilox, la podophyllotoxine, le 5-fluorouracile et l'interféron sont contre-indiqués pendant la grossesse.

Infection au virus de l'hépatite A

La transmission verticale du virus de l'hépatite A n'est pas décrite. Une femme infectée peut transmettre le virus à son nouveau-né par les voies fécales-orales usuelles de transmission. L'immunisation et/ou l'administration d'un traitement à la gammaglobuline pendant la grossesse est sûre; elle peut même procurer une certaine protection au nouveau-né⁶⁸.

Si une femme enceinte est infectée, envisagez l'administration en prophylaxie d'un vaccin ou d'un traitement à la gammaglobuline aux membres du même foyer. Ces personnes devraient également songer à se faire vacciner contre l'hépatite A. **Il n'y a aucune contre-indication à l'administration, pendant la grossesse, de gammaglobuline ou du vaccin contre l'hépatite A dans le cas d'une femme enceinte qui est un contact d'une personne infectée [B-II].**

Infection au virus de l'hépatite B

Les mères atteintes d'une infection aiguë au VHB, ou qui sont porteuses du virus, peuvent transmettre ce dernier à leur nourrisson. La transmission semble se produire au moment de l'accouchement, non pas par voie transplacentaire. Selon le stade auquel en est l'infection chez la mère, le risque de transmission verticale de l'hépatite B peut s'élever jusqu'à 90 % en l'absence d'une intervention au moment de l'accouchement⁶⁹. Quatre-vingt-quinze pour cent des cas peuvent être prévenus par l'administration d'immunoglobulines contre l'hépatite B (HBIG) et d'un vaccin contre l'hépatite B administré au nouveau né dès la naissance, suivis de deux doses additionnelles du vaccin, à 1 mois et à 6 mois⁷⁰. **La première dose du vaccin contre l'hépatite B devrait être administrée dans les 12 heures suivant la naissance, et les HBIG, immédiatement suivant la naissance (l'efficacité diminue de façon marquée après 48 heures)**⁷¹.

Une femme enceinte qui vient d'être identifiée comme étant porteuse de l'antigène HBs devrait faire l'objet d'analyses plus approfondies. Il faudrait aussi songer à effectuer des tests pour le VIH, l'antigène HBe, l'anticorps anti-HBc (IgM et IgG anti-HBc), l'ADN du VHB, l'IgM de l'hépatite A, et les anticorps de l'hépatite C. Si les résultats sont positifs pour l'un ou l'autre de ces tests, il est justifié d'effectuer une évaluation des transaminases du foie et de la fonction hépatique (voir le chapitre « *Infections au virus de l'hépatite B* »).

Si la mère est infectieuse au moment de l'accouchement, documentez le diagnostic sur les questionnaires prénatals, et prévoyez administrer les HBIG et la première dose du vaccin contre l'hépatite B au nouveau-né immédiatement après sa naissance. Les deuxième et troisième doses devraient être administrées au nourrisson à 1 mois et à 6 mois. Il faut porter une attention particulière au respect du schéma de 3 doses, étant donné que l'exposition à long terme est possible et qu'il peut être difficile de joindre la famille pour pouvoir administrer la troisième dose. Il est recommandé d'effectuer un test de suivi de l'anticorps anti-HBs de 1 à 2 mois après la fin de la série de vaccins afin de voir si la réponse immunitaire est adéquate (voir le chapitre « *Infections au virus de l'hépatite B* », ainsi que le *Guide canadien d'immunisation*⁷¹). L'allaitement est sûr si le nouveau-né a été traité.

Il n'y a aucune contre-indication à l'administration d'HBIG ou du vaccin contre le VHB pendant la grossesse dans le cas d'une mère qui est un contact d'une personne infectée, ou qui risque de contracter l'hépatite B [A-I].

Infection au virus de l'hépatite C

Environ 0,8 % de la population canadienne est infectée par l'hépatite C⁷². **Les personnes atteintes d'hépatite C devraient être orientées vers des professionnels de la santé possédant de l'expérience dans le traitement de cette infection.** La grossesse ne semble avoir aucun effet sur la progression de l'hépatite C.

La présence d'hépatite C pendant la grossesse peut être associée à des taux accrus de cholestase⁷³.

On estime le risque de transmission verticale à 7,9 %⁷⁴. On ne sait pas encore si le fait de pratiquer une césarienne réduit les risques de transmission verticale du VHC, étant donné qu'aucune étude adéquate à ce sujet n'a été effectuée à ce jour⁷⁵.

L'allaitement au sein est considéré comme étant sûr, à moins que les mamelons ne soient craquelés ou qu'ils saignent. Bien que l'on ait identifié la présence de l'ARN du VHC dans le lait maternel⁷⁶, l'allaitement est malgré tout considéré comme sécuritaire. L'évaluation des comportements à risque et l'éducation visant à réduire les risques sont importantes pendant la grossesse.

Les traitements contre l'infection au VHC présentement disponibles sont contre-indiqués pendant la grossesse (p. ex., interféron alpha et ribavirine, les traitements combinés de PEG-interféron alpha 2a et 2b et de ribavirine). Bien qu'il n'y ait pas eu d'étude approfondie sur le sujet, l'interféron alpha ne semble pas avoir un effet néfaste sur l'embryon ou le fœtus humain; on lui associe toutefois des taux accrus d'accouchement préterme et de retard de croissance intra-utérine.

Des études effectuées sur des animaux ont montré un taux accru de perte fœtale⁷⁷. Si le recours à l'interféron est envisagé pendant la grossesse, il faut que les avantages potentiels de l'utilisation l'emportent clairement sur les risques possibles⁷⁸⁻⁸⁰. Comme aucune étude d'envergure n'a été effectuée relativement à l'utilisation de ribavirine pendant la grossesse chez les humains, et que la ribavirine s'est révélée hautement tératogène dans des études effectuées sur des animaux, son utilisation pendant la grossesse est contre-indiquée de façon absolue⁸¹. La *U.S. Food and Drug Administration* a d'ailleurs attribué la mention *Pregnancy Category X* à la ribavirine.



Il est obligatoire que les femmes et (ou) leurs partenaires masculins ayant reçu un traitement à la ribavirine dans le cadre d'un traitement combiné contre une infection au VHC utilisent tous les deux une méthode contraceptive hautement efficace pour prévenir une grossesse et ce pendant toute la durée du traitement à la ribavirine et pendant six mois après la fin du traitement.

Les lignes directrices canadiennes quant à la prise en charge de l'hépatite C pendant la grossesse sont décrites plus à fond dans un autre document⁷⁴.

Infection au virus de l'immunodéficience humaine

Lors de la première visite prénatale, toutes les femmes devraient se faire offrir un test de dépistage des anticorps du VIH avec le counselling approprié. Elles devraient aussi donner leur consentement éclairé préalablement au test. Un diagnostic de VIH pendant la grossesse entraîne l'offre de soins complexes et nécessite la consultation de spécialistes dans le domaine dans les plus brefs délais. L'amorce du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes infectées par le VIH est cruciale pour réduire la transmission verticale. En général, il s'agit d'une thérapie antirétrovirale combinée, également connue sous le nom de traitement antirétroviral hautement actif (HAART). La suppression efficace de la charge virale avant l'accouchement, ainsi que l'administration d'un traitement antirétroviral pendant la période intra-partum et pendant les six semaines suivant la naissance, permet de faire passer le taux de transmission verticale de 25 % à moins de 1 %⁸².

Un spécialiste du traitement du VIH pendant la grossesse devrait être consulté si un test de confirmation montre que la mère est séropositive pour le VIH (voir le chapitre « Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) »). La prise en charge précoce est le meilleur gage de réussite en matière de suppression virale. Si la mère décide de poursuivre sa grossesse, il faut amorcer un traitement HAART, soit immédiatement ou entre la 14^e et la 18^e semaine de gestation, selon la numération des CD4 et la charge virale. Les femmes devraient recevoir du counselling quant aux effets secondaires potentiels du traitement antirétroviral, à l'importance d'une adhésion stricte au traitement, et à la nécessité d'un suivi médical étroit. Il est recommandé, au minimum, d'effectuer chaque mois un hémogramme, de vérifier les taux de sérum glutamo-oxaloacétique transaminase, du sérum glutamopyruvique transaminase, d'amylase, de bilirubine, de créatinine, de lactate sérique et de glucose, et de vérifier la numération des CD4 et la charge virale. D'autres documents font état de lignes directrices plus spécifiques à ce sujet⁸².



Parmi les médicaments antirétroviraux dont l'administration est contre-indiquée pendant la grossesse, mentionnons les suivants :

- Efavirenz;
- Délavirdine;
- Hydroxyurée;
- Névirapine (la mise en œuvre d'un traitement continu à la névirapine pendant la grossesse n'est présentement pas recommandée en raison de ses toxicités potentielles : éruption cutanée, hépatite sévère, syndrome de Stevens-Johnson).

Si une femme enceinte prend déjà de la névirapine et qu'elle la tolère bien, il est possible d'envisager de poursuivre la grossesse. L'administration d'une dose unique de névirapine à la mère dans une situation présentant des risques élevés au moment de l'accouchement demeure appropriée.

Compte tenu de la complexité de l'utilisation de médicaments antirétroviraux pendant la grossesse, toutes les femmes enceintes séropositives pour le VIH devraient être prises en main avec l'aide d'un spécialiste du VIH.

Lorsque la charge virale du VIH est indécélable au moment de l'accouchement, un accouchement vaginal est généralement recommandé, à moins qu'une césarienne soit nécessaire pour des raisons obstétricales. On recommande généralement la césarienne lorsque la charge virale dépasse 1 000 copies/mL, afin de réduire les risques de transmission verticale⁸³⁻⁸⁷. Par ailleurs, toutes les femmes infectées devraient se faire administrer de la zidovudine par voie intraveineuse du début du travail à l'accouchement, ou avant que la césarienne ne soit pratiquée. **L'allaitement au sein est contre-indiqué, étant donné que le VIH peut se transmettre par l'intermédiaire du lait maternel.**

Les femmes séropositives pour le VIH dont l'état n'est diagnostiqué que vers la fin de la grossesse ou pendant le travail présentent un risque très élevé de transmission périnatale de l'infection. Une prise en charge plus poussée devrait être entreprise avec l'aide de spécialistes du VIH chez les adultes et les enfants, qui pourraient recommander une ou plusieurs des mesures suivantes : prophylaxie intra-partum à l'aide de zidovudine i.v., césarienne, administration d'une dose unique de névirapine à la mère pendant le travail, puis au nouveau-né, et 6 semaines de traitement antirétroviral administré au nouveau-né par voie orale⁸².

Il est à noter que ces lignes directrices font l'objet d'une révision constante, et que chaque cas devrait être pris en charge avec l'aide d'un spécialiste du domaine. Pour de plus amples renseignements, consultez les Lignes directrices canadiennes sur la prise en charge de la grossesse, du travail, de l'accouchement et de la période post-partum des patientes infectées par le VIH⁸².

Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes

janvier 2008

Définition	1
Épidémiologie	1
Prévention	3
Évaluation	4
Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire	6
Prise en charge et traitement	7
Déclaration des cas et notification aux partenaires	7
Suivi	7

HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES ET FEMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES FEMMES

Définition

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) peuvent avoir des relations sexuelles uniquement avec des hommes, ou aussi bien avec des hommes qu'avec des femmes; ils peuvent donc s'auto-identifier comme gais, bisexuels ou hétérosexuels.

Les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes (FARSAF) peuvent avoir des relations sexuelles uniquement avec des femmes, ou aussi bien avec des femmes qu'avec des hommes; elles peuvent donc s'auto-identifier comme gais, lesbiennes, bisexuelles ou hétérosexuelles.

Épidémiologie

À la baisse de la prévalence des infections transmissibles sexuellement (ITS) à déclaration obligatoire chez les HARSAH au début des années 1980, a suivi une hausse de l'incidence de la syphilis, de la gonorrhée, de l'infection à *Chlamydia*, au virus de l'herpès génital, au virus de l'hépatite A (VHA), au virus de l'hépatite B (VHB) et des infections au VIH chez les HARSAH du Canada et de façon internationale depuis le milieu des années 1990¹⁻¹². Des flambées récentes de syphilis ont été signalées parmi les HARSAH^{2,3,13,14}, dont une grande proportion d'entre eux étaient également atteints du VIH. De même, des flambées récentes de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) chez les HARSAH ont été signalées à l'échelle mondiale¹⁵⁻²⁰ et au Canada²¹, cette infection étant très souvent concomitante à une infection par le VIH. La coinfection est particulièrement inquiétante étant donné que la syphilis et les autres ITS peuvent augmenter le risque de transmission et d'acquisition du VIH²²⁻²⁵.

Les taux accrus d'ITS parmi les HARSAH sont associés à une recrudescence des relations sexuelles non sécuritaires²⁶, y compris les relations sexuelles anales non protégées (aussi appelés « bare-backing »)^{12,27-31}, un nombre accru de partenaires sexuels^{1,12}, la popularité de l'Internet pour trouver un partenaire³²⁻³⁷, les lieux de rencontre anonymes (p. ex., saunas)^{1,38}, l'usage de drogues récréatives et non récréatives^{1,27,39-43} et les relations sexuelles orales non protégées¹. Les taux de relations sexuelles anales non protégées ont augmenté chez les HARSAH de tous les âges, ainsi qu'entre les partenaires qui sont VIH sérodiscordants^{28,31,44}.

De nombreuses hypothèses ont été avancées pour expliquer l'augmentation récente des pratiques sexuelles à risque au sein des HARSAH, notamment une certaine lassitude à l'égard des messages prônant des relations sexuelles plus sécuritaires ainsi qu'une certaine atténuation de la crainte d'attraper le VIH suscitée par un optimisme des nouveaux traitements contre le VIH^{45,46}, même si cette dernière corrélation n'a pas été systématiquement démontrée⁴⁷. L'augmentation des pratiques sexuelles non protégées parmi les HARSAH infectés par le VIH est en partie attribuée à la proportion accrue d'HARSAH atteints du VIH qui se sentent en bonne santé, qui vivent plus longtemps et qui ont donc des relations sexuelles plus souvent et avec plus de partenaires. Leur manque de connaissances sur leur propre état de santé ou sur celui de leurs partenaires en matière d'ITS, y compris le VIH, est également préoccupant : ainsi, près de 27 % des hommes atteints du VIH ayant répondu au sondage *Ontario Men's Survey* ne savaient pas qu'ils étaient atteints du virus²⁶.

Les drogues à usage récréatif souvent utilisées dans les saunas et les soirées « rave » et « circuit » comprennent l'alcool, la méthamphétamine (« *glace* »), la méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA, ou « *ecstasy* »), la kétamine (« *special K* »), le gamma-hydroxybutyrate (GHB), la nitrite d'amyle (« *poppers* ») et la cocaïne (voir le chapitre « *Consommation de substances psychoactives* »). La réduction de l'inhibition résultant de l'usage de ces drogues peut augmenter le risque d'avoir plusieurs partenaires sexuels et des relations sexuelles non protégées, en plus d'être associée à l'usage de citrate de sildénafil (Viagra), de vardénafil (Levitra) ou de tadalafil (Cialis) dans le but de contrer la dysfonction érectile provoquée par certaines de ces drogues. L'usage de sildénafil chez les HARSAH est lié à un risque accru de partenaires sexuels multiples et d'acquisition d'ITS^{48,49}.

Les épidémies d'infections entériques transmises sexuellement, comme *Salmonella enterica*, sérotype typhi (fièvre typhoïde)⁵⁰ et *Campylobacter jejuni*, sous-espèce *jejuni*⁵¹, de même que la transmission sexuelle du virus humain de l'herpès^{8,52} au sein des populations d'HARSAH du Canada et des États-Unis ont été documentés.

Il existe très peu de données sur les taux d'ITS parmi les FARSAAF, mais les études ont toujours montré des taux plus élevés d'ITS — particulièrement au virus du papillome humain (VPH), des verrues génitales, du VIH, de la syphilis et des ulcères génitaux — chez les femmes hétérosexuelles et bisexuelles que chez les femmes n'ayant des relations sexuelles exclusivement qu'avec des femmes⁵³⁻⁵⁵. Bien que la transmission des ITS au sein des FARSAAF soit fortement corrélée à des relations sexuelles avec des hommes, la transmission sexuelle du VIH, de la syphilis, du VPH, du virus Herpes simplex de types 1 et 2 (VHS 1 et VHS 2), de *Trichomonas vaginalis*, de *Chlamydia trachomatis* et du virus de l'hépatite A (VHA) a été signalée chez des FARSAAF n'ayant jamais eu de partenaires de sexe masculin⁵⁶⁻⁶¹. Les taux de vaginose bactérienne et d'hépatite C (VHC) sont plus élevés chez les FARSAAF que chez les femmes n'ayant que des partenaires de sexe masculin^{52,62,63}. Les quelques études portant sur les comportements à risque d'ITS au sein des FARSAAF ont démontré des taux accrus de contacts sexuels avec des hommes homosexuels ou bisexuels^{55,64,65}, de relations sexuelles avec des partenaires infectés par le VIH⁶⁴, d'usage de drogues injectables^{54,55,64,66}, de sexe en échange d'argent ou de drogues^{54,64,66}, ainsi qu'un plus grand nombre de partenaires récents⁶⁴ chez les FARSAAF que chez les femmes n'ayant que des rapports hétérosexuels.

