

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement

Sommaires des mises
à jour : 2016

avril 2017



PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

—Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections
– 2016 Updates Summary

Pour plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Numéro sans frais : 1-866-225-0709
Télec. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats substitués.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2017

Date de publication : avril 2017

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

N° de cat. : HP40-1/2017-2F-PDF
ISBN : 978-0-660-07229-6
Pub. : 160291

Table des matières

Remerciements	2
Mises à jour 2016	4
Azithromycine	4
<i>Avis révisé</i>	4
Fluoroquinolones	4
<i>Avis de sécurité</i>	4
Mycoplasma genitalium.....	4
<i>Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP) persistantes</i>	4
<i>Urétrite persistante ou récurrente</i>	5
Syphilis.....	5
<i>Traitement de la syphilis précoce (stades primaire, secondaire et latent précoce [durée < 1 an])</i> 5	
<i>Dépistage de la neurosyphilis chez les adultes et les adolescents asymptomatiques co-infectés par le VIH</i>	7
Traitement d'association contre les infections gonococciques	7
<i>Moment d'administration du traitement d'association</i>	7
VIH : mises à jour concernant la prise en charge	8
<i>Mise en route précoce du traitement antirétroviral</i>	8
<i>Prophylaxie pré-exposition</i>	8
<i>Prophylaxie post-exposition après une exposition récente</i>	9
VIH : principes généraux du dépistage et du diagnostic de l'infection	9
<i>Approche à l'égard du dépistage</i>	9
<i>Qui devrait subir un dépistage?</i>	9
<i>Facteurs de risque</i>	10
Activités actuelles du groupe de travail d'experts	10
<i>En cours de révision</i>	10
<i>À venir bientôt</i>	10
Références	12

Remerciements

Membres du groupe de travail d'experts

Max Chernesky, Ph. D., professeur émérite, Université McMaster, St. Joseph's Healthcare, Hamilton (Ontario)

William A. Fisher, Ph. D., professeur distingué, Départements de psychologie et d'obstétrique et gynécologie, Université de Western Ontario, London (Ontario)

Margaret Gale-Rowe, M.D., MPH, directrice intérimaire, Division des lignes directrices professionnelles et des pratiques de santé publique, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

Annie-Claude Labbé, M.D., FRCPC, professeure agrégée, Département de microbiologie, infectiologie et immunologie, Faculté de médecine, Université de Montréal; Département des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal (Québec)

Tim T.Y. Lau, Ph. D. pharm, FCSHP, spécialiste en pharmacothérapie, Maladies infectieuses et gérance des antimicrobiens, Sciences pharmaceutiques, Vancouver General Hospital; professeur agrégé de clinique, Faculté des sciences pharmaceutiques, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique)

Ed Lee, MDCM, directeur médical, Hassle Free Clinic, Toronto (Ontario)

Irene Martin, B. Sc., chef, Unité des streptocoques et des ITS, Division de la bactériologie et des entéropathogènes, Laboratoire national de microbiologie, Agence de la santé publique du Canada, Winnipeg (Manitoba)

Gina Ogilvie, M.D., M. Sc., FCFP, DrPH, professeure, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique; chaire de recherche du Canada pour le contrôle mondial des cancers et autres maladies liés au VPH; chercheuse principale en santé publique, BC Centre for Disease Control; conseillère principale en recherche, BC Women's Hospital and Health Centre, Vancouver (Colombie-Britannique)

Ron Read, M.D., Ph. D, FRCPC, professeur agrégé, Département de médecine, de microbiologie et d'infectiologie, Université de Calgary; consultant en maladies infectieuses, directeur médical provincial des ITS (Sud), STI Program, Alberta Health Services, Calgary (Alberta)

Joan Robinson, M.D., FRCPC, infectiologue pédiatrique, Université de l'Alberta et Stollery Children's Hospital, Edmonton (Alberta)

Barbara Romanowski, M.D., FRCPC, professeure clinique de médecine, Division des maladies infectieuses, Faculté de médecine et de médecine dentaire, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)