Prévention

Tout counselling préventif avec des HARSAH et des FARSAF, comme avec toutes les populations actives sexuellement, doit mettre l'accent sur le risque personnel et les comportements à risque, ainsi que sur l'adoption et le maintien d'activités réduisant les risques, avec une approche axée sur le patient. Il est important que les professionnels de la santé évitent de présumer des comportements à risque, y compris l'usage de drogues, à partir de l'orientation sexuelle. Il importe en outre que les professionnels de la santé informent avec précision leurs patients sexuellement actifs des risques associés aux diverses pratiques sexuelles, y compris le risque de transmission par le sexe oral (bien que le risque de transmission des ITS soit inférieur par la voie orale que par les relations sexuelles vaginales ou anales, de nombreuses ITS, y compris la syphilis, la Chlamydia, la gonorrhée, l'herpès et le VIH, peuvent être transmises par des relations orales non protégées).

Les stratégies de réduction du risque à inclure dans les discussions avec les HARSAH et les FARSAF, ainsi qu'avec tous les patients sexuellement actifs, doivent porter sur les aspects suivants (voir les chapitres « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* » et « *Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)* » pour obtenir de plus amples renseignements sur le counselling à propos des pratiques sexuelles plus sécuritaires et du VIH) :

- Éviter ou réduire au minimum les relations sexuelles non protégées anales, vaginales, orales et oro-anales; aussi, réduire au minimum les autres activités sexuelles comprenant l'échange de liquides organiques (p. ex., échange de jouets sexuels), lesquelles risquent de transmettre des ITS.
- Utiliser systématiquement et de façon appropriée des condoms lors des relations vaginales et des relations sexuelles anales réceptives ou insertives.
- Utiliser des méthodes barrières lors des relations sexuelles orales.
- Éviter ou réduire au minimum les contacts sexuels avec des partenaires multiples ou anonymes, ainsi que la consommation de drogues récréatives pendant les relations sexuelles.
- Encourager les tests de dépistage des ITS sur une base régulière en cas d'activités sexuelles non protégées ou risquées.
- Apprendre à négocier la sécurité lors des contacts sexuels, y compris la divulgation du statut des ITS aux partenaires et la prise de connaissance du statut des ITS des partenaires; il faut toutefois noter que la divulgation des statuts sérologiques peut ne pas être précise et que les pratiques sexuelles protégées (p.ex., l'emploi du condom ou les activités sexuelles sans pénétration) offrent la meilleure protection contre les ITS.
- Éviter l'usage de produits contenant du nonoxynol-9 (N-9) pendant les relations sexuelles à cause des inquiétudes de leur innocuité et de leur efficacité (voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* », pour obtenir des renseignements détaillés sur le N-9). Le N-9, qui se retrouve dans les condoms lubrifiés avec un spermicide, peut mieux prévenir les grossesses, mais il ne protège pas efficacement contre le VIH ou d'autres ITS, en plus de pouvoir irriter la muqueuse génitale, ce qui facilite la transmission d'infections. Il est toutefois préférable d'avoir un condom lubrifié au N-9 que de ne pas en avoir du tout.

- Il faut proposer à tous les HARSAH de se faire vacciner contre le VHB et le VHA, à cause de leur risque accru d'infection^{67,68} et du faible nombre d'entre eux qui sont déjà vaccinés⁶⁹; la première dose de vaccin peut être administrée avant l'obtention des résultats des tests sérologiques (le cas échéant), l'immunisation n'étant pas nuisible pour les personnes déjà vaccinées ou infectées (voir le chapitre « *Infections au virus de l'hépatite B* » pour d'avantage d'information sur la vaccination contre le VHB et le dépistage avant l'immunisation)*.
- Quant aux FARSAAF, il faut leur rappeler l'importance de passer régulièrement un examen du col utérin afin de vérifier la présence de dysplasie et (ou) d'infection au VPH.

Note :

*La sérologie préimmunisation visant à déterminer l'immunité au VHA ne devrait être envisagée que dans les populations où le taux d'immunité est élevé (p. ex., les Canadiens âgés et les personnes vivant dans des régions où le VHA est endémique). Le dépistage sérologique systématique préimmunisation des HBsAg et des anticorps anti-HBs ou anti-HBc est recommandé pour les personnes présentant un risque élevé d'infection, mais ne convient pas pour des raisons pratiques aux programmes de vaccination universelle⁷⁰.

En reconnaissant que les HARSAAF et les FARSAAF sont des populations diverses et que les raisons menant à des pratiques sexuelles non sécuritaires varient selon les individus et les sous-cultures, les messages de prévention devraient être adaptés pour la personne en question et permettre une discussion sur des pratiques sexuelles sécuritaires et réalistes. Pour être plus efficaces, les messages prônant des relations sexuelles plus sécuritaires ne devraient pas être uniquement axés sur le risque sexuel; ils devraient plutôt tenir compte du contexte plus large des influences de la santé sexuelle, y compris l'intimité, la sexualité et la stimulation, les drogues et l'alcool, la santé mentale incluant l'estime de soi et la confiance en soi, l'abus et la coercition, et l'identité sexuelle^{71,72}. Le counselling préventif, par l'entremise d'une technique d'entrevue motivationnelle, peut être efficace pour promouvoir des comportements de réduction des méfaits (voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* » pour les renseignements sur la technique d'entrevue motivationnelle).

Evaluation

Les expériences passées de discrimination, d'homophobie et d'hétérosexisme auxquelles ont pu faire face les HARSAAF et les FARSAAF peuvent influencer sur leur recours aux services de santé et la divulgation des comportements sexuels lors des consultations^{72,73}. Dans toute consultation avec les patients, il est important d'éviter de présumer l'hétérosexualité. Il est important d'effectuer une évaluation des antécédents sexuels de tous les patients qui sont sexuellement actifs afin de recueillir les renseignements suivants :

- activités sexuelles avec des partenaires du même sexe ou du sexe opposé;
- type et fréquence des pratiques sexuelles;
- niveau de risque quant aux ITS spécifiques.

L'auto-identification de l'identité sexuelle n'est pas un facteur prédictif précis du comportement⁷⁴; il est donc nécessaire de poser des questions claires sur le sexe des partenaires au moment de l'évaluation des antécédents sexuels. L'emploi de termes qui sont de genres neutres tels que « partenaire » peut favoriser un environnement propice à la divulgation⁷². **La meilleure approche pour obtenir les antécédents sexuels du patient est de commencer par lui poser des questions ouvertes, sans porter de jugement, relatives aux grandes catégories de comportements sexuels, et de passer ensuite à des pratiques sexuelles plus spécifiques.**

Pour établir le sexe des partenaires sexuels, il peut être utile de poser la question suivante pendant l'évaluation des antécédents sexuels : « Avez-vous des relations sexuelles avec des hommes, des femmes ou les deux? » (Des informations supplémentaires sur la façon de recueillir des informations sur les antécédents sexuels sont présentées au chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement ».)

Les pratiques sexuelles associées à un risque accru d'ITS et devant faire l'objet d'une évaluation chez les patients sexuellement actifs comprennent :

- les relations ano-génitales réceptives (reçues) et insertives (données);
- les relations oro-anales (anilingus);
- les activités sexuelles (orales, anales ou génitales) non protégées;
- le partage de jouets sexuels;
- la douche rectale associée à des relations ano-génitales réceptives;
- les relations anales-manuelles réceptives (« fisting » insertion d'un doigt ou du poignet dans l'anus);
- les partenaires anonymes et les moyens de rencontres anonymes (p. ex., saunas, Internet, soirées «rave» et «circuit»);
- la consommation de substances psychoactives pendant les relations sexuelles;
- l'utilisation de drogues injectables et d'autres substances psychoactives.

D'après les résultats de l'évaluation des risques, il faut envisager les tests de dépistage suivants pour les hommes ayant eu des relations sexuelles non protégées avec un autre homme au cours de l'année précédente :

- tests systématiques de dépistage des ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis) au moyen de prélèvements à tous les sites éventuels d'infection; sérologie pour le VIH, à moins que le patient soit connu d'être séropositif; sérologie pour le VHB et le VHA, à moins que le patient ait déjà été immunisé ou si on sait qu'il est immun (pour davantage d'information sur les tests sérologiques du VHB, voir le chapitre « Infections au virus de l'hépatite B »);
- à l'heure actuelle, les tests de dépistage du VHS et du VPH ne sont pas recommandés en l'absence de symptômes, mais la situation pourrait changer à la lumière de nouvelles informations. Des études sont en cours pour évaluer si le dépistage peut être économiquement rentable dans certaines situations.

Une évaluation pour la présence de symptômes d'ITS tels que la dysurie, les symptômes ano-rectaux (p. ex., douleurs, écoulements, saignements, prurit), les écoulements urétraux, les lésions ou ulcères génitaux et les éruptions cutanées devrait être effectuée ainsi que les tests diagnostiques appropriés si des symptômes sont présents. En plus d'un examen attentif des régions génitales et de certaines régions extragénitales, l'examen physique des HARSAH peut comprendre :

- l'examen des ganglions lymphatiques, de la peau, de la sclérotique, de la cavité orale, du pharynx et de la région périnéale;
- l'anuscopie ou la rectoscopie pour les HARSAH ayant des relations ano-génitales réceptives et qui présentent des symptômes.

Les fausses idées sur le risque d'ITS et les pratiques sexuelles des FARSAF peuvent nuire à l'évaluation des antécédents sexuels et le dépistage effectué auprès de ce groupe de femmes. Les recommandations sur le dépistage des ITS pour les FARSAF devraient être basées sur une évaluation détaillée du risque et non sur des présomptions de comportements sexuels à faible risque (voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* »). Les FARSAF, y compris celles n'ayant jamais eu de partenaires sexuels masculins, présentent un risque d'anomalies cervicales^{55,58} et devraient être encouragées à passer régulièrement un examen du col utérin pour le dépistage de la dysplasie et (ou) l'infection au VPH.

Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

Comme c'est le cas de tous les patients, alors que le choix des tests de dépistage des ITS est basé sur les résultats des antécédents sexuels (voir la section précédente), le choix des tests diagnostiques devrait être fondé sur le diagnostic différentiel du syndrome présenté (p. ex., rectite). Les recommandations suivantes s'appliquent (voir le chapitre « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* » pour obtenir des renseignements précis sur le prélèvement des échantillons) :

- cultures ano-rectales pour la gonorrhée et la chlamydia en cas de relations sexuelles anales non protégées;
- cultures pharyngées pour la gonorrhée en cas de relations sexuelles orales non protégées (données);
- les analyses de laboratoire pour le dépistage de pathogènes qui ne sont généralement pas associés aux ITS (p. ex., VHA, entéropathogènes), mais qui peuvent causer des rectites, des recto-colites et des entérites transmises sexuellement, pourront être indiquées d'après l'évaluation des risques et des symptômes (p.ex., un échantillon des selles pour une mise en culture et un examen parasitologique).

Note :

Bien que la culture demeure la méthode d'analyse recommandée pour l'évaluation des infections pharyngées ou rectales, quelques études suggèrent une utilité potentielle des tests d'amplification des acides nucléiques pour la détection de la gonorrhée du pharynx⁷⁵ et de l'infection rectale à *Chlamydia*⁷⁶; il existe des données prometteuses sur l'emploi d'écouvillonnages rectaux et oraux pour déceler *C. trachomatis* et *N. gonorrhœa* au moyen des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) et des essais cliniques courants sont entamés par le National Institutes of Health des États-Unis.

Prise en charge et traitement

- Le même que pour tous les patients.
- Il est important de prendre conscience du stress possiblement associé au processus de divulgation de l'identité sexuelle (le « *coming out* ») des HARSAH et des FARSAF, et de prendre connaissance des groupes de soutien aux gais et aux lesbiennes, et des réseaux communautaires vers lesquels ces patients peuvent être orientés.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Le même que pour tous les patients.
- Les contacts sexuels anonymes compliquent le processus de notification aux partenaires et rendent difficile, voire pratiquement impossible, de retracer et de traiter les partenaires qui ont été exposés à une ITS.

Suivi

- Encourager les FARSAF à passer régulièrement un examen du col utérin pour le dépistage de la dysplasie et (ou) de l'infection au VPH.
- Encourager les patients ayant des antécédents de comportements sexuels non sécuritaires à adopter des pratiques sexuelles plus sécuritaires et des comportements moins néfastes, ainsi qu'à se soumettre fréquemment (au moins une fois par an) à des tests de dépistage des ITS (voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* »).
- Rappeler aux patients qui reçoivent leur première dose de vaccin contre le VHA ou le VHB de revenir compléter leur série de vaccination.

Immigrants et réfugiés

janvier 2008

Définition	1
Épidémiologie	1
Prévention	1
Évaluation	2
Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire	5
Prise en charge et traitement	5
Déclaration des cas et notification aux partenaires	5
Suivi	5

IMMIGRANTS ET RÉFUGIÉS

Définition

Un *immigrant légal* est une personne née à l'extérieur du Canada qui a obtenu, par les autorités de l'immigration, le droit de résider en permanence au Canada; un *immigrant illégal* n'a pour sa part pas obtenu ce droit. Un *réfugié* est une personne vivant à l'extérieur de son pays d'origine, qui ne peut pas ou qui ne souhaite pas y retourner par crainte de persécutions en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son adhésion à un groupe social ou de ses opinions politiques¹.

Épidémiologie

Bien que plus de 5 millions de Canadiens soient nés à l'extérieur du pays et que près de 250 000 personnes immigreront au Canada chaque année^{2,3}, nous disposons de peu de données sur la santé des immigrants. Ceux-ci utilisent peu les services de santé. Nous ne savons pas si cette sous-utilisation est associée à des barrières culturelles ou linguistiques, à des besoins perçus comme moindres, à des besoins effectivement moins importants (*cet effet de l'immigrant en bonne santé* renvoie aux immigrants récents qui sont en meilleure santé que les personnes nées au Canada) ou à des barrières socioéconomiques (p. ex., accès insuffisant au téléphone, au transport vers les établissements prestataires de services, etc.)⁴⁻⁷. Plusieurs pays d'origine des immigrants ont des taux d'infections transmises sexuellement beaucoup plus élevés qu'au Canada^{8,9}.

Prévention

Les professionnels de la santé devraient porter une attention particulière au processus complexe et stressant auquel doivent s'astreindre les nouveaux arrivants pour s'intégrer à la société d'accueil. Ce processus constitue une période de transition qui peut leur paraître difficile en raison du risque d'isolement social et de perdre leur identité culturelle. Les immigrants illégaux font face à de plus grands défis car ils doivent vivre cachés. Ils n'ont pas d'assurance maladie et évitent de consulter un médecin de peur de se faire déporter.

Les services cliniques et de santé publique ont besoin d'être sensibilisés aux obstacles suivants pouvant nuire à la prestation de services conseil en santé sexuelle et en prévention des ITS de manière abordable, exhaustive et appropriée sur le plan culturel et linguistique pour la population immigrante et de réfugiés¹⁰⁻¹² :

- Les barrières linguistiques, culturelles et socioéconomiques peuvent empêcher l'accès aux services de prévention et de prise en charge des ITS.
- Ces populations peuvent être victimes d'isolement social à cause de la perte de soutien social.
- Il est important de connaître les systèmes de valeurs, les croyances, les pratiques et les tabous qui varient selon les pays ou les cultures en matière de santé et de sexualité : ceci pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge des ITS, ainsi que pour la notification aux partenaires.

- Les professionnels de la santé devraient être au courant de la stigmatisation et de la discrimination dont font face les individus provenant des pays où les ITS sont très prévalentes afin d'assurer que ces personnes ne soient pas davantage stigmatisées.
- La santé mentale, notamment l'état de stress post-traumatique, peut influencer les comportements et les interactions avec le système de santé.
- Les iniquités de pouvoir entre les sexes et la violence conjugale peuvent être des obstacles à la prévention et à la notification aux partenaires.
- Les patients peuvent avoir des antécédents de torture et de viol.
- Il se peut que les patients aient un manque de connaissance des ITS au Canada et d'autres ressources de santé.
- Les voyages peuvent constituer un facteur de risque pour les individus infectés par une ITS associée à leur pays d'origine ou pour ceux qui retournent chez eux pour rendre visite à des amis ou à de la famille. Cette population est moins susceptible de demander des conseils avant leur départ ou les soins médicaux après leur retour.

Évaluation

Evaluation du risque

Une évaluation du risque d'ITS, sans préjugés et sensible à la culture du patient, devrait faire partie d'une approche globale visant la prévention et le dépistage précoce des ITS. Parmi les questions à examiner, notons :

- les activités sexuelles avec des partenaires du même sexe ou du sexe opposé;
- la variété et la fréquence des différentes pratiques sexuelles, en tenant compte du contexte culturel et du genre (voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* »);
- les antécédents d'ITS du patient, y compris le VIH, en étant conscient de la stigmatisation et la discrimination associées à ces infections;
- l'utilisation de drogues injectables;
- le dépistage sous-optimal chez les femmes enceintes.

Test de dépistage

À partir des résultats de l'évaluation du risque, il faut envisager les tests courants de dépistage des ITS chez les personnes asymptomatiques qui ont des pratiques sexuelles à risque élevé (voir le chapitre « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* »).

- Dépistage de la syphilis
 - Les tests sérologiques (non tréponémiques seulement) pour la détection de la syphilis font partie des tests standards exigés par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) pour les demandeurs du statut d'immigrant ou de réfugié âgés de 15 ans ou plus.
 - Les tests pour la syphilis peuvent donner lieu à de faux positifs chez les personnes originaires de régions où la pinta, le pian et le bejel sont prévalents¹³ (voir le chapitre « *Syphilis* »).

- Sérologie pour le VIH (à moins que le patient soit séropositif) :
 - Depuis 2002, les tests sérologiques du VIH font partie des tests standards exigés par CIC pour les demandeurs du statut d'immigrant ou de réfugié âgés de 15 ans ou plus, et pour les enfants qui ont été exposés à du sang ou à des produits sanguins, pour les nourrissons dont la mère est atteinte du VIH ou pour les enfants provenant d'autres pays qui sont considérés pour une adoption.
 - Les personnes présentant un risque élevé qui n'ont pas passé récemment un test d'anticorps anti-VIH devraient recevoir du counselling et passer des tests en conséquence (voir le chapitre « *Infections au virus de l'immunodéficience humaine* »).
 - À moins d'une bonne raison de ne pas le faire, il faut envisager le dépistage du VIH chez les enfants, en particulier s'il est probable qu'ils sont nés ou allaités d'une mère atteinte du VIH non diagnostiqué.

À l'heure actuelle, les seuls tests obligatoires de dépistage des ITS pour les demandeurs du statut d'immigrant ou de réfugié sont ceux du VIH et de la syphilis. Il se peut que certains laboratoires à l'étranger aient des problèmes de contrôle de la qualité, et que certains des demandeurs souçoient les laboratoires pour obtenir des tests négatifs dans le but de faciliter leur demande.

Dans le cas des personnes présentant des symptômes ano-génitaux, il est important de tenir compte des facteurs suivants pour choisir les examens appropriés :

- le chancre mou et la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) sont fréquents dans certaines parties de l'Afrique, de l'Asie, des Caraïbes et de l'Amérique latine (voir les chapitres « *Chancre mou* » et « *Lymphogranulomatose vénérienne* »);
- en ce qui concerne l'évaluation des ulcérations génitales, voir le chapitre « *Ulcérations génitales* »;
- la gonorrhée résistante aux quinolones est particulièrement prévalente en Asie, dans les îles du Pacifique, en Australie, en Israël, au Royaume-Uni, dans certaines parties des États-Unis et au Canada (voir le chapitre « *Infections gonococciques* »).

Hépatites B et C

Actuellement, le dépistage des hépatites B et C n'est pas requis pour l'évaluation des demandes d'immigration ou du statut de réfugié au Canada. Cependant, la prévalence de l'infection chronique à l'hépatite B est beaucoup plus élevée en Asie, en Afrique, en Europe de l'Est et en Amérique latine qu'au Canada. Chez les personnes asymptomatiques venant de régions à prévalence élevée, le dépistage de l'hépatite B devrait se faire *soit* pour le portage de l'antigène de surface de l'hépatite B et les anticorps dirigés contre l'antigène de surface de l'hépatite B (pour déceler l'immunité), *ou* par les anticorps dirigés contre le noyau de l'hépatite B (pour déceler une exposition antérieure au virus). Selon les résultats obtenus aux tests de dépistage, envisager d'autres analyses pour l'hépatite B. Les membres d'un même foyer et les contacts sexuels d'un porteur de l'hépatite B devraient également être évalués. Les personnes qui n'ont pas été exposées à l'hépatite B ou celles qui ne sont pas déjà immunisées devraient recevoir une série de trois doses du vaccin contre l'hépatite B (voir le *Guide canadien d'immunisation*¹⁴ et le chapitre « *Infections au virus de l'hépatite B* »).

La prévalence de l'infection chronique à l'hépatite C est beaucoup plus élevée en Asie, en Afrique et dans la région méditerranéenne qu'au Canada¹⁵. L'hépatite C se transmet essentiellement par voie parentérale. En Europe, une hausse dans la transmission de l'hépatite C a récemment été signalée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui ne sont pas des utilisateurs de drogues injectables. Cette hausse est associée à la pratique du « fisting » et aux infections dûes à la LGV, au VIH et à d'autres ITS¹⁶⁻²¹. Comme pour tous les patients, l'hépatite C est à envisager chez tous les immigrants et réfugiés présentant l'un des facteurs de risque suivants¹⁹⁻³² :

- tout antécédent d'utilisation de drogues injectables;
- le fait d'avoir reçu du sang ou des produits sanguins contaminés dans certains pays, même après 1990, à cause d'un contrôle de la qualité insuffisant dans les laboratoires ou le dépistage inadéquat des dons de sang;
- le fait d'avoir reçu une intervention (p. ex., injection, chirurgie, transfusion, rituels cérémoniels, acupuncture) impliquant le partage de matériel contaminé dans certains pays où la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) est élevée;
- l'exposition à l'hépatite C en milieu carcéral;
- piqûre accidentelle avec des aiguilles ou objets tranchants contaminés;
- le tatouage ou le perçage corporel réalisés avec du matériel non stérile;
- l'hémodialyse;
- le partage d'outils personnels contaminés par du sang, appartenant à des personnes infectées par le VHC (p. ex., rasoir, coupe-ongles, brosse à dents);
- le partage de matériel pour renifler des drogues;
- l'infection à l'hépatite B;
- l'infection au VIH;
- dans le cas d'un nourrisson, le fait que la mère soit infectée par le VHC;
- une hépatopathie non diagnostiquée.

L'hépatite C n'est généralement pas facilement transmise sexuellement. Par ailleurs, le risque d'hépatite C est légèrement plus élevé chez les personnes qui présentent les facteurs de risque suivants :

- un partenaire sexuel atteint du VHC;
- des partenaires sexuels multiples;
- des co-infections par le VIH et d'autres ITS;
- la pratique de relations sexuelles anales.

Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

(Voir le chapitre « *Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement* ».)
(Voir les chapitres individuels portant sur les ITS spécifiques et les syndromes spécifiques.)

- Le même que pour tous les autres patients.
- Veuillez noter que le prélèvement d'échantillons peut être affecté en cas de mutilation génitale chez les femmes. La structure génitale peut sembler différente et il se peut que la visualisation du col utérin ne soit pas possible avec un spéculum de taille standard. Il pourrait également être difficile de procéder à l'examen pelvien bimanuel, en particulier si l'ouverture du vagin a été suturée.
- Dans plusieurs cultures, si les tests sont faits par écouvillonnage, l'adhérence au dépistage est faible en raison de la nature éffractive du prélèvement. Certains immigrants et réfugiés ont très peu d'occasions d'interagir avec le système de santé, en particulier les patients qui éprouvent une réticence ou un malaise à consulter un professionnel de la santé du sexe opposé. Le test de dépistage de l'urine par amplification des acides nucléiques chez les personnes à risque élevé peut favoriser l'adhérence au dépistage et minimiser l'inconfort du patient.

Prise en charge et traitement

(Voir les chapitres individuels portant sur les ITS spécifiques et les syndromes spécifiques.)

- Le même que pour tous les autres patients.
- Il est important d'aborder les facteurs socioculturels et économiques qui pourraient influencer l'adhérence au traitement. Les barrières linguistiques peuvent rendre difficile la capacité de suivre des instructions en ce qui concerne pourquoi et comment prendre les médicaments, adopter les pratiques sexuelles plus sécuritaires, etc. Avec les patients issus de certaines communautés ethnoculturelles, il peut être difficile d'aborder des sujets comme la monogamie ou l'utilisation du condom.
- Il est important d'interroger les patients sur leur utilisation passée ou présente de produits de la médecine traditionnelle à base d'herbes médicinales pour réduire au minimum les toxicités et les interactions médicamenteuses.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

(Voir les chapitres individuels portant sur les ITS spécifiques et les syndromes spécifiques.)

- Le même que pour tous les autres patients.
- Il est important d'aborder les facteurs socioculturels affectant la notification aux partenaires. Les barrières linguistiques peuvent compliquer la compréhension de l'importance de notifier les partenaires. Dans certaines cultures, la crainte de violences conjugales peut nuire à la notification aux partenaires.

Suivi

- Le même que pour tous les autres patients.
- Il faut rappeler aux patients recevant la première dose de vaccination contre l'hépatite B de revenir compléter leur série d'immunisation.

Les travailleurs de l'industrie du sexe

janvier 2008

Définition	1
Épidémiologie	1
Prévention	2
Évaluation clinique	2
Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire	2
Prise en charge et traitement	3
Déclaration des cas et notification aux partenaires	3
Suivi	3

LES TRAVAILLEURS DE L'INDUSTRIE DU SEXE

Définition

Les travailleurs de l'industrie du sexe sont des adultes ou des jeunes de sexe féminin, masculin, ou transgenre, qui reçoivent régulièrement ou occasionnellement de l'argent, un abri ou des biens en échange de services sexuels, et qui peuvent ne pas toujours avoir conscience du caractère rémunérateur de ces activités¹. Il n'existe pas d'indice fiable, verbal ou visuel, permettant de définir un patient comme travailleur de l'industrie du sexe. Dans la mesure du possible, il faut demander aux patients s'ils ont déjà reçu de l'argent, un abri ou des biens en échange de services sexuels.

Épidémiologie

Les travailleurs de l'industrie du sexe constituent une population vulnérable aux infections transmissibles sexuellement (ITS), y compris le VIH, en raison des facteurs suivants :

- absence de contrôle (p. ex., utilisation du condom, ne peut refuser des clients);
- risques liés au mode de vie, comme la violence, la consommation de substances psychoactives et l'itinérance¹;
- stigmatisation et marginalisation;
- ressources financières limitées;
- accès limité aux services de santé, aux services sociaux et aux services juridiques;
- accès limité à l'information et aux moyens de prévention;
- iniquités et différences liées au genre;
- exploitation et abus sexuel, y compris le trafic et la prostitution infantiles;
- lois et règlements qui touchent leurs droits;
- problèmes de santé mentale;
- incarcération;
- manque de soutien familial et social.

À cause du nombre élevé de leurs partenaires, les travailleurs de l'industrie du sexe jouent un rôle important dans la transmission des ITS, et particulièrement celles ayant de courtes périodes d'infectiosité, telles la syphilis et la gonorrhée². Des études réalisées dans des pays développés et dans des pays en voie de développement ont montré l'incidence et la prévalence élevées des ITS et du VIH parmi les travailleurs de l'industrie du sexe²⁻¹⁰. Ceux-ci ont moins tendance à utiliser le condom avec leurs partenaires réguliers, bien qu'ils présentent souvent eux-mêmes un risque élevé d'ITS et de VIH. Les adolescents et les enfants travaillant dans l'industrie du sexe sont particulièrement vulnérables aux ITS à cause de l'immaturité cellulaire du vagin et du col utérin, de leur capacité moindre à négocier des relations sexuelles plus sécuritaires et d'un risque accru de violence et d'abus¹¹.

Prévention

Une campagne de prévention réussie contre les ITS/VIH devrait se concentrer sur la promotion des comportements sexuels plus sécuritaires, laquelle passe d'abord par l'accessibilité aux condoms masculins et féminins, et par leur usage correct, l'habilité de négocier avec les clients, de même que des lois et règlements moins contraignants¹⁻³. L'éducation par les pairs, le service d'approche, l'accessibilité des services, la défense d'une cause, le développement communautaire, la coordination des programmes ainsi que la participation des travailleurs de l'industrie du sexe sont tous des éléments qui font partie des principes et stratégies de la prévention efficace^{1-3,12-15}.

Les lubrifiants ont été associés à une diminution du risque d'ITS¹⁶. Les spermicides tel le nonoxynol-9 ont été liés à une sensibilité accrue aux infections et rien n'indique qu'ils augmentent l'effet protecteur du condom¹⁷. La vaccination contre l'hépatite B devrait être disponible aux travailleurs de l'industrie du sexe, car ceux-ci sont exposés à un risque accru de cette infection¹⁸. La vaccination contre l'hépatite A devrait être disponible à ceux qui sont à risque élevé, par exemple les travailleurs de sexe mâle qui pratiquent des relations oro-anales avec leurs clients de sexe masculin.

Évaluation clinique

Lorsque les travailleurs de l'industrie du sexe consultent un professionnel de la santé en raison d'une ITS ou pour passer un examen médical de routine, il conviendrait d'évaluer leurs antécédents d'ITS/VIH et procéder à un examen physique qui met l'accent sur les régions génitales, et qui comprend un examen au spéculum pour les femmes, ainsi qu'un examen de la gorge et du rectum au besoin¹⁹. La confidentialité et la protection de la vie privée sont essentielles. Dans le cas des travailleurs de l'industrie du sexe, l'évaluation pour les ITS et le VIH ne peut pas toujours avoir lieu dans des conditions cliniques idéales, de sorte qu'il faudrait l'adapter à des environnements moins formels, telles les cliniques mobiles. En plus de l'examen standard de dépistage des ITS et du VIH, il est important de s'enquérir de l'usage présent ou passé de substances psychoactives, de la présence d'une ou d'un partenaire régulier et de l'utilisation de condoms, que ce soit avec les clients ou avec les partenaires¹⁹.

Prélèvement d'échantillons et diagnostic de laboratoire

L'évaluation des antécédents, l'examen physique et les circonstances du milieu devraient déterminer le prélèvement des échantillons. En plus du counselling et d'un consentement éclairé, les travailleurs de l'industrie du sexe devraient subir régulièrement des analyses de laboratoire pour le dépistage de la syphilis, du VIH (à moins qu'ils soient déjà VIH séropositifs), de la gonorrhée, de la chlamydia, de la vaginite/vaginose et de l'infection au VPH (si ce test est disponible)¹⁹. Il est important de procéder à un examen du col utérin pour le dépistage des dysplasies et des infections au VPH. Les personnes présentant un risque d'hépatite C devraient recevoir le counselling et être soumis aux tests de dépistage.

En raison de la nature du travail dans l'industrie du sexe et de la situation sociale de nombreux travailleurs de cette industrie, des analyses d'urine, des tests de dépistage rapide au point de service et des tests à partir d'échantillons autoprélevés sont particulièrement appropriés.

Prise en charge et traitement

Les travailleurs de l'industrie du sexe devraient pouvoir avoir accès aux recommandations standards en matière de prise en charge et de traitement des ITS et du VIH/sida²⁰. Le fait de guérir un seul d'entre eux de la gonorrhée pourrait avoir comme effet de réduire le nombre de cas secondaires et le risque de VIH, ce qui épargnerait 120 années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) à raison de moins de 1 \$US par AVCI²¹. Les travailleurs de l'industrie du sexe qui ne peuvent suivre un long traitement contre les ITS devraient avoir accès à des traitements oraux à dose unique. Des traitements épidémiologiques ou syndromiques, en l'absence d'examen complet ou d'analyses de laboratoire, peuvent parfois être nécessaires^{1,19}.

L'éducation pour la santé et le counselling sont des composantes vitales de la prise en charge des ITS/ VIH, tant pour les travailleurs de l'industrie du sexe que pour d'autres patients^{1,19}. Il est particulièrement important que les travailleurs de l'industrie du sexe sachent comment utiliser les condoms, comment négocier des relations sexuelles plus sécuritaires, et pourquoi ils devraient utiliser le condom avec leurs partenaires réguliers. Les cliniciens doivent comprendre les circonstances précises entourant les risques auxquels s'expose chacun de leurs patients afin de mettre au point une stratégie personnalisée de réduction des risques pour ces derniers.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

La surveillance des ITS et du VIH est importante, la déclaration précise et rapide est à la base de la gestion des cas et de la prise en charge efficace des ITS. Les travailleurs de l'industrie du sexe et les autres populations marginalisées comptent souvent sur les services gouvernementaux de lutte contre les ITS et le VIH. Donc pour faciliter la prise en charge des cas et la coopération quant aux déclarations, mettra-t-on l'accent sur la confiance, le respect et la confidentialité qui sont indispensables dans de telles situations.

Les partenaires des travailleurs de l'industrie du sexe (qu'il s'agisse des partenaires réguliers ou des clients) devraient être avisés de façon confidentielle de la même manière que n'importe quelle autre personne et recevoir un traitement. Les professionnels de la santé devraient toutefois être conscients du fait que le processus de notification aux partenaires peut résulter dans la violence, de la part des clients, à l'égard du travailleur de l'industrie du sexe identifié comme le cas index. Il conviendrait d'en discuter avec le cas index afin d'atténuer l'impact de l'annonce lorsque c'est possible. Dans ce contexte, il est souvent préférable qu'un représentant de la santé publique ou un professionnel de la santé se charge de la notification (en préservant l'anonymat du cas index).