Bill Ryan, M. Ed., MSS, professeur adjoint, École de service social, Université McGill; travailleur social et éducateur auprès des adultes, Institut pour la santé des minorités sexuelles, Montréal (Québec)

Ameeta Singh, BMBS, M. Sc., FRCPC, professeure de clinique, Division des maladies infectieuses, Département de médecine, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)

Marc Steben, M.D., CCFP, FCFP, médecin-conseil, Unité des infections transmissibles sexuellement, Institut national de santé publique du Québec; directeur médical, Clinique A, Montréal (Québec)

Tom Wong, M.D., MPH, FRCPC, médecin en chef de la santé publique et directeur exécutif, Bureau de la santé de la population et de la santé publique, Direction de la santé de la population et des soins de santé primaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Ottawa (Ontario)

Mark H. Yudin, M.D., M. Sc., FRCSC, professeur agrégé, Université de Toronto, Département d'obstétrique, de gynécologie et des maladies infectieuses de l'appareil reproducteur, St. Michael's Hospital, Toronto (Ontario)

Personnel du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections ayant collaboré à la présente publication

Les ressources pour la rédaction, la révision et l'aide à la recherche ont été fournies par le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'Agence de la santé publique du Canada.

Cathy Latham-Carmanico, inf. aut., B. Sc. Inf.

Julie Thériault, inf. aut., B. Sc. Inf, PGDip PH

Karen Timmerman, M. Sc.

Jessica Yau, B. Sc. S., candidate à la maîtrise ès sciences

Ce document vise à fournir de l'information aux professionnels en santé publique et aux cliniciens; il ne remplace pas les lignes directrices professionnelles ou les exigences liées à la pratique, aux politiques, à la réglementation et aux lois provinciales et territoriales qui régissent la pratique des professionnels de la santé au sein de leur province ou territoire respectif, le contexte et l'épidémiologie à l'échelle locale pouvant influencer sur les recommandations.

Mises à jour 2016

Le présent document décrit brièvement les changements apportés aux *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. Le sommaire devrait être utilisé en parallèle avec les Lignes directrices jusqu'à ce que les chapitres concernés soient mis à jour.

Les professionnels de la santé sont invités à consulter régulièrement la page [Ressources complémentaires](#) sur le site web des Lignes directrices. De fréquents ajouts y sont faits, lesquels complètent les Lignes directrices.

Azithromycine

Avis révisé^{1,2}

- De rares cas d'allongement de l'intervalle QT et de torsades de pointes ont été signalés chez des patients qui recevaient des doses thérapeutiques d'azithromycine.
- La prudence s'impose au moment de traiter des patients qui présentent un allongement de l'intervalle QT congénital ou avéré; une perturbation des électrolytes, en particulier une hypokaliémie ou une hypomagnésémie; ou encore une bradycardie, une arythmie cardiaque ou une insuffisance cardiaque cliniquement importantes.
- La prudence s'impose également au moment de traiter des patients qui prennent d'autres substances actives dont on sait qu'elles allongent l'intervalle QT, par exemple des antiarythmiques de classe IA ou III, des antipsychotiques, des antidépresseurs ou des fluoroquinolones.
- Les patients âgés peuvent être plus sensibles aux effets des médicaments sur l'intervalle QT.

Pour de plus amples renseignements, consulter l'[avis de santé](#) qu'a publié Santé Canada.

Fluoroquinolones

Avis de sécurité

Bien que les fluoroquinolones sont généralement bien tolérées, de rares cas d'effets indésirables graves persistants et invalidants, notamment de tendinopathie, de neuropathie périphérique, ainsi que des troubles du système nerveux central ont été signalés chez des patients qui recevaient des doses thérapeutiques de fluoroquinolones par voie orale ou injectable.

Consulter le site Web [Rappels et avis de sécurité](#) du Gouvernement du Canada pour de plus amples renseignements, y compris des informations à l'intention des professionnels de la santé, ainsi que l'[examen d'innocuité](#) pour un résumé de l'évaluation du risque potentiel d'effets secondaires persistants et incapacitants.