Suivi

Il faut encourager les travailleurs de l'industrie du sexe à passer des examens mensuels de dépistage des ITS¹⁹. **Il faut signaler à l'agence de la protection de la jeunesse concernée les cas des enfants ou des jeunes ayant pu être exploités (voir le chapitre « *Abus sexuels à l'égard d'enfants imputères et prépubères* »).** Les travailleurs de l'industrie du sexe qui ont des problèmes de santé mentale, des problèmes avec un service d'aide sociale, des problèmes de logement ou des problèmes juridiques doivent être dirigés vers les agences ou professionnels appropriés.

Définition	1
Épidémiologie	1
Prévention	2
Évaluation	2
Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire	3
Prise en charge et traitement	3
Déclaration des cas et notification aux partenaires	3
Suivi	4

VOYAGEURS

Définition

Il existe depuis longtemps un lien entre voyage, comportement sexuel et risque accru d'acquisition des infections transmissibles sexuellement (ITS). On entend par « voyageur » une personne qui se déplace temporairement, en permanence ou de temps à autre pour son plaisir ou pour des motifs professionnels¹. Parmi les catégories de voyageurs, on compte entre autres les touristes, les voyageurs de commerce, le personnel militaire, les marins, les camionneurs, les diplomates, les étudiants de collèges et d'universités en période de relâche et les immigrants en visite dans leurs pays d'origine²⁻⁴. Le tourisme sexuel regroupe une catégorie particulière de voyageurs qui se déplacent avec l'intention d'avoir des activités sexuelles à l'étranger². Ils ont plus tendance à avoir des relations sexuelles avec des travailleurs de l'industrie du sexe et d'avoir des partenaires multiples au cours de leur voyage². Dans certaines régions du monde, notamment en Asie du Sud-Est et de plus en plus en Europe de l'Est, la prostitution se développe autour des centres de villégiature^{2,5,6}.

Épidémiologie

En 2002, les Canadiens ont effectué 13 millions de séjours de plus de 24 heures aux États-Unis; la durée moyenne du séjour a été de quatre nuits. La même année, ils ont effectué 4,7 millions de séjours outre-mer; la durée moyenne du séjour a été de 15,2 nuits⁷. À l'exclusion des États-Unis, les dix destinations les plus prisées sont, dans l'ordre décroissant, le Royaume-Uni, le Mexique, la France, le Cuba, la République dominicaine, l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas, l'Espagne et la Chine⁷.

Le risque d'acquisition des ITS est plus élevé chez les voyageurs. Le voyage est une occasion de se libérer des contraintes sociales et quotidiennes. Il donne plus d'occasions d'avoir des relations sexuelles de passage⁸. Selon certaines études, de 5 à 50 % des voyageurs ont ce type de relation sexuelle^{1,9,10}, tandis qu'entre le tiers et la moitié n'utilisent le condom que de façon sporadique^{1,11}. Ceux qui ont un risque accru d'ITS sont les mâles, les jeunes voyageurs, ceux qui voyagent seul ou avec des amis, les célibataires, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), ceux qui font un séjour de longue durée ou sont en voyage d'affaires, les fumeurs ou encore, ceux qui consomment de l'alcool ou des drogues illicites^{1,4,5,8,11,12}.

Les ITS sont parmi les maladies à déclaration obligatoire les plus répandues dans le monde avec des taux particulièrement élevés dans les pays en voie de développement¹. À l'échelle mondiale, l'infection à *Chlamydia trachomatis* est l'ITS bactérienne la plus prévalente¹. Les infections gonococciques sont aussi répandues à l'échelle mondiale et la résistance aux antibiotiques ne cesse d'augmenter. Les modèles de sensibilité de *Neisseria gonorrhoeae* aux agents antimicrobiens varient selon la région du monde; c'est en Afrique et en Asie que les taux de résistance sont les plus élevés^{9,11} (voir le chapitre « Infections gonococciques »).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, on comptait dans le monde 38 millions d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH à la fin de 2003, dont 4,8 millions qui étaient infectés au cours de cette année seulement¹³. Au Canada, l'épidémie de l'infection au VIH est en grande partie attribuable à des virus du sous-type B. Les voyageurs sont cependant susceptibles de revenir au pays infectés par un type de VIH qui n'appartient pas à ce sous-type^{2,6}.

Prévention

On dispose de très peu de données probantes de l'efficacité des mesures de prévention préalables au voyage^{1,8,14}. Les professionnels de la santé devraient recommander aux voyageurs d'apporter leurs propres condoms, les mettre en garde contre le risque élevé de contracter des ITS et insister sur le fait que la consommation d'alcool ou de drogues illicites réduit les inhibitions^{5,10,11,14}. Ils devraient les informer du fait que les condoms vendus à l'étranger pourraient être de moins bonne qualité que ceux offerts au Canada, et que la chaleur et l'humidité sont susceptibles d'en réduire l'efficacité¹¹. La collaboration entre les cliniques de santé-voyage et les cliniques ou programmes d'ITS contribue à assurer la prise de mesures préventives et thérapeutiques¹.

L'immunisation contre l'hépatite B (VHB) est recommandée à tous les voyageurs séjournant dans une région où le VHB est à l'état endémique^{10,15,16}. On trouvera de l'information à jour sur la prévalence du VHB sur le site Web de l'Organisation mondiale de la Santé (<http://www.who.int/ith/fr/index.html>) ou en consultant l'*International Travel Health Guide*¹⁷. L'immunisation contre l'hépatite A (VHA) est recommandée à tous les HARSAH, aux utilisateurs de drogues injectables et aux voyageurs en visite dans des pays où le VHA est à l'état endémique, de façon à prévenir la transmission du virus d'une personne à une autre^{15,16}. Les vaccins combinés anti-hépatite A et anti-hépatite B sont utiles pour les personnes qui ont besoin de la protection contre les deux infections à la fois. L'usage d'antibiotiques comme mesure de chimioprophylaxie contre les ITS pendant le voyage n'est pas recommandé⁵.

Par ailleurs, les efforts de prévention devraient viser les immigrants originaires de pays où l'infection par le VIH est à l'état endémique et qui courent un risque élevé de contracter l'infection durant un séjour dans leur pays natal après leur arrivée au Canada^{3,6}.

Evaluation

Le diagnostic et le traitement précoces sont essentiels pour empêcher la propagation des ITS, en particulier la transmission au partenaire sexuel du voyageur au retour de ce dernier au pays. Les antécédents de voyage et les antécédents sexuels devraient être évalués. Il convient de souligner que l'identité sexuelle autodéclarée ne permet pas de prévoir le comportement sexuel d'un voyageur. Certains voyageurs peuvent se considérer comme hétérosexuels bien qu'ils aient des relations sexuelles avec des personnes du même sexe (soit avant, soit durant le voyage, ou les deux à la fois). Il est donc primordial d'interroger le voyageur sur ses antécédents sexuels et de lui poser des questions ouvertes comme celle-ci : « Avez-vous des relations sexuelles avec des hommes, des femmes, ou les deux? »

Pour d'avantage d'information sur l'évaluation des comportements sexuels, voir les chapitres « *Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes/Femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes* » et « *Soins primaires et infections transmissibles sexuellement* ».

Il conviendrait d'examiner les comportements adoptés durant le voyage, qu'ils soient sexuels ou non sexuels qui sont associés à un risque accru d'ITS, à savoir :

- les relations orales, vaginales ou anales non protégées (réceptives ou insertives);
- les relations oro-anales (anilingus);
- les relations anales-manuelles (« fisting » insertion d'un doigt ou du poignet dans l'anus);
- la consommation de drogues avant et pendant les activités sexuelles;
- le tatouage et le perçage corporels;
- la consommation de drogues, injectables ou autres.

Il conviendrait aussi d'examiner les antécédents de consommation de drogues.

On devrait recommander au voyageur ayant eu des relations sexuelles non protégées avec un nouveau partenaire de subir les tests de dépistage pour la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, le VIH et des anticorps anti-VHB (s'il n'a pas été immunisé)⁹. Le test de dépistage de l'hépatite C (VHC) doit être offert si l'anamnèse révèle des antécédents de consommation de drogues, de tatouage, de perçage corporel ou d'autres activités où du matériel contaminé aurait pu être partagé (voir le chapitre « *Immigrants et réfugiés* » pour plus d'information). Les professionnels de la santé doivent prendre note que des voyageurs peuvent se présenter avec certaines ITS rarement vues au Canada, comme le chancre mou et la lymphogranulomatose vénérienne (LGV); à cet égard, voir les chapitres « *Chancre mou* » et « *Lymphogranulomatose vénérienne* ». Le test de dépistage du VIH doit être accompagné par le counselling approprié (voir le chapitre « *Infections au virus de l'immunodéficience humaine* »).

Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

- Le même pour tous les patients. Se référer aux chapitres portant sur des infections spécifiques.

Prise en charge et traitement

- Le même pour tous les patients. Se référer aux chapitres portant sur des infections spécifiques.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Les mêmes pour tous les patients. Se référer aux chapitres portant sur des infections spécifiques.
- Bien que la notification aux partenaires puisse poser un problème, elle devrait néanmoins être tentée avec l'aide des autorités des départements de santé locales et provinciales et l'Agence de la santé publique du Canada.

Suivi

- On devrait recommander aux personnes ayant des activités sexuelles à risque élevé pendant leurs voyages de subir régulièrement des tests de dépistage des ITS. Il est aussi important de continuer de mettre l'accent sur des pratiques sexuelles plus sécuritaires et la réduction des méfaits. Ces personnes devraient subir des tests de dépistage pour le VIH, le VHB et le VHC en tenant compte de la période fenêtre pour chaque infection. Recommander à ces derniers d'avoir des relations sexuelles protégées tant que les tests n'auront pas été administrés, afin d'éviter de transmettre une infection à leur(s) partenaire(s). Les voyageurs devraient terminer la série de vaccins contre l'hépatite A et l'hépatite B s'ils ont commencé leur série avant leur départ en voyage.

	Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères	Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes	Consommation de substances psychoactives	Détenus et délinquants	Femmes enceintes	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes	Immigrants et réfugiés	Travailleurs de l'industrie du sexe	Voyageurs
A									
ablation au laser à CO ₂					15				
abstinence					3,9,13				
abus									
substances psychoactives			1,2						
acide bichloro- ou trichloro acétique					15				
acide borique					10				
acyclovir					14				
alcool			1-3,5,6	3		2,4			1,2
allaitement					16,18				
allergie									
céphalosporine		7			4				
pénicilline					4,6				
amoxicilline		7			3				
analyse non-tréponémique		6			5				
analyse tréponémique		6			5				
années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)								3	
anticorps									
anti-HBc			4		16	4			
anti-HBs		6	4		16	4	3		
anti-VHC		6			16				
anti-VIH (test de dépistage)		6			17		3		

	Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères	Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes	Consommation de substances psychoactives	Détenus et délinquants	Femmes enceintes	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes	Immigrants et réfugiés	Travailleurs de l'industrie du sexe	Voyageurs
anticorps									
IgG					5,16				
IgM					5,16				
indécelables					6				
non tréponémiques					5				
aspirat									
vaginal	6								
Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)					2				
Autochtone			1	1					
azithromycine	10	7,8			2,3				
B									
« bare-backing »						1			
benzathine-pénicilline G					7				
bisexuel						1,2			
butoconazole					11				
C									
candidose	6								
vulvo-vaginale					10,11				
CD4					17				
céfixime	10	7			4				
ceftriaxone					4,7				
centre d'injections plus sécuritaires			3,7						
céphalosporine					4				
césarienne					3,14,16,18				
chancres mou							3		3

	Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères	Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes	Consommation de substances psychoactives	Détenus et délinquants	Femmes enceintes	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes	Immigrants et réfugiés	Travailleurs de l'industrie du sexe	Voyageurs
charge viral					17,18				
chlamydia (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	5,6,9,10	1,3,5,7,8	2	2,5	1-3	1-3,5,6		2	1,3
cholestase					16				
Cialis			2			2			
ciprofloxacine		7							
Citoyenneté et Immigration Canada (CIC)							2,3		
clindamycine					10				
clotrimazole					11				
cocaïne			1,6,7			2			
colite pseudo-membraneuse					10				
coloration de Gram	6,7	4							
condom	11	2,8	2,4		3,13	3		1-3	1,2
conjonctivite									
du nouveau né					3				
consommation de substances psychoactives			1-8	3,4,5					
contraception/ méthodes contraceptives		2							
orale d'urgence		9							
counselling						3,4	3		
par les pairs				3					
pratiques sexuelles plus sécuritaires						3,7			
réduction des méfaits/risques			2-4			4			

	Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères	Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes	Consommation de substances psychoactives	Détenus et délinquants	Femmes enceintes	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes	Immigrants et réfugiés	Travailleurs de l'industrie du sexe	Voyageurs
counselling						3,4	3		
post-test				3,5					
pré-test				3,5					
crack cocaïne			2,6						
cryothérapie					15				
D									
diagnostic en laboratoire	5	3	7	6		6	5	2	3
diplocoques		4							
doxycycline		7			2,3				
dysplasie du col utérin									
dépistage				6		6,7		2	
E									
échange d'aiguilles/ de seringues			2,3,5,7	4					
écoulement/perte									
vaginal	5								
endométrite					4,9				
entérite						6			
entrevue motivationnelle			4			4			
érythromycine					2,3				
évaluation du risque				5		5,6	2		
examen bimanuel							5		
examen pédiatrique	4								
excision					15				

	Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères	Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes	Consommation de substances psychoactives	Détenus et délinquants	Femmes enceintes	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes	Immigrants et réfugiés	Travailleurs de l'industrie du sexe	Voyageurs
F									
femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes (FARSAF)				6		1-7			3
femmes qui allaitent					3,5,13				
fièvre					8				
fièvre typhoïde (<i>Salmonella enterica</i> de serotype typhi)						2			
« fisting »						5	4		
fluconazole					10				
FTA-ABS					5				
G									
gamma-hydroxy-butyrate (GHB)						2			
gammaglobuline					15				
ganglion lymphatique						6			
gonorrhée (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)	5-7,9,10	1,3,4,7			1,2,4	1,3,5,6	3	1-3	1,3
Gram négatif		4							
grossesse					1-18				
intra-partum					17,18				
H									
Hémodialyse							4		

	Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères	Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes	Consommation de substances psychoactives	Détenus et délinquants	Femmes enceintes	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes	Immigrants et réfugiés	Travailleurs de l'industrie du sexe	Voyageurs
héroïne			1,7						
herpès génital					13				
hétérosexuel				4		1,2			2
hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)						1-7			
homophobie						4			
I									
imiquimod					2,15				
immigrant							1-5		1-3
immunoglobulines contre l'hépatite B (HBIG)	11	8			15,16				
incarcération				1,3,4				1	
infections intestinales et entériques									
infestations ectoparasitaires									
gale (<i>Sarcoptes scabiei</i>)					12,13				
pédiculose pubienne/morpion (<i>Phthirus pubis</i>)					12				
insémination artificielle					2				
interféron					2,15,17				
alpha					16				
PEG-interféron alpha					16				
internet						1,5			

	Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères	Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes	Consommation de substances psychoactives	Détenus et délinquants	Femmes enceintes	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes	Immigrants et réfugiés	Travailleurs de l'industrie du sexe	Voyageurs
ITS à déclaration obligatoire			8	6					
J									
jeune de la rue			1						
jouet sexuel				4		3,5			
K									
kétamine						2			
L									
Levitra			2			2			
Lindane (gamma hexachlorure de benzène)					2,12,13				
LSD			1,6						
lymphogranulomatose vénérienne (LGV)						1	3,4		3
M									
médecine traditionnelle							5		
médico-légal		2-5							
preuve médico-légale	4	3							
méthadone			3						
méthamphétamine « glace »			2,8			2			
méthylendioxy-méthamphétamine (MDMA, ecstasys)			8			2			
métronidazole	10	8			2,8-10				
miconazole					11				

	Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères	Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes	Consommation de substances psychoactives	Détenus et délinquants	Femmes enceintes	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes	Immigrants et réfugiés	Travailleurs de l'industrie du sexe	Voyageurs
MHA-TP micro-hémagglutination de <i>Treponema pallidum</i>					5				
minocycline					2				
mortinaissance					5,8				
Motherisk					1				
N									
névirapine					18				
nonoxynol-9 (N-9)						3		2	
notification aux partenaires	12	9	8	3,6		7	1,2,5	3	3
nouveau-né/nourrisson					1,3,5,8,10,14-16,18				
nystatine					11				
P									
pathogènes à diffusion hématogène (PDH)	5	3		2					
pathogènes entériques						6			
périnatal	7				14,18				
période fenêtre									4
perméthrine					12,13				
pneumopathie inflammatoire					3				
pneumonite					13				
podofloxi					15				
podophylline					2,15				
podophyllotoxine					2,15				

	Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères	Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes	Consommation de substances psychoactives	Détenus et délinquants	Femmes enceintes	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes	Immigrants et réfugiés	Travailleurs de l'industrie du sexe	Voyageurs
prélèvement d'échantillon									
pharynx	7								
préparation à l'état frais	6,7	5			9				
prévention	2	2	1-4	3,4,6	14	3,4	1,2	1,2	2
primaire									
Programme d'accès spécial (PAS)					4				
prophylaxie	6,9-13	4,5,7-10			2,15,18				
post-exposition (PPE)	11	8							
prurit					12	6			
pyréthrine-pipéronyl butoxyde					12				
Q									
quinolones					2,3				
R									
réaction de Jarisch Herxheimer					8				
réfugié							1-5		
réinfection				1	9				
relations sexuelles	1,12	9	2,5	1,4,6		1	4		
anales	2			4		1,3,4-6	4		
orales	2					1,3-6			
oro-anales				4		4,5		2	
oro-génitales				4					
plus sécuritaires						1,3,4,7	5		

	Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères	Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes	Consommation de substances psychoactives	Détenus et délinquants	Femmes enceintes	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes	Immigrants et réfugiés	Travailleurs de l'industrie du sexe	Voyageurs
résistance									
aux quinolones		7							
réfinité									
ribavirine					2,16,17				
rupture prématurée des membranes					8-10				
S									
sang									
avoir reçu du sang							4		
saunas						1,2,5			
sepsie					4				
sérologie	8,10,13	8,10	4	3,5	2,5,6,8,13	3-5	2,3		
Service correctionnel du Canada (SCC)				1-3					
soirées " circuit "									
soirées " rave "						2,5			
spectinomycine					4	2,5			
spermicide								2	
stigmatisation			2,8	1,6			2	1	
sulfaméthoxazole					2				
symptômes prodromiques					14				
syphtis									
congénitale					5,8				
latente précoce					5,7				
latente tardive					7				

	Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères	Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes	Consommation de substances psychoactives	Détenus et délinquants	Femmes enceintes	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes	Immigrants et réfugiés	Travailleurs de l'industrie du sexe	Voyageurs
syphilis primaire et secondaire					5,7,8				
Système de surveillance des maladies infectieuses de SCC (SSMI-SCC)				2					
T									
tatouage				1,4,5			4		3
terconazole					11				
test d'agglutination passive de <i>Treponema pallidum</i> (TP-PA)		6							
test d'amplification des acides nucléiques (TAAN)		3-5		5					
polymérase en chaîne (PCR)					13				
test de contrôle		3,7,10			1,3,4				
test non tréponémique VDRL		6			5				
test rapide de la réagine plasmatique (RPP)					5				
tests au point de service								2	
tétracyclines					2				
traitement antirétroviral hautement actif (HAART)					17				

	Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères	Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes	Consommation de substances psychoactives	Détenus et délinquants	Femmes enceintes	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes	Immigrants et réfugiés	Travailleurs de l'industrie du sexe	Voyageurs
traitement topique					9,10				
transgenre								1	
transmission verticale					1,3,13-18				
travail avant-terme					8,9,10				
travailleurs de l'industrie du sexe								1-3	1
trichomonase (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	9,10	1,5,8			8,9				
trousse de désinfection à l'eau de Javel			3	4					
U									
ulcérations génitales (UG)	5,7								
ulcère						2,6			
uréthrite	7								
urine	6	4,5		5,6				2	
V									
vaccin									
contre le virus de l'hépatite A			4	5,7,	15	4,7		2	2,4
contre le virus de l'hépatite B	11	8	4	7	15,16	4,7	3,5	2	2,4
vaginose bactérienne (VB)	6				2,9,10	2			
vertues									
génitales					14,15				
orales					13				

	Abus sexuel à l'égard d'enfants impubères et prépubères	Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes	Consommation de substances psychoactives	Détenus et délinquants	Femmes enceintes	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes	Immigrants et réfugiés	Travailleurs de l'industrie du sexe	Voyageurs
VIH/sida (virus de l'immuno-déficience humaine/syndrome de l'immuno-déficience acquise)	8,9,11,13	6,8	1,2,8	1-3,5	1,2,7,8, 16-18	1,2,3,5	2,3,4	1-3	2-4
viol		3					2		
virus de l'hépatite A (VHA)			4	3,5,7	15,16	1,2,4-7			2,4
virus de l'hépatite B (VHB)	8,9,11,13	6,8	4	1-3,5,7	1,2,15,16	1,4,5,7	3-5		2
virus de l'hépatite C (VHC)	8,11	6,8	2	1,2,3,5	2,16,17	2	3,4		3
virus Herpes simplex (VHS)	1,5,7,9	1	2		13,14				
virus du papillome humain (VPH)	9			6,7	14,15				
visite prénatale					1,17				
vomissements		9							
voyage							2		
voyageurs									1-4
Z									
zidovudine (AZT)					18				

Annexes

VII

A. Conseils sur l'utilisation des condoms
à l'intention des patients

B. Mode d'emploi du condom pour
hommes et du condom pour femmes

C. Ressources et outils de référence à
l'intention des professionnels de la santé

D. Directeurs provinciaux
et territoriaux des services de
lutte contre les ITS

E. Laboratoires provinciaux

F. Preuves médico-légales,
services de médecine légale et
laboratoires judiciaires

G. Centres de référence pour les ITS
chez les enfants impubères
ou prépubères atteints d'ITS

H. Échelle de maturité
sexuelle de Tanner

Annexe A : Conseils sur l'utilisation des condoms à l'intention des patients	1
Annexe B : Mode d'emploi du condom pour hommes et du condom pour femmes	3
Annexe C : Ressources et outils de référence à l'intention des professionnels de la santé	5
Annexe D : Bureaux provinciaux et territoriaux des services de prévention et de lutte contre les ITSS	7
Annexe E : Laboratoires provinciaux	9
Annexe F : Preuves médico-légales, services de médecine légale et laboratoires judiciaires	11
Annexe G : Centres de référence pour les enfants impubères ou prépubères atteints d'its.....	15
Annexe H : Échelle de maturité sexuelle de tanner	18

ANNEXE A : CONSEILS SUR L'UTILISATION DES CONDOMS À L'INTENTION DES PATIENTS

Renseignements essentiels sur les condoms et guide pour conseiller les patients

Vérifiez l'étiquette

- Le type le plus fréquent de condom est le condom en latex, mais les condoms synthétiques (en polyuréthane) protègent également contre les grossesses non planifiées et les infections transmissibles sexuellement (ITS), y compris le VIH.
- Il ne convient pas d'utiliser les condoms à membrane naturelle (aussi appelée « peau de mouton ») pour se protéger de certaines infections virales comme l'hépatite et le VIH.
- Certains gadgets ressemblant à un condom, tels les condoms comestibles, ne protègent pas contre la grossesse et les ITS.

Conservez les condoms dans un endroit adéquat et vérifiez-les avant de les utiliser

- Les condoms doivent être conservés dans un lieu frais et sec, à l'abri de la lumière directe (ils ne doivent pas être conservés dans un portefeuille, une automobile, ou dans aucun autre lieu où ils seraient exposés à une chaleur ou à un froid extrême).

Vérifiez toujours la date de péremption avant d'utiliser le condom; les condoms périmés ne doivent pas être utilisés.

- Les condoms dont l'emballage est endommagé ou ceux présentant des signes évidents d'usure (p.ex., ceux qui sont friables, collants ou décolorés) ne doivent pas être utilisés, car on ne peut se fier à ces condoms pour prévenir les infections.
- Les condoms doivent être enfilés avant tout contact génital afin de prévenir l'exposition à des liquides biologiques pouvant contenir des agents infectieux. Le nonoxynol-9 (N-9) n'est pas recommandé comme moyen de prévention efficace contre le VIH ou les ITS. La meilleure barrière contre les ITS et le VIH est un condom en latex ou en polyuréthane *sans* N-9.
- Si le N-9 est utilisé comme adjuvant d'une méthode contraceptive, il faut évaluer attentivement ses avantages par rapport au risque accru de lésions génitales et de transmission du VIH¹.

Conseils pour améliorer l'adhésion de l'utilisation du condom et prévenir les ITS

- Recommandez invariablement une « double protection », consistant à la fois en l'utilisation du condom et de contraceptifs oraux, pour une prévention des ITS et une contraception très efficace.
- Préparez un guide empruntant la forme d'un « bloc d'ordonnances », et présenté comme ci-dessous².

Si vous ou votre partenaire avez déjà eu des relations sexuelles avec une autre personne, nous vous recommandons fortement d'adopter l'une des pratiques sexuelles plus sécuritaires suivantes :

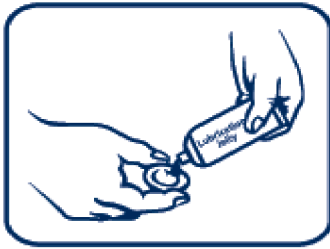
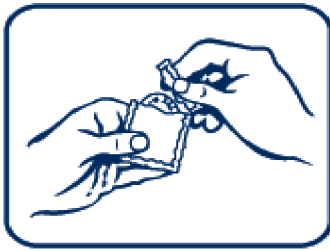
- utilisez toujours un condom pour prévenir la grossesse et les ITS;
- utilisez toujours un condom pendant les trois premiers mois d'une relation sexuelle avec un nouveau partenaire. Après ce délai, passez des tests de dépistage des ITS et du VIH avec votre partenaire. Si les résultats des tests sont négatifs, vous pouvez cesser d'utiliser des condoms, dans la mesure où vous et votre partenaire acceptez de rester monogames (et croyez pouvoir respecter cet engagement) tout en prenant les mesures contraceptives appropriées.

Obstacles à l'utilisation du condom et les moyens de les surmonter

Tableau 1. Obstacles perçus et stratégies d'intervention proposées

Le condom a pour effet de diminuer le plaisir et les sensations sexuelles	<ul style="list-style-type: none">• Obstacle souvent perçu par les personnes qui n'ont jamais utilisé le condom.• Encourager les patients à essayer les solutions suivantes :<ul style="list-style-type: none">– mettre une goutte de lubrifiant à base d'eau ou de salive dans le bout du condom ou sur le gland du pénis avant d'enfiler le condom;– essayer un condom en latex plus mince;– essayer des marques différentes;– essayer avec plus de lubrification.
Il enlève de la spontanéité aux relations sexuelles	<ul style="list-style-type: none">• Encourager les patients à mettre le condom durant les préludes (stimulation érotique).• Rappeler que la tranquillité d'esprit peut accroître le plaisir pour soi-même et pour son partenaire.
C'est une méthode embarrassante, faite pour les jeunes, et « non virile »	<ul style="list-style-type: none">• Rappeler aux patients qu'il est « viril » de se protéger soi-même et de protéger les autres.
Il est mal ajusté (il est trop petit ou trop grand, il glisse, il est inconfortable)	<ul style="list-style-type: none">• Il existe des condoms de différentes tailles.
Il faut retirer tout de suite après l'éjaculation	<ul style="list-style-type: none">• Souligner le caractère protecteur du retrait rapide.• Proposer d'autres activités sexuelles post-coïtales.
La crainte d'un bris peut contribuer à réduire l'intensité des activités sexuelles	<ul style="list-style-type: none">• Dans le cas d'une relation prolongée, le lubrifiant se raréfie et l'on commence à sentir une friction. On veillera donc à garder un lubrifiant à base d'eau à portée de la main.
Activités sexuelles sans pénétration	<ul style="list-style-type: none">• Le condom devrait être utilisé même pour la fellation; les condoms non lubrifiés peuvent alors s'avérer plus appropriés.• Il existe des condoms aromatisés, à ne pas confondre avec les condoms comestibles vendus dans certaines boutiques érotiques.• Utiliser d'autres méthodes barrières, soit les digues dentaires ou un condom non lubrifié coupé sur toute sa longueur au milieu, pour certaines activités sexuelles sans pénétration, comme le cunnilingus et l'anilingus.

ANNEXE B : MODE D'EMPLOI DU CONDOM POUR HOMMES ET DU CONDOM POUR FEMMES



Mode d'emploi du condom pour hommes

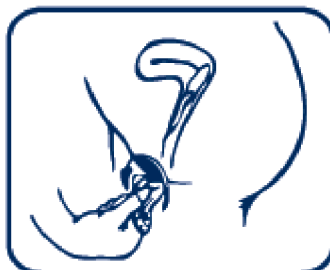
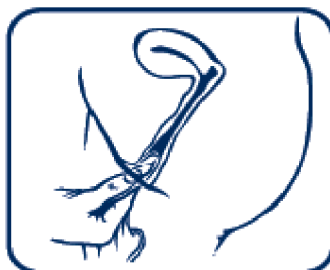
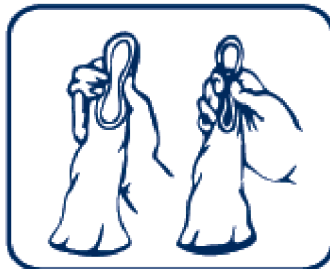
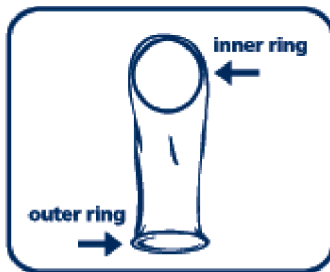
On peut faire une démonstration claire et simple de bon nombre des points présentés ci-dessous en mettant un condom sur deux doigts ou sur un modèle de pénis.

Les condoms doivent être enfilés avant tout contact sexuel.

1. Ouvrir l'emballage; manipuler avec soin pour éviter d'endommager le condom.
2. Pour prévenir l'irritation et pour éviter de déchirer le condom, utilisez un lubrifiant à base d'eau sur le pénis ou à l'intérieur du condom; on peut utiliser de la gelée K-Y ou une formulation liquide comme Astro-Glide, mais éviter absolument les lubrifiants à base de pétrole ou d'huile (tels la vaseline, les huiles de cuisson, le shortening et les lotions), car ils affaiblissent le latex.
3. Pincez le réservoir au bout du condom pour faire sortir l'air et pour laisser de l'espace pour recueillir le sperme (environ 1 centimètre) pendant que vous le déroulez le plus loin possible sur le pénis en érection.
4. Après l'éjaculation, retirez le pénis sans enlever le condom, pendant que le pénis est encore en érection. Tenez fermement la base du condom pour éviter tout écoulement du sperme.
5. Après l'utilisation du condom, faire un nœud du côté ouvert et le jeter à la poubelle (et non dans la cuvette des toilettes). Ne pas réutiliser.

Remarque :

Si le condom se déchire, il faut le remplacer immédiatement. Si l'éjaculation a lieu après la déchirure du condom et qu'une prévention de la grossesse est requise, recourir à la contraception orale d'urgence.



Comment utiliser le condom pour femmes

Insérez le condom dans le vagin avant tout contact sexuel.

1. Ouvrir l'emballage; manipuler le condom avec soin pour éviter de déchirer le condom.
2. Pincez l'anneau interne flexible situé au bout fermé de la gaine.
3. Insérer doucement l'anneau interne dans le vagin.
4. Placer l'index à l'intérieur du condom et pousser l'anneau interne vers le haut et aussi loin que possible dans le vagin.
5. S'assurer que la gaine n'est pas tordue. L'anneau externe doit rester à l'extérieur du vagin.
6. Guider le pénis dans l'ouverture de la gaine. S'assurer que le pénis n'entre pas de côté, entre la paroi du vagin et la gaine.
7. Un lubrifiant peut être utilisé à l'intérieur du condom ou sur le pénis si le condom se déplace durant la relation.
8. Pour retirer le condom, tordre l'anneau externe et retirer doucement le condom pour éviter de renverser le sperme.
9. Jeter le condom dans la poubelle (et non dans la cuvette des toilettes). Ne pas le réutiliser.

Remarque :

Si le condom se déplace, se tord ou se déchire, il faut le remplacer immédiatement. Si l'éjaculation a lieu après que se soit produit un problème avec le condom et qu'une prévention de la grossesse est requise, recourir à la contraception orale d'urgence.

Voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement » pour de l'information sur l'utilisation du condom pour femmes au cours des relations sexuelles anales.

ANNEXE C : RESSOURCES ET OUTILS DE RÉFÉRENCE À L'INTENTION DES PROFESSIONNELLS DE LA SANTÉ

Livres

Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle.

Santé Canada

Ce document offre aux professionnels de la santé publique, aux éducateurs et aux planificateurs de programmes une connaissance plus accrue des buts et objectifs de l'éducation en matière de la santé sexuelle. Celui-ci offre aux professionnels un guide pour le développement et l'évaluation des programmes, politiques et services reliés à l'éducation en matière de santé sexuelle.

Document électronique en format pdf offert à l'adresse www.santepublique.gc.ca

La transmission du VIH : guide d'évaluation du risque. Une ressource pour les éducateurs, les conseillers et les professionnels de la santé, 5^e édition.

Société canadienne du sida

Un guide complet basé sur des données probantes soulignant les risques de transmission et d'acquisition du VIH et du virus de l'hépatite C associés aux diverses activités sexuelles classés de 1 (aucun risque) à 4 (risque élevé). Document électronique offert en format pdf en ligne à l'adresse [www.cdnaids.ca].