Mycoplasma genitalium

Atteintes inflammatoires pelviennes (AIP) persistantes

- Chez les patientes qui ont terminé un traitement contre une AIP et dont les symptômes persistent, l'atteinte pourrait être causée par *M. genitalium* ou *Trichomonas vaginalis*.
- Le dépistage de *M. genitalium* n'est pas offert à grande échelle au Canada.

- Consulter votre laboratoire local pour savoir s'il offre le test.
- Le dépistage est réalisé par le Laboratoire national de microbiologie (LNM). Les cliniciens devraient consulter le [Guide des services : Unité des streptocoques et des ITS](#) du LNM pour savoir comment prélever et expédier les échantillons.
- Si le dépistage est effectué et que les résultats sont positifs, traiter l'infection à *M. genitalium* par la **moxifloxacine** à raison de 400 mg p.o. une fois par jour pendant 14 jours^{3,4}.
 - Si le dépistage est impossible, il y a lieu d'envisager un traitement empirique par la moxifloxacine.

Urétrite persistante ou récurrente

Si les données cliniques le justifient, envisager de :

- répéter le prélèvement urétral pour une recherche de *N. gonorrhoeae* au moyen d'une coloration de Gram (si offerte) et d'une culture;
- répéter le prélèvement d'urine du premier jet pour une recherche de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis* (si le résultat était négatif au départ);
- prélever un échantillon urétral pour une culture du virus Herpes simplex;
- consulter un urologue, un infectiologue ou un collègue expérimenté.

Chez les patients qui ont terminé un traitement contre une urétrite et dont les symptômes persistent, l'infection pourrait être causée par *M. genitalium* ou *T. vaginalis*.

- Une recherche de *M. genitalium* et de *T. vaginalis* dans l'urine du premier jet peut être effectuée à l'aide d'un TAAN.
- Le dépistage de *M. genitalium* n'est pas offert à grande échelle au Canada.
 - Consulter votre laboratoire local pour savoir s'il offre le test.
 - Le dépistage est réalisé par le Laboratoire national de microbiologie (LNM). Les cliniciens devraient consulter le [Guide des services : Unité des streptocoques et des ITS](#) du LNM pour savoir comment prélever et expédier les échantillons.
 - Si le dépistage est effectué et que les résultats sont positifs, traiter l'infection à *M. genitalium* par la **moxifloxacine** à raison de 400 mg p.o. une fois par jour pendant 7 jours⁵⁻⁷.
 - Si le dépistage est impossible, il y a lieu d'envisager un traitement empirique par la moxifloxacine.

Syphilis

Les présentes recommandations révisées concernant le traitement remplacent celles qui figurent au tableau 3 du chapitre *Syphilis*.

Traitement de la syphilis précoce (stades primaire, secondaire et latent précoce [durée < 1 an])

Adultes et adolescents, sauf les femmes et adolescentes enceintes⁸⁻¹³

Privilégié

- Pénicilline G benzathine, 2,4 millions d'unités i.m. en dose unique [A-II pour tous les patients]

Remarque :

- Il existe peu de données pour guider avec précision les décisions pour le traitement de la syphilis précoce chez les personnes infectées par le VIH.
 - D'après la réponse sérologique au traitement, les données disponibles laissent croire que le traitement de la syphilis précoce chez les patients infectés par le VIH devrait être semblable à celui des patients non infectés par le VIH.

Femmes et adolescentes enceintes

Privilégié

- Pénicilline G benzathine, 2,4 millions d'unités i.m. en dose unique [B-II]

OU

- Pénicilline G benzathine, 2,4 millions d'unités i.m. en dose unique hebdomadaire pendant 2 semaines [C-III]

Considérations

- Une dose unique de pénicilline G benzathine est efficace chez la plupart des cas de syphilis précoce.
- Certains experts recommandent de traiter les cas de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce au moyen de deux doses de pénicilline G benzathine de 2,4 millions d'unités à une semaine d'intervalle, en particulier pendant le troisième trimestre, pour les raisons suivantes :
 - la difficulté à déterminer avec exactitude le stade de la syphilis;
 - les changements physiologiques pendant la grossesse qui pourraient modifier les propriétés pharmacocinétiques de la pénicilline et en réduire les concentrations plasmatiques;
 - les données limitées laissant croire à des bienfaits possibles d'un traitement additionnel.
- L'efficacité des doses additionnelles à prévenir la syphilis fœtale est inconnue.
- Des échecs thérapeutiques ont été signalés dans les cas suivants :
 - longue période écoulée entre le moment de l'infection et le traitement;
 - infection contractée pendant le troisième trimestre;
 - titres élevés au VDRL/RPR (dilutions $\geq 1:32$).
- Il n'existe pas de médicament satisfaisant qui pourrait remplacer la pénicilline dans le traitement de la syphilis pendant la grossesse; les données sont insuffisantes pour recommander d'autres schémas thérapeutiques (y compris la ceftriaxone^{8,14} et les macrolides⁸).
- Chez les femmes enceintes ayant déjà eu une réaction à la pénicilline médiée par les IgE, une désensibilisation à la pénicilline est recommandée, suivie d'un traitement par la pénicilline [A-III].
- Les nourrissons nés d'une mère ayant peut-être reçu un traitement sous-optimal ou ayant eu une réponse sous-optimale au traitement devraient faire l'objet d'un examen visant à déceler une syphilis congénitale.
 - Consulter le tableau 4 du point de pratique intitulé [La syphilis congénitale n'est plus seulement d'intérêt historique](#), produit par la Société canadienne de pédiatrie, pour

obtenir des renseignements concernant la prise en charge des nourrissons nés d'une mère dont les tests tréponémiques étaient réactifs pendant la grossesse.

Dépistage de la neurosyphilis chez les adultes et les adolescents asymptomatiques co-infectés par le VIH¹⁵⁻¹⁹

Les présentes recommandations révisées, concernant les indications d'analyse du liquide céphalorachidien (LCR) chez les patients infectés par le VIH, devraient remplacer la ligne directrice actuelle dans la section *Liquide céphalo-rachidien* du chapitre *Syphilis*.

- Tous les patients qui présentent à la fois une infection par le VIH et une syphilis devraient faire l'objet d'une évaluation neurologique détaillée.
- Tous les patients co-infectés devraient également faire l'objet d'un suivi sérologique et clinique étroit après le traitement.
- La plupart des patients infectés par le VIH répondront bien à une dose unique de pénicilline G benzathine contre la syphilis précoce.

Anomalies du LCR chez les patients infectés par le VIH

- Les anomalies du LCR (p. ex. globules blancs et taux de protéines élevés) sont fréquentes chez les personnes infectées par le VIH, même en l'absence de syphilis.
 - La signification de ces résultats demeure obscure chez les patients sans signe ou symptôme neurologique.
- Certaines études ont fait état d'anomalies du LCR chez des patients dont la numération des lymphocytes T-CD4 était ≤ 350 cellules/ μL et dont le VDRL/RPR était réactif à des dilutions $\geq 1:32$, mais l'analyse du LCR n'est pas associée à une meilleure issue si l'évaluation neurologique est normale.
- Certains experts recommandent une analyse du LCR chez les personnes dont la numération des lymphocytes T-CD4 est ≤ 350 cellules/ μL et dont le VDRL/RPR est réactif à des dilutions $\geq 1:32$, mais cette recommandation demeure controversée.

Critères pour l'analyse du LCR chez les patients infectés par le VIH

- Chez les cas suspects ou confirmés de syphilis, les critères pour l'analyse du LCR sont les suivants :
 - présence de signes ou de symptômes neurologiques (oculaires et otiques/auditifs compris);
 - baisse sous-optimale du titre au VDRL/RPR après le traitement contre la syphilis.
- L'analyse du LCR peut aussi être envisagée chez les patients dont le VDRL/RPR est réactif à des dilutions $\geq 1:32$ ou dont la numération des lymphocytes T-CD4 est ≤ 350 cellules/ μL .
- L'examen systématique du LCR n'est pas recommandé dans les cas de syphilis latente tardive à moins que d'autres critères d'analyse du LCR ne soient satisfaits.