Au delà du plaisir.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Un livret compréhensif sur la sexualité et la contraception. Ce livret présente toutes les méthodes contraceptives disponibles au Canada et des renseignements basés sur des faits en matière de protection contre les infections transmissibles sexuellement. Il contient des adresses de site Web pertinents et des numéros de téléphone pour obtenir du soutien au Canada. Disponible sous commande en ligne à l'adresse [www.sogc.org/health/bookstore_f.asp].

Les guides de counselling : ressources à l'intention des professionnels

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

« Choisir une méthode de contraception qui vous convient, 2^e édition »

« Comprendre les infections transmissibles sexuellement »

Disponibles sous commande en ligne à l'adresse [www.masexualite.ca].

Guide pour le counselling sur la santé sexuelle et génésique, 2004.

Fédération canadienne pour la santé sexuelle (antérieurement Fédération pour le planning des naissances du Canada)

Ces lignes directrices peuvent constituer un outil permettant d'améliorer les aptitudes de soutien, de former du personnel ou de fournir des renseignements additionnels aux patients dans un contexte clinique, communautaire ou pédagogique. Peuvent être commandées en ligne à l'adresse [www.cfsh.ca].

Liens Internet

www.aidssida.cpha.ca

Le Centre national de documentation sur le sida de l'Association canadienne de santé publique distribue toute une gamme de brochures, d'affiches et d'autres documents sur les pratiques sexuelles à risques réduits. Adresse : 1565, av. Carling, Bureau 400, Ottawa (Ontario) K1Z 8R1.

www.santepublique.gc.ca/its

Le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada sur la santé sexuelle et les infections transmissibles sexuellement offre de l'information et des ressources sur la santé sexuelle et les ITS et inclut des liens aux données et rapports sur l'épidémiologie et la surveillance nationale, à des études ciblées et aux lignes directrices nationales fondées sur des données probantes.

www.masexualite.ca

Il s'agit d'un site Web sur la santé sexuelle et génésique parrainé par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Il est largement utilisé par les adolescents, les parents, les adultes, les enseignants et les professionnels de la santé pour obtenir des renseignements pertinents relatifs à la santé sexuelle et génésique.

Remarque :

Si vous ne savez pas où vous procurer des ressources pour la promotion de la santé sexuelle et la prévention et le contrôle des ITS dans votre région, vous pouvez communiquer avec le département de santé publique local ou avec le directeur provincial ou territorial des services de lutte contre les ITS (voir « Annexe D »).

ANNEXE D : BUREAUX PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES ITSS

Alberta

STI Services
Alberta Health and Wellness
PO Box 1360 Stn Main
Edmonton, AB T5J 9Z9
Tél. : (780) 427-2830
Télé. : (780) 422-5149
Karen.Sutherland@gov.ab.ca
(apte au changement)

Colombie-Britannique

STI/HIV Prevention and Control
BC Centre for Disease Control
655 West 12th Avenue
Vancouver, BC V5Z 4R4
Tél. : (604) 660-6161
Télé. : (604) 775-0808

Île-du-Prince-Édouard

Office of the Chief Health Officer – PEI
Department of Health
P.O. Box 2000
16 Garfield St.,
Charlottetown, PEI C1A 7N8
Tél. : (902) 368-4996
Télé. : (902) 620-3354
amneatby@ihis.org
(apte au changement)

Manitoba

Communicable Disease Control Branch
Public Health Division
Manitoba Health and Healthy Living
4th Floor - 300 Carlton Street
Winnipeg, MB R3B 3M9
Tél. : (204) 788-6737
Télé. : (204) 948-2040
Gloria.Watkins@gov.mb.ca
(apte au changement)

Nouveau-Brunswick

Office of the Chief Medical Officer of Health
New Brunswick Department of Health
2nd Floor, 520 King Street, PO Box 5100
Fredericton, NB E3B 5G8
Tél. : (506) 453-2280
Télé. : (506) 453-8702

Nouvelle-Écosse

Communicable Disease Prevention and
Control Centre
Nova Scotia Department of Health Promotion
and Protection
1601 Lower Water St.
PO Box 487
Halifax, NS B3J 2R7
Tél. : (902) 424-8160
Télé. : (902) 424-0550

Nunavut

Health Protection Office
Department of Health and Social Services
P.O. Box 1000, Station 1000
Iqaluit, NU X0A 0H0
Tél. : (867) 975-5700
Télé. : (867) 975-5755
erandall@gov.nu.ca
(apte au changement)

Ontario

STI/AIDS/ Sexual Health/BBI Unit
Infectious Diseases Branch
Public Health Division
Ministry of Health and Long-Term Care
5700 Yonge Street, 8th Floor
Toronto, ON M2M 4K5
Tél. : (416) 327-7429
Télé. : (416) 327-7439

Québec

Service de lutte contre les infections
transmissibles sexuellement et par le sang
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux
201, boul. Crémazie Est, RC-03,
Montréal, QC H2M 1L2
Tél. : (514) 873-9890
Télé. : (514) 873-9997
slitss@msss.gouv.qc.ca

Saskatchewan

Office of the Chief Medical Health Officer
Population Health Branch
Ministry of Health
3475 Albert Street
Regina, SK S4S 6X6
Tél. : (306) 787- 3235
Télé. : (306) 787-9576

Territoire du Yukon

Health & Social Services
Yukon Territorial Government
4 Hospital Road
Whitehorse (Territoire du Yukon) Y1A 3H8
Tél. : (867) 667-8369
Télé. : (867) 667-8349

Terre-Neuve et Labrador

Department of Health
Building 801, Pleasantville
St. John's (Terre-Neuve) A1B 4J6
Tél. : (709) 729-3430
Télé. : (709) 729-5824

Territoires du Nord-Ouest

Office of the Chief Medical Officer
Department of Health and Social Services
Population Health, Health Protection Unit
Government of the Northwest Territories
Yellowknife, NT X1A 2L9
Tél. : (867) 920-8646
Télé. : (867) 873-0442

ANNEXE E : LABORATOIRES PROVINCIAUX

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le diagnostic de laboratoire des infections transmissibles sexuellement, consultez d'abord votre établissement local ou le laboratoire de santé publique le plus proche de chez vous.

Alberta

Provincial Laboratory for Public Health
(Microbiology)

Edmonton site :

8440 - 112 Street

Edmonton (Alberta) T6G 2J2

Tél. : (780) 407-7121

Télé. : (780) 407-8984

Calgary site :

3030 Hospital Drive N.W

Calgary (Alberta) T2N 4W4

Tél. : (403) 944-1200

Télé. : (403) 283-0142

Colombie-Britannique

Provincial Laboratory

BC Centre for Disease Control

Laboratory Services

655 12th Avenue West

Vancouver (Colombie-Britannique)

V5Z 4R4

Tél. : (604) 660-6030

Télé. : (604) 660-6073

Île-du-Prince-Édouard

Division of Laboratories

Provincial Health Laboratory

Queen Elizabeth Hospital

Riverside Drive, PO Box 6600

Charlottetown, (Île-du-Prince-Édouard)

C1A 8T5

Tél. : (902) 894-2300

Télé. : (902) 894-2385

Manitoba

Laboratoire national de microbiologie

1015 Arlington Street

Winnipeg (Manitoba) R3E 3R2

Tél. : (204) 789-2000

Cadham Provincial Laboratory

750 William Avenue

Winnipeg (Manitoba) R3E 3J7

Tél. : (204) 945-6123

Télé. : (204) 786-4770

Nouveau-Brunswick

Service de médecine de laboratoire

St. John Regional Hospital

400 University Avenue

Saint John (Nouveau-Brunswick)

E2L 4L2

Tél. : (506) 648-6501

Télé. : (506) 648-6576

Nouvelle-Écosse

Department of Pathology and Laboratory
Medicine

Queen Elizabeth II Health Science Centre

5788 University Avenue

Halifax (Nouvelle-Écosse)

B3H 1V8

Tél. : (902) 473-2231

Télé. : (902) 473-4432

Ontario - Laboratoires régionaux

Central Public Health Laboratory

81 Resources Road

Etobicoke (Ontario) M9P 3T1

Tél. : 416-235-6132

Sans frais : 1-800-640-7221

Télé. : (416) 235-6103

Hamilton Public Health Laboratory

250 Fennell Avenue West, PO Box 2100

Hamilton (Ontario) L8N 3R5

Tél. : (905) 385-5379

Télé. : (905) 385-0083

Kingston Public Health Laboratory
181 Barrie Street, PO Box 240
Kingston (Ontario) K7L 3K2
Tél. : (613) 548-6630
Télé. : 613-548-6636

London Public Health Laboratory
850 Highbury Avenue, PO Box 5704,
Terminal A
London (Ontario) N6A 4L6
Tél. : (519) 455-9310
Télé. : (519) 455-3363

Orillia Public Health Laboratory
750 Memorial Avenue, PO Box 600
Orillia (Ontario) L3V 6K5
Tél. : (705) 325-7449
Télé. : (705) 329-6001

Ottawa Public Health Laboratory
2380 Saint Laurent Boulevard
Ottawa (Ontario) K1G 6C4
Tél. : (613) 736-6800
Télé. : (613) 736-6820

Peterborough Public Health Laboratory
99 Hospital Drive, PO Box 265
Peterborough (Ontario) K9J 6Y8
Tél. : (705) 743-6811
Télé. : (705) 745-1257

Sault Sainte-Marie Public Health Laboratory
160 McDougall Street, PO Box 220
Sault Sainte-Marie (Ontario) P6A 3A8
Tél. : (705) 254-7132
Télé. : (705) 945-6873

Sudbury Public Health Laboratory
2 – 1300 Paris Street
Sudbury (Ontario) P3E 6H3
Tél. : (705) 564-6917
Télé. : (705) 564-6918

Thunder Bay Public Health Laboratory
336 South Syndicate Avenue
Thunder Bay (Ontario) P7E 1E3
Tél. : (807) 622-6449
Télé. : (807) 622-5423

Timmins Public Health Laboratory
67 Wilson Avenue
Timmins (Ontario) P4N 2S5
Tél. : (705) 267-6633
Télé. : (705) 360-2006

Toronto Public Health Laboratory
PO Box 9000, Terminal A
Toronto (Ontario) M5W 1R5
Tél. : (416) 235-6132
Sans frais : 1-800-640-7221
Télé. : (416) 235-6103

Windsor Public Health Laboratory
3400 Huron Church Road, PO Box 1616
Windsor (Ontario) N9E 4H9
Tél. : (519) 969-4341
Télé. : (519) 973-1481

Québec

Institut national de santé publique du Québec
Laboratoire de santé publique du Québec
20045, chemin Sainte-Marie Ouest
Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec) H9X 3R5
Tél. : (514) 457-2070
Télé. : (514) 457-6346

Saskatchewan

Saskatchewan Provincial Laboratory Services
Saskatchewan Health
3211 Albert Street
Regina (Saskatchewan) S4S 5W6
Tél. : (306) 787-3131
Télé. : (306) 787-9122

Terre-Neuve et Labrador

Newfoundland Public Health Laboratories
The Leonard A. Miller Centre for Health
Sciences
100 Forest Road, PO Box 8800
St. John's (Terre-Neuve) A1B 3T2
Tél. : (709) 777-6555
Télé. : (709) 737-7070

ANNEXE F : PREUVES MÉDICO-LÉGALES, SERVICES DE MÉDECINE LÉGALE ET LABORATOIRES JUDICIAIRES

Preuve médico-légale

- Les preuves médico-légales jouent un rôle d'une importance inestimable dans le soutien du témoignage des victimes d'agression sexuelle.
- L'analyse médico-légale des échantillons prélevés vise à établir un ou plusieurs des éléments suivants :
 - L'existence d'une association quelconque entre la victime et l'accusé.
 - L'existence d'un contact sexuel.
 - Le caractère violent ou forcé de l'agression, ce qui dénote l'absence de consentement.
 - La possibilité que la victime ait été droguée.
- Les analyses médico-légales les plus utiles dans les cas d'agression sexuelle sont les suivantes :
 - Identification du sperme ou d'autres liquides corporels.
 - Analyse médico-légale de l'ADN.
 - Examen des poils et des cheveux (pour l'analyse de l'ADN).
 - Évaluation des dommages infligés aux vêtements (produits textiles).
 - Examens visant les fibres et d'autres types de preuves à l'état de trace.
 - Le dépistage de drogues (y compris d'alcool) dans les liquides corporels (sang et urine).
- Dans certaines situations, il peut s'avérer impossible de prélever certains échantillons aux fins d'une analyse médico-légale. La disponibilité des échantillons dépend du sexe de l'agresseur, de la nature de la molestation (attouchements ou pénétration) et du temps écoulé entre l'événement et l'examen. Un délai de plus de 48 heures ou le fait d'avoir lavé les parties du corps en cause dans l'agression sexuelle sont des facteurs qui nuiront à la disponibilité des échantillons et à la solidité des preuves médico-légales.
- Lorsqu'on prélève des échantillons à des fins médico-légales dans le but d'établir l'identité de l'agresseur, certaines lignes directrices strictes doivent être suivies. Cela s'avère essentiel pour que les renseignements recueillis soient clairement admissibles en cour. Une attention particulière doit être portée à la façon dont se déroule le prélèvement, à l'étiquetage et à l'identification de chacun des échantillons, ainsi qu'à l'obtention de formulaires de consentement spécifiques signés par la victime. Pour plus de détails sur le prélèvement des échantillons aux fins d'une analyse médico-légale, consulter les autorités policières locales (voir la liste des laboratoires judiciaires présentée plus loin).

Prélèvement des échantillons

- Les médecins devraient se familiariser avec la trousse médico-légale avant d'avoir besoin de l'utiliser.
- Les trousse d'examen consécutif à une agression sexuelle diffèrent en fonction des provinces et territoires. Le prélèvement des échantillons devrait être effectué au moyen d'une trousse approuvée d'examen consécutif à une agression sexuelle. Les pratiques locales et les consignes se trouvant dans la trousse d'examen consécutif à une agression sexuelle se doivent d'être rigoureusement respectées.
- Il faudrait tenter d'obtenir, au moyen d'écouvillons stériles, des échantillons de sperme (substance préservée) à partir de tous les sites possibles. Il faudrait par la suite laisser sécher ces écouvillons à l'air ambiant. Le laboratoire judiciaire examinera ces échantillons afin d'y déceler la présence de sperme et mènera une analyse génétique.

- Tout liquide résiduel issu des parties affectées, telles que le vestibule du vagin, devrait être prélevé par aspiration. Chez les enfants, un compte-gouttes oculaire stérile est idéal à cette fin.
 - Avant de procéder à l’aspiration, la partie affectée devrait être humectée au moyen de 1 à 2 ml de solution saline stérile.
 - Lorsque les politiques locales et la disponibilité de la formation et du matériel appropriés le permettent, les échantillons peuvent être examinés en vue d’y déceler la présence de spermatozoïdes mobiles. Un résultat positif laisse entendre que les relations sexuelles ont eu lieu moins de six heures auparavant. L’obtention d’une confirmation de la présence de spermatozoïdes auprès d’un laboratoire judiciaire s’avère essentielle.
- Le fait de démontrer la présence de salive sur le corps ou les vêtements de la personne abusée ou agressée peut constituer une importante preuve médico-légale.
 - Les échantillons issus du corps peuvent être prélevés au moyen d’un écouvillon stérile. L’écouvillon devrait être légèrement humecté d’eau distillée et frotté sur la partie du corps affectée. Il faudrait laisser l’échantillon sécher, pour ensuite l’emballer et l’étiqueter.
 - Lorsque la victime (enfant ou adulte) ne peut clairement indiquer quelles parties du corps ont été affectées, les parties cibles courantes (le cou, la poitrine, le ventre, les parties génitales, le pénis, les cuisses et les fesses) peuvent être écouvillonnées; un écouvillon distinct devrait être utilisé pour chaque zone et étiqueté en conséquence.
- Il faudrait faire preuve de jugement pour décider de la pertinence de ces recherches. Il est en effet inutile de prélever ce genre d’échantillons si l’agression remonte à plusieurs semaines ou si les parties affectées ont été lavées depuis.
- Le corps de la victime et les vêtements qu’elle portait au moment de l’agression peuvent contenir des preuves à l’état de trace (matériel étranger laissé par l’agresseur). Parmi les articles fréquemment constatés, on trouve les cheveux et les poils, les fibres textiles, les lubrifiants, la gelée de pétrole et le rouge à lèvres. Toute fibre, tout cheveu ou tout poil suspect, dont la présence est constatée sur le corps de la personne examinée devrait être prélevé à l’aide d’une pince et inséré dans le creux d’une feuille de papier propre pliée qu’on placera dans une enveloppe distincte, dûment étiquetée. Les substances suspectes (telles que les lubrifiants, la gelée de pétrole et le rouge à lèvres) dont la présence est constatée sur le corps de la personne examinée devraient être prélevées au moyen d’un écouvillon stérile, pour ensuite être emballées et étiquetées. Chacun des vêtements portés par la personne examinée devrait être emballé séparément et étiqueté.
- Si la victime de l’agression ou de l’abus sexuel est pubère, il faudrait peigner les poils pubiens et insérer le peigne, ainsi que tout autre poil qui se détachent, dans une feuille de papier pliée qu’on placera dans une enveloppe distincte et étiquetée, ou encore dans un sac de plastique qui sera par la suite scellé et étiqueté. Les cheveux et les poils peuvent être examinés afin d’en déterminer l’origine (pubis, cuir chevelu ou autres parties du corps). De plus, la racine de tout cheveu ou poil peut être admissible à une analyse de l’ADN.
- Les produits du raclage sous les ongles et les bouts d’ongles devraient être prélevés s’il est possible que l’agresseur ait été griffé au cours de l’agression. Le laboratoire judiciaire examinera ces échantillons afin d’y déceler la présence de sang et d’ADN étranger. Les bouts d’ongles peuvent être prélevés au moyen d’un coupe-ongles ou de ciseaux propres et insérés dans le creux d’une feuille de papier ou de mouchoir propre plié qu’on placera dans une enveloppe ou un contenant étiqueté. Les produits du raclage sous les ongles peuvent être prélevés à l’aide d’un racleur d’ongles; ce dernier et les produits recueillis sont par la suite insérés dans le creux d’une feuille de papier ou d’un mouchoir propre plié qu’on placera dans une enveloppe ou un contenant étiqueté.

Prélèvement d'échantillons d'origine connue aux fins de l'analyse de l'ADN

Aux fins d'analyse génétique, il est essentiel de recueillir un échantillon d'origine connu chez la victime. Une tache de sang, un écouvillonnage buccal ou un échantillon de cheveux ou de poils arrachés peuvent être prélevés (à titre d'échantillon connu) chez la victime, conformément aux consignes se trouvant dans la trousse approuvée d'examen consécutif à une agression sexuelle. Une tache de sang connue constitue l'échantillon à privilégier lorsqu'on peut le prélever chez la victime. Une tache de sang, un écouvillonnage buccal, ou un échantillon de cheveux ou de poils arrachés connus peuvent également être prélevés en utilisant les trousse appropriées de consentement au prélèvement d'échantillons qui peuvent être obtenues auprès des Groupes de la réception des dossiers de cas des Services de laboratoire judiciaire de la Gendarmerie royale du Canada.

Prélèvement d'échantillons aux fins d'analyse toxicologique

Aux fins d'analyse toxicologique, des échantillons de sang et d'urine devraient être prélevés chez la victime, au moyen du tube de prélèvement sanguin et du contenant d'analyse urinaire se trouvant dans la trousse approuvée d'examen consécutif à une agression sexuelle ou des tubes de prélèvement sanguin à bouchons gris disponibles à l'hôpital.

Services de médecine légale

- Il existe partout au Canada des laboratoires judiciaires qui font des enquêtes et des recherches pour déceler des preuves d'agression ou d'abus sexuel.
- Ces services sont dispensés par la Gendarmerie royale du Canada, de même que par des corps policiers et d'autres organismes fédéraux, provinciaux, régionaux et municipaux.
- Les lois en vigueur obligent les médecins à signaler aux organismes locaux de protection de l'enfance tout cas d'enfant maltraité. Ces organismes travaillent en étroite collaboration avec des membres des corps policiers qui connaissent bien les méthodes d'enquêtes sur les cas d'abus présumés, ainsi que les services de laboratoires judiciaires disponibles.
- Les médecins ne devraient pas envoyer eux-mêmes des échantillons au laboratoire judiciaire. Ils doivent plutôt s'adresser aux services de police.
- Les médecins qui souhaitent consulter des scientifiques sur des questions médico-légales peuvent le faire en s'adressant au laboratoire judiciaire le plus proche.
- La plupart des évaluations médico-légales ne comprennent pas la mise en œuvre de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement.

Laboratoires judiciaires

Alberta

Directeur général
Direction du service des laboratoires judiciaires
– Edmonton
Gendarmerie royale du Canada
15707 118th Avenue
Edmonton (Alberta) T5V 1B7
Tél. : (780) 451-7400
Télé. : (780) 495-6961

Colombie-Britannique

Directeur général
Direction du service des laboratoires judiciaires
– Vancouver
Gendarmerie royale du Canada
5201 Heather Street
Vancouver (Colombie-Britannique)
V5Z 3L7
Tél. : (604) 264-3400
Télé. : (604) 264-3499

Manitoba

Directeur général
Direction du service des laboratoires judiciaires
– Winnipeg
Gendarmerie royale du Canada
621 Academy Road
Winnipeg (Manitoba) R3N 0E7
Tél. : (204) 983-4267
Télé. : (204) 983-6399

Nouvelle-Écosse

Directeur général
Direction du service des laboratoires judiciaires
– Halifax
Gendarmerie royale du Canada
3151 Oxford Street, PO Box 8208
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3K 5L9
Tél. : (902) 426-8886
Télé. : (902) 426-5477

Ontario

Conseiller scientifique en chef
Direction du service des laboratoires judiciaires
– Ottawa
Gendarmerie royale du Canada
1200 Vanier Parkway, PO Box 8885
Ottawa (Ontario) K1G 3M8
Tél. : (613) 993-0986
Télé. : (613) 952-0156

Northern Regional Laboratory of
the Centre of Forensic Sciences
Suite 500, 70 Foster Drive
Sault Sainte-Marie (Ontario) P6A 6V3
Tél. : (705) 945-6550
Télé. : (705) 945-6569

Director
Centre of Forensic Sciences
25 Grosvenor Street
Toronto (Ontario) M7A 2G8
Tél. : (416) 314-3200
Télé. : (416) 314-3225

Québec

Directeur
Laboratoire de sciences judiciaires
et de médecine légale
1701, rue Parthenais, PO Box 1500
Montréal (Québec) H2K 3S7
Tél. : (514) 873-2704
Télé. : (514) 873-4847

Saskatchewan

Directeur général
Direction du service des laboratoires
judiciaires–Regina
Gendarmerie royale du Canada
6101 Dewdney Avenue West, PO Box 6500
Regina (Saskatchewan) S4P 3J7
Tél. : (306) 780-5810
Télé. : (306) 780-7571

ANNEXE G : CENTRES DE RÉFÉRENCE POUR LES ENFANTS IMPUBÈRES OU PRÉPUBÈRES ATTEINTS D'ITS

Cette liste de centres de traitement des enfants et des jeunes victimes d'abus au Canada n'est pas exhaustive, mais peut servir de référence pour obtenir des renseignements locaux plus précis.

Alberta

Child Abuse Program
Alberta Children's Hospital
1820 Richmond Road Southwest
Calgary (Alberta) T2T 5C7
Tél. : (403) 943-7886

Department of Pediatrics
Stollery Children's Hospital
2C-300 Walter McKenzie Health Centre
University of Alberta
Edmonton (Alberta) T6G 2B7
Tél. : (780) 407-6370

Colombie-Britannique

Child Protection Services
Royal Columbian Hospital
330 East Columbia Street
New Westminster (Colombie-Britannique)
V3L 3W7
Tél. : (604) 520-4253

BC Children's Hospital
4480 Oak Street
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6H 3V4
Tél. : (604) 875-2345

Sexual Assault Assessment Project
Department of Family Practice
University of British Columbia
5804 Fairview Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique)
V6T 1Z3
Tél. : (604) 822-5431

Suspected Child Abuse and Neglect Team
Victoria General Hospital
1 Hospital Way
Victoria (Colombie-Britannique)
V8Z 6R5
Tél. : (250) 727-4212

Manitoba

Child Protection Centre
Children's Hospital of Winnipeg
Health Sciences Centre
685 William Avenue
Winnipeg (Manitoba) R3A 1R9
Tél. : (204) 787-2811

Nouveau-Brunswick

Child Protection Consultation Team
Attn : Social Work
Moncton Hospital
135 MacBeath Avenue
Moncton (Nouveau-Brunswick)
E1C 6Z8
Tél. : (506) 857-5331

Child Protection Team
Saint John Regional Hospital
PO Box 2100
Saint John (Nouveau-Brunswick)
E2L 4L2
Tél. : (506) 648-6811

Nouvelle-Écosse

Child Abuse Team
IWK Health Centre
5850/5980 University Avenue,
PO Box 9700
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3K 6R8
Tél. : (902) 470-8888

Nunavut

Director of Child and Family Services
Department of Health and Social Services
Government of Nunavut
PO Box 1000, Station 1000
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0
Tél. : (867) 975-5750
Télééc. : (867) 975-5705

Ontario

Child Abuse Committee
Brampton Memorial Hospital
20 Lynch Street
Brampton (Ontario) L6W 2Z8
Tél. : (905) 451-1710

Child Protection Team
Hamilton Health Sciences
PO Box 2000, Station A
Hamilton (Ontario) L8N 3Z5
Tél. : (905) 521-2100

Child Protection Team
Hotel Dieu Hospital
166 Brock Street
Kingston (Ontario) K7L 5G2
Tél. : (613) 544-3310

Gyne/Endo Clinic
Children's Hospital of Western Ontario
800 Commissioners Road East
London (Ontario) N6A 4G5
Tél. : (519) 685-8484

Child Abuse Team
Trillium Health Centre
100 Queensway West
Mississauga (Ontario) L5B 1B8
Tél. : (905) 848-7100, poste 2548

Child and Youth Protection
Children's Hospital of Eastern Ontario
401 Smyth Road
Ottawa (Ontario) K1H 8L1
Tél. : (613) 737-7600

Child Abuse Committee
Blue Water Health
220 North Milton Street
Sarnia (Ontario) N7T 6H6
Tél. : (519) 464-4500, poste 259

Child Abuse Team
Shoniker Clinic
2867 Ellesmere Road
Scarborough (Ontario) M1E 4B9
Tél. : (416) 281-7301

Chief of Pediatrics
St. Joseph's Care Group
35 North Algoma Street
PO Box 3251
Thunder Bay (Ontario) P7B 5G7
Tél. : (807) 343-2431

Suspected Child Abuse and Neglect Program
Hospital for Sick Children
555 University Avenue
Toronto (Ontario) M5G 1X8
Tél. : (416) 813-6275

Child Abuse Team
North York General Hospital
4001 Leslie Street
Toronto (Ontario) M2K 1E1
Tél. : (416) 756-6000

Québec

Clinique Adolescent
Hôpital de Montréal pour Enfants
1040, rue Atwater
Montréal (Québec) H3Z 1X3
Tél. : (514) 934-1934, poste 24481

Comité de prévention de l'enfance maltraitée
Direction de la protection de la jeunesse
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
5415, boulevard de l'Assomption
Montréal (Québec) H1T 2M4
Tél. : (514) 252-3400, poste 3826

Clinique de pédiatrie socio-juridique
Hôpital Sainte-Justine
3175, chemin Côte Sainte-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1C5
Tél. : (514) 345-4866 (0-11 ans)
Tél. : (514) 345-4721 (12-18 ans)

Comité de protection de l'enfance
Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)
2705, boulevard Laurier
Sainte-Foy (Québec) G1V 4G2
Tél. : (418) 656-4141

Clinique médico-juridique
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
Tél. : (819) 346-1110, poste 14644

Saskatchewan

Child Abuse Team
Regina General Hospital
1440 14th Avenue
Regina (Saskatchewan) S4P 0W5
Tél. : (306) 766-4444

Child and Youth Service
Department of Psychiatry
Royal University Hospital
103 Hospital Drive
Saskatoon (Saskatchewan) S7N 0W8
Tél. : (306) 655-1000

Terre-Neuve et Labrador

Protection Team
Janeway Children's Health
& Rehabilitation Centre
300 Prince Phillip Drive
St. John's (Terre-Neuve) A1A 1R8
Tél. : (709) 777-6300

Territoires du Nord-Ouest

Department of Health and Social Services
Government of the Northwest Territories
PO Box 1320
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9
Tél. : (867) 920-3231
Télééc. : (867) 873-0442

Yukon

Communicable Disease Officer
Yukon Communicable Disease Control
4 Hospital Road
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Tél. : (867) 667-8369
Télééc. : (867) 667-8349

ANNEXE H : ÉCHELLE DE MATURITÉ SEXUELLE DE TANNER

Les cotes de maturité sexuelle ont remplacé les indicateurs classiques de la croissance comme la taille, le poids et l'épaisseur du pli cutané. Ces cotes se sont avérées pertinentes pour évaluer la croissance et le développement pendant l'adolescence.

Le classement des patients peut se faire au cours d'un examen physique général et n'exige aucune technique spéciale.

L'échelle du développement est basée sur les caractéristiques sexuelles secondaires. Elle comporte cinq stades, le premier correspondant à l'enfant impubère et le cinquième, à l'adulte.

Chez les garçons : développement des organes génitaux

- Stade 1. Préadolescence. La taille des testicules, du scrotum et du pénis, et leurs proportions sont à peu près les mêmes que dans la première enfance.
- Stade 2. Augmentation du volume des testicules et du scrotum avec modification de la peau du scrotum, qui rougit et qui change de texture. Peu ou pas d'augmentation de la taille du pénis.
- Stade 3. La taille du pénis augmente, d'abord surtout en longueur. Le volume des testicules s'accroît ainsi que celui du scrotum.
- Stade 4. Le pénis s'allonge et s'élargit, et le gland se développe. La croissance des testicules et du scrotum se poursuit, et la peau du scrotum se pigmente.
- Stade 5. Les organes génitaux ont la taille et la morphologie caractéristiques des hommes adultes.

Chez les filles : développement des seins

- Stade 1. Préadolescence. Seul le mamelon est surélevé.
- Stade 2. Bourgeon mammaire. Légère saillie du sein et du mamelon. Augmentation du diamètre de l'aréole.
- Stade 3. Le diamètre de l'aréole et des seins augmente davantage, de même que le volume des seins; l'aréole n'est pas surélevée.
- Stade 4. Saillie de l'aréole et du mamelon, qui forment une protubérance secondaire sur le sein.
- Stade 5. Sein adulte. Seul le mamelon fait saillie, l'aréole étant sur le même plan que le contour général du sein.

Chez les deux sexes : poils pubiens

- Stade 1. Préadolescence. Il n'y a pas plus de poils sur le pubis que sur la paroi abdominale (p. ex., absence de poils pubiens)
- Stade 2. Apparition de poils longs et légèrement pigmentés, clairsemés, droits ou légèrement bouclés, principalement à la base du pénis et le long des grandes lèvres.
- Stade 3. Les poils sont beaucoup plus sombres, plus drus et plus bouclés; ils sont clairsemés sur le mont de Vénus.
- 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 à la surface interne des cuisses.
- Stade 5. La quantité et le type des poils sont ceux que l'on retrouve chez l'adulte, et leur répartition est horizontale (ou de type féminin « classique » chez les femmes). Les poils s'étendent à la face interne des cuisses, mais pas le long de la ligne blanche ni ailleurs au-dessus de la base du triangle inversé (la croissance des poils au-dessus de la ligne blanche se produit plus tard, et on parle alors du stade 6).