Traitement d'association contre les infections gonococciques

Moment d'administration du traitement d'association

- Un traitement d'association (par une céphalosporine et un macrolide) est actuellement recommandé pour tous les cas de gonorrhée. Idéalement, les deux médicaments

devraient être administrés simultanément. S'ils ne le sont pas, le traitement peut être moins efficace.

- D'après les propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques des céphalosporines et des macrolides, les preuves sont insuffisantes pour recommander la répétition du traitement si les deux médicaments ne sont pas donnés simultanément.
- Les cliniciens sont encouragés à évaluer chaque cas individuellement pour prendre une décision à l'égard du retraitement et de consulter un collègue expérimenté ou un infectiologue au besoin.

VIH : mises à jour concernant la prise en charge

Mise en route précoce du traitement antirétroviral

- Le traitement de l'infection par le VIH est un sujet complexe qui évolue rapidement, le traitement optimal étant modifié au fur et à mesure que de nouvelles recherches sont menées et que de nouvelles données probantes sont obtenues.
 - Les progrès réalisés dans le traitement ont ralenti la progression de la maladie au point que l'infection par le VIH est désormais considérée comme une affection chronique et maîtrisable : les personnes séropositives peuvent maintenant vivre une vie active et saine pendant de longues années.
- Le diagnostic rapide et la mise en route précoce d'un traitement antirétroviral peuvent réduire la morbidité et la mortalité associées à l'infection par le VIH ainsi que la progression de la maladie.
- Il est recommandé de consulter un collègue qui a une expérience dans le traitement de l'infection par le VIH/sida ou des maladies infectieuses avant de mettre en route le traitement antirétroviral.
 - Le but du traitement est de stopper la réplication du VIH jusqu'à ce que son ARN ne soit plus détectable dans le plasma, et ce, avec le moins d'effets toxiques possible.
 - Selon les nouvelles données, il serait bénéfique d'amorcer le traitement antirétroviral dès que le diagnostic d'infection par le VIH est confirmé, et ce, quelle que soit la numération des lymphocytes T-CD4.
 - L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada a élaboré un énoncé de position intitulé [Administration précoce du traitement antirétroviral chez les personnes atteintes du VIH](#) qui résume les bienfaits et les risques à prendre en considération.
 - La surveillance régulière du nombre de lymphocytes T-CD4 et de la charge plasmatique en ARN du VIH est un outil essentiel pour évaluer l'efficacité du traitement antirétroviral.

Prophylaxie pré-exposition

- Dans certaines circonstances, les antirétroviraux peuvent être utilisés pour prévenir l'infection par le VIH de type 1 (VIH-1), dans le cadre d'un programme complet de réduction du risque.
- Consulter le [sommaire de décision réglementaire de Santé Canada](#) pour connaître les indications approuvées, les bienfaits et les risques associés à la prophylaxie pré-exposition.
- Les fournisseurs de soins sont fortement encouragés à consulter un infectiologue ou un collègue possédant une expérience dans le traitement de l'infection par le VIH pour qu'il

les aide à orienter leur évaluation de façon à pouvoir mieux déterminer si leur patient tirerait des bienfaits d'une prophylaxie pré-exposition.

Prophylaxie post-exposition après une exposition récente

- Les antirétroviraux peuvent être utilisés en tant que prophylaxie post-exposition pour aider à prévenir l'infection par le VIH. Une prophylaxie post-exposition devrait être mise en route **dès que possible**, car elle pourra être moins efficace si elle débute plus de 72 heures après l'exposition.
- Si un patient les consulte peu après avoir subi une exposition à haut risque, les fournisseurs de soins sont fortement encouragés à consulter un infectiologue ou un collègue possédant une expérience dans le traitement de l'infection par le VIH pour qu'il les aide à orienter leur évaluation de façon à pouvoir mieux déterminer si leur patient tirerait des bienfaits d'une prophylaxie post-exposition.
- La décision d'entreprendre une prophylaxie post-exposition contre l'infection par le VIH repose sur le jugement clinique et devrait être prise conjointement avec la personne exposée.

VIH : principes généraux du dépistage et du diagnostic de l'infection

Approche à l'égard du dépistage

- Il est fortement recommandé que les fournisseurs de soins adaptent leurs démarches de dépistage au contexte de leurs patients afin d'éliminer les obstacles au dépistage du VIH.
 - Pour obtenir de plus ample information sur les obstacles signalés et les moyens de les adresser, consulter le [Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH](#) et le [Relevé des maladies transmissibles au Canada, Volume 41-12](#).
- Il n'est pas nécessaire de réaliser une évaluation approfondie du risque basée sur les comportements ni de donner un counseling approfondi avant et après le test pour offrir le dépistage du VIH. **Il suffit de s'assurer que le patient comprend la façon dont le VIH est transmis, qu'il connaît les conséquences du dépistage (avantages et inconvénients) et qu'il peut interpréter les résultats du test.**
 - Un consentement verbal suffit pour procéder au dépistage.
- Pour les situations dans lesquelles les clients pourraient ne pas être en mesure d'évaluer précisément leur propre risque, l'annexe B du [Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH](#) offre des conseils plus détaillés concernant l'évaluation rapide du risque.

Qui devrait subir un dépistage?

- Il est recommandé d'offrir le dépistage du VIH et d'en discuter dans le cadre des soins de santé réguliers afin de normaliser le dépistage du VIH.
 - En règle générale, les fournisseurs de soins devraient être proactifs et offrir le dépistage du VIH à leurs clients, qu'ils l'aient ou non sollicité.
- De plus, dans certains cas, le dépistage du VIH pourrait être indiqué selon les antécédents du patient.

Le dépistage du VIH est cliniquement indiqué et devrait être effectué de routine chez les personnes suivantes :

- les personnes qui présentent des signes et des symptômes d'infection par le VIH;
- les personnes atteintes d'une maladie associée à un déficit immunitaire;
- les personnes ayant reçu un diagnostic de tuberculose (TB active ou infection tuberculeuse latente);
- les femmes enceintes ou qui envisagent de le devenir, et leur partenaire, le cas échéant.

Le dépistage du VIH devrait être offert aux personnes suivantes :

- les personnes qui présentent un [facteur de risque de l'infection par le VIH](#) ou [un risque d'autres ITS](#);
- les personnes qui demandent un dépistage du VIH;
- les personnes sexuellement actives qui n'ont jamais passé de test de dépistage du VIH;
- les personnes qui ont eu des relations sexuelles anales ou vaginales non protégées ou qui ont partagé du matériel de consommation de drogues avec un partenaire séropositif ou dont le statut sérologique est inconnu;
- les victimes d'agression sexuelle.

Facteurs de risque

La présence d'une infection transmissible sexuellement (ITS) concomitante s'est révélée influencer sur la transmission du VIH. Les ITS augmentent de 2 à 4 fois la réceptivité au VIH et de 2 à 3 fois la transmissibilité du virus.

- Le diagnostic et le traitement des ITS chez les personnes à risque d'infection par le VIH pourraient réduire ce risque. De même, le diagnostic et le traitement des ITS chez les personnes infectées par le VIH pourraient diminuer le risque de transmission du VIH à un partenaire non infecté.

Facteurs de risque de l'infection par le VIH

- Partage de matériel de consommation de drogues
- Relations sexuelles anales ou vaginales non protégées
- Partenaires sexuels multiples ou anonymes
- Pour les hommes, antécédents de relations sexuelles avec des hommes
- Diagnostic d'autres ITS, d'hépatite B ou C, de tuberculose ou d'autres infections que l'on sait associées à l'infection par le VIH
- Activité sexuelle ou partage de matériel de consommation de drogues avec une personne originaire d'une région où le VIH est endémique
- Origine d'une région où le VIH est endémique
- Exposition professionnelle en milieu de soins (p. ex. piqûre d'aiguille)
- Transfusion de sang ou de produits sanguins dans une région où le VIH est endémique
- Transfusion de sang ou de produits sanguins au Canada avant novembre 1985

Une liste complète des autres facteurs de risque d'ITS est présentée au chapitre [Soins primaires