	Annexe A	Annexe B	Annexe C	Annexe D	Annexe E	Annexe F	Annexe G	Annexe H
A								
adolescent			8				16	
alcool						11		
aspirat								
vaginal						12		
C								
condom	1,2	3,4						
contraception	1		5					
contraception orale	1							
contraception orale d'urgence		3,4						
counselling								
utilisation du condom	1,2	3,4						
I								
Internet			6					
M								
médico-légal								
preuve médico-légale						11,12		
N								
nonoxynol-9(N-9)	1							
R								
relations sexuelles	1,2							
anales		4						
S								
sang						11-13		
U								
urine						11,13		
V								
VIH/sida (virus de l'immunodéficience humaine/ syndrome de l'immunodéficience acquise)	1		5					
virus de l'hépatite C (VHC)			5					

Index général

VIII

Index général

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
A						
ablation au laser à CO ₂				X	X	
abstinence				X	X	
abus	X					
sexuel	X	X				
substances psychoactives					X	
accouchement				X		
acide acétique				X		
acide bichloro-ou trichloroacétique				X	X	
acide borique			X		X	
acrochordons				X		
acyclovir				X	X	
adéfovir				X		
adénopathie	X		X	X		
fémorale			X	X		
(bubon) inguinale			X	X		
adolescent	X					X
alcool	X		X		X	X
allaitement			X	X	X	
allergie	X			X		
céphalosporine				X	X	
latex	X					
pénicilline				X	X	
alopécie				X		
amiodarone			X			
amoxicilline				X	X	

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
amphotéricine B			x			
ampicilline/pénicilline sulbactame			x			
amplification médiée par transcription (TMA)				x		
anal	x	x	x			
analyse non tréponémique		x	x	x	x	
analyse tréponémique		x	x	x	x	
anémie				x		
années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)					x	
anticorps						
anti-HBc		x		x	x	
anti-Hbe		x				
anti-HBs		x		x	x	
anti-VHC					x	
anti-VHS			x	x		
homologues				x		
anti-VIH (test de dépistage)	x	x	x	x	x	
IgG		x		x		
IgM		x		x		
indécelables				x	x	
réactifs chez le nouveau né				x		
non tréponémiques					x	
antiémétique				x		
appendicite			x			

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
arthralgie				X		
arthrite				X		
ASCUS Voir dysplasie du col utérin						
aspirat						
bubons		X		X		
épididymaire			X	X		
nasopharyngé		X		X		
vaginal					X	
asymptomatique	X		X	X		
ataxie				X		
atovaquone				X		
Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP)	X		X	X	X	
Autochtone				X	X	
avortement						
thérapeutique			X			
azithromycine			X	X	X	
B						
bactéries						
aérobies			X			
anaérobies			X			
facultatifs			X			
balanite			X			
« bare-backing »					X	
bartholinite				X		
benzathine-pénicilline G			X	X	X	

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
biopsie						
endométriale			X	X		
prostatique			X	X		
vulvaire			X			
bisexuel					X	
bubons Voir adenopathie inguinale						
butoconazole					X	
C						
<i>Campylobacter jejuni spp</i>			X			
cancer						
du col utérin			X	X		
de la vulve			X			
candida (<i>Candida albicans</i>)		X	X			
espèce non <i>albicans</i>			X			
candidose		X	X	X	X	
buccale				X		
oro-oesophagienne				X		
oesophagienne				X		
vulvo-vaginale			X	X	X	
carcinome			X	X		
hépatocellulaire				X		
CD4			X	X	X	
céfixime			X	X	X	
céfoxitine			X			
ceftriaxone			X	X	X	
centres d'injections plus sécuritaires					X	

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
céphalosporine			x		x	
césarienne			x	x	x	
chancres mou (<i>Haemophilus ducreyi</i>)	x	x	x	x	x	
charge virale		x	x	x	x	
chlamydia (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	x	x	x	x	x	
cholestase					x	
Cialis					x	
ciprofloxacine			x	x	x	
circoncision			x	x		
cirrhose				x		
Citoyenneté et Immigration Canada (CIC)					x	
clarithromycine				x		
classification NIH-NIDDK des syndromes de prostatite			x			
clindamycine			x	x	x	
clotrimazole			x		x	
clue cells		x	x			
cocaïne			x		x	
col utérin Voir dysplasie du col utérin						
examen du col utérin	x	x				
friabilité du col utérin			x			
sensibilité à la mobilisation du col			x			

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
col utérin (suite) Voir dysplasie du col utérin						
piqueté vasculaire rouge « fraise »			X			
coliformes			X			
colite pseudo-membraneuse					X	
coloration de Gram		X	X	X	X	
coloscopie		X		X	X	
complexe <i>Mycobacterium avium</i> (CMA)				X		
condom	X		X	X	X	X
condylome				X		
condylome acuminé			X	X		
condylome plat (condyloma lata)			X	X		
conjonctivite				X		
du nouveau né				X	X	
constipation			X	X		
consommation de substances psychoactives	X				X	
contraception/méthodes contraceptives	X			X	X	
orale	X			X		X
orale d'urgence					X	X
corticostéroïde			X	X		

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
counseling					X	
axé sur le patient	X					
par les pairs					X	
pratiques sexuelles plus sécuritaires	X				X	
post-test	X			X		X
pré-test				X	X	X
réduction des méfaits/risques	X			X	X	
utilisation du condom						X
crack cocaïne					X	
critère amsel			X			
crotamitone				X		
cryothérapie				X	X	
cryptosporidie			X	X		
cystite interstitielle			X			
<i>cytomégalo</i> virus (CMV)			X	X		
D						
dapsone				X		
dents de Hutchinson				X		
Depo-provera (Depo)	X					
dermatite			X	X		
détection des zones blanches				X		
diagnostic en laboratoire		X		X	X	
diaphragme			X			
diarrhée			X	X		
diplocoques		X	X	X	X	

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
douleur abdominale	x		x	x		
aiguë			x			
basse			x	x		
doxycycline			x	x	x	
dyspareunie			x	x		
dysphagie				x		
dysplasie du col utérin				x		
atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée (ASCUS)		x	x	x		
dépistage				x		
lésions malpighiennes intra épithéliale de bas grade histologique (L1BG)			x	x		
lésions malpighiennes intra épithéliale de haut grade histologique (L1HG)				x		
néoplasie intra épithéliale cervicale (CIN)				x		
dysurie	x		x	x		
E						
échange d'aiguilles/ de seringues				x	x	
écoulement	x			x		
ano-rectal/rectal			x	x		
muco-purulent				x		
cervical			x			
exsudat			x			

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
écoulement (suite)	x			x		
rectal			x			
urétral	x	x	x	x		
nasal				x		
oculaire				x		
vaginal	x		x	x	x	
écouvillon		x				
éfavirenz				x		
électro-fulguration				x		
émission des selles sanglantes			x			
endocardite				x		
endométriale Voir biopsie						
endométriose			x			
endométrite			x		x	
enfuvirtide/T20				x		
entérite			x		x	
entrevue motivationnelle	x				x	
énurésie			x			
épididymite	x		x	x		
érythème			x	x		
du méat			x			
multiforme			x			
trompe de fallope			x			
vulvaire			x			
érythromycine			x	x	x	

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
essai immuno-enzymatique (EIA)		X	X	X		
évaluation du risque	X				X	
examen bimanuel	X		X		X	
examen pédiatrique					X	
excision				X	X	
excrétion virale				X		
asymptomatique				X		
mucosale				X		
F						
famciclovir				X		
fausse couche	X					
femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes (FAPSAF)					X	
femmes qui allaitent			X	X	X	
fenêtre sérologique			X			
fièvre	X		X	X	X	
fièvre typhoïde (<i>Salmonella enterica</i> de sérotype typhi)					X	
« fisting »				X	X	
fluconazole			X		X	
flucytosine			X			
« four-glass » test Voir test de localisation de quatre contenants						
frottis de Tzanck		X		X		
FTA-ABS		X	X	X	X	

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
G						
gamma-hydroxybutyrate (GHB)					X	
gammaglobuline					X	
ganglion lymphatique	X			X	X	
inguinal	X		X	X		
gastroentérite			X			
gélose de Mueller Hinton				X		
gentamicine			X			
<i>Giardia lamblia</i>			X			
glande sébacée				X		
globule blanc			X			
gonorrhée (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>)		X	X	X	X	
Gram négatif		X	X	X	X	
Gram positif		X	X			
granulome inguinal (<i>Klebsiella granulomatis</i>)	X		X	X		
grossesse	X		X		X	
ectopique			X	X		
intra-partum					X	
H						
hématurie			X			
hémoculture				X		
hémodialyse				X	X	
hépato-splénomégalie				X		
héroïne					X	

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
herpès génital	x	x	x	x	x	
hétérosexuel			x	x	x	
hommes avant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)	x	x	x	x	x	
homophobie					x	
hydrocèle			x			
hydroxyzine				x		
hypertension portale				x		
I						
imiquimod				x	x	
immigrant				x	x	
immunofluorescence directe (IFD)		x	x	x		
immunoglobulines contre l'hépatite B (HBIG)	x			x	x	
incarcération				x	x	
indice des symptômes de la prostatite chronique du National Institutes of Health des États-Unis			x			
infections des voies urinaires (IVU)			x			
infections intestinales et entériques			x		x	
infertilité				x		
liée aux trompes de Fallope			x			

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
infestations ectoparasitaires						
gale (<i>Sarcoptes scabiei</i>)			x	x	x	
pédiculose pubienne/ morpion (<i>Phthirus pubis</i>)				x	x	
inoculation extragénitale				x		
insémination artificielle					x	
interféron				x	x	
alpha				x	x	
beta				x		
PEG-interféron alpha					x	
Internet	x			x	x	x
itraconazole			x			
ITS à déclaration obligatoire	x			x	x	
J						
jeune	x					
jeune adulte	x					
jeune de la rue			x	x	x	
jouet sexuel	x		x	x	x	
K						
kératite interstitielle						
kétamine					x	
kétoconazole			x			

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
L						
La Direction de protection de la jeunesse (Québec)	x			x		
Laboratoire national de microbiologie (LNM)	x			x		
lactobacilles			x			
lamivudine (3TC)				x		
laparoscopie			x			
lésion oculaire inflammatoire				x		
leucocytes polynucléaires (PN)		x	x	x		
Levitra					x	
lidocaïne				x		
Lindane (gamma hexachlorure de benzène)				x	x	
liquide synovial				x		
<i>Loi sur la protection de l'enfant</i>	x					
LSD					x	
lymphocytes CD4			x	x		
numération				x	x	
lymphogranulomatose vénérienne (LGV)	x	x	x	x	x	
M						
M-PCR polymérase en chaîne multiplex				x		
macrolides				x		

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
Maladies à déclaration obligatoire (MADO) Voir ITS à déclaration obligatoire						
maladie de Behçet			X			
malaise			X	X		
médecine traditionnelle					X	
médico-légal		X		X	X	
preuve médico-légale					X	X
méningite				X		
aseptique				X		
rare				X		
méthadone					X	
méthamphétamine « glace »	X				X	
méthodes des analyses de laboratoire		X				
méthylèneedioxyéthylamphétamine (MDMA, ecstasy)	X				X	
métronidazole			X		X	
miconazole			X		X	
MHA-TP microhémagglutination de <i>Treponema pallidum</i>		X	X		X	
MIF microimmunofluorescence		X		X		
<i>micropapillomatosis labialis</i> (papilles vestibulaires)				X		
microscopie à fond noir		X	X	X		

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
microsporidies			x			
milieu de transport enrichi en thioglycolate et hémine				x		
minocycline					x	
<i>Mobiluncus spp</i>			x			
<i>molluscum contagiosum</i>				x		
monogamie						
en série	x					
mutuelle	x					
mortinaiissance					x	
Motherisk					x	
myalgie			x	x		
Mycoplasma			x			
<i>genitalium</i>			x			
<i>hominis</i>			x			
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>			x	x		
N						
nævi intradermique				x		
nausée			x	x		
néoplasie				x		
néoplasie intra-épithéliale vulvaire			x	x		
neurosyphilis Voir syphilis						
névirapine				x	x	
nonoxynol-9 (N-9)	x				x	x

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
norfloxacine			x			
notification aux partenaires	x		x	x	x	
nouveau-né/nourrisson		x	x	x	x	
nycturie			x			
nystatine			x		x	
O						
œdème			x	x		
ofloxacine			x	x		
ophtalmie du nouveau-né Voir conjonctivite						
orchi-épididymite			x	x		
ostéochondrite				x		
P						
<i>P. aeruginosa</i>			x			
Papanicoulau Voir test Pap						
papules péniennes perlées			x	x		
papulose bowénoïde				x		
pathogènes à diffusion hémotogène (PDH)				x	x	
pathogènes entériques			x	x	x	
péculicide				x		
pénicilline G cristalline				x		
pénicilline procaine				x		
pentamidine				x		
périhépatite			x	x		
périnatal				x	x	

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
période fenêtre			x	x	x	
perméthrine				x	x	
perte	x					
pneumonie				x		
pneumonie à <i>Pneumocystis jirovecii</i>				x		
pneumopathie inflammatoire				x	x	
pneumonie				x	x	
podofilox				x	x	
podophylline				x	x	
podophyllotoxine				x	x	
polymorphisme de restriction (RFLP)		x	x	x		
prélèvement d'échantillon						
du col utérin	x					
pharynx					x	
rectal		x				
urétral		x	x			
vaginal		x	x			
préparation à l'état frais		x	x		x	
prévention	x		x	x	x	
primaire	x		x	x		
secondaire	x		x	x		
Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments				x		

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
Programme d'accès spécial (PAS)				X	X	
prophylaxie				X	X	
pré-exposition				X		
post-exposition (PPE)	X			X	X	
prostatite			X			
prostatodynie			X			
protéine C-réactive			X			
prurit			X	X	X	
<i>Pseudomonas</i>			X			
purpura d'Henoch-Schoenlein			X			
<i>Pyoderma gangrenosum</i>			X			
pyodermite				X		
pyréthrine-pipéronyl butoxyde				X	X	
Q						
quinolones	X		X	X	X	
R						
réaction de Jarisch Herxheimer				X	X	
réaction polymérase en chaîne (PCR) Voir test d'amplification des acides nucléiques						

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
recherche d'odeur d'amine			x			
rectite			x	x		
rectite hémorragique				x		
rectocolite			x	x		
rectoscopie				x		
réfugié					x	
réinfection	x	x		x	x	
relations sexuelles	x		x	x	x	
anales	x		x	x	x	
orales	x			x	x	
oro-anales			x		x	
oro-génitales	x		x	x	x	
plus sécuritaires	x				x	
résistance			x	x		
aux antimicrobiens		x	x	x		
à l'azithromycine				x		
au métronidazole			x			
à la pénicilline				x		
aux quinolones	x		x	x	x	
rétinite				x	x	
rétrécissement			x			
ribavirine				x	x	
rifabutine				x		
rupture prématurée des membranes			x		x	
S						
sadomasochisme	x					

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
saignement vaginal				x		
sang		x				x
analyse sanguine	x			x		
avoir reçu du sang				x	x	
donneurs				x		
échange sanguin	x			x		
sarcome de Kaposi				x		
saunas	x		x		x	
selles sanguinolentes			x			
sepsie				x	x	
séroconversion				x		
sérologie		x	x	x	x	
sérotype	x		x	x		
Service correctionnel du Canada (SCC)					x	
sigmoidoscopie				x		
signe d'Argyll Robertson				x		
soins primaires	x		x			
soirées "circuit"					x	
soirées "rave"	x		x		x	
soufre				x		
spectinomycine				x	x	
spermicide	x				x	
stavudine (d4T)				x		
sténose Voir rétrécissement						

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
sténose pylorique hypertrophique infantile (SPHI)				X		
stigmatisation					X	
sulfaméthoxazole				X	X	
symptômes prodromiques				X	X	
syndrome de Fitz-Hugh-Curtis			X			
syndrome de Reiter				X		
syphiis	X	X	X	X	X	
congénitale		X		X	X	
latente précoce	X			X	X	
latente tardive				X	X	
neurosyphilis				X		
primaire et secondaire	X	X	X	X	X	
tertiaire				X		
Système de surveillance des maladies infectieuses de SCC (SSMI-SCC)					X	
T						
tatouage	X			X	X	
tésisme			X			
ténofovir				X		
terconazole					X	
test au rouge de toluidine (TRUST)		X		X		
test à l'encre pour la gale				X		

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
test d'agglutination passive de <i>Treponema pallidum</i> (TP-PA)		x	x	x	x	
test d'amplification des acides nucléiques (TAAN)		x	x	x	x	
polymérase en chaîne (PCR)		x	x	x	x	
test d'amplification par déplacement de séquence				x		
test d'immunofluorescence indirecte de <i>Treponema pallidum</i> Voir FTA-ABS						
test de contrôle		x	x	x	x	
test de l'antigène p24				x		
test de l'application d'acide acétique				x		
test de dépistage des réagines (RST)		x				
test de la fixation du complément (FC)				x		
test de localisation de quatre contenants			x			
test non tréponémique VDRL		x	x	x	x	
test Pap (Papanicoulaou)	x	x				
du col utérin			x	x		
frottis anal				x		

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
test rapide de la réagine plasmatique (RPR)		x		x	x	
test rapide du VIH				x		
tests au point de service		x		x	x	
testicule/testiculaire	x		x	x		
torsion			x			
tétracyclines			x	x	x	
<i>Toxoplasma gondii</i>				x		
traitement antirétroviral hautement actif (HAART)				x	x	
traitement topique			x	x	x	
transgenre					x	
transmission verticale				x	x	
travail avant-terme			x		x	
travailleurs de l'industrie du sexe			x	x	x	
trichomonase (<i>Trichomonas vaginalis</i>)	x	x	x	x	x	
triméthoprimé-sulfaméthoxazole (TMP-SMX)			x	x		
trousse de désinfection à l'eau de Javel					x	
tuberculose				x		
U						
ulcérations génitales (UG)			x	x	x	
ulcère	x	x	x	x	x	
<i>Ureaplasma urealyticum</i>			x			

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
urétrite	x		x	x	x	
urine		x	x	x	x	x
uvéïte				x		
V						
vaccin						
contre le virus de l'hépatite A	x	x	x	x	x	
contre le virus de l'hépatite B	x	x	x	x	x	
contre le virus Herpes simplex				x		
contre le virus du papillome humain				x		
vaginose bactérienne (VB)		x	x	x	x	
valacyclovir				x		
verrues		x				
anales				x		
génitales				x	x	
orales					x	
vésicule		x	x	x		
VH/sida (virus de l'immunodéficience humaine/ syndrome de l'immunodéficience acquise)	x	x	x	x	x	x
viol					x	
virémie				x		
virus de l'hépatite A (VHA)		x	x	x	x	

	Soins primaires et infections transmissibles sexuellement	Diagnostic en laboratoire des ITS	Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques	Prise en charge et traitement d'infections spécifiques	Populations spécifiques	Annexes
virus de l'hépatite B (VHB)		X	X	X	X	
virus de l'hépatite C (VHC)			X	X	X	X
virus Herpes simplex (VHS)	X	X	X	X	X	
virus du papillome humain (VPH)				X	X	
visite prénatale				X	X	
vomissements	X		X	X	X	
voyage	X		X	X	X	
voyageurs					X	
W						
Western Blot		X		X		
Z						
zidovudine (AZT)				X	X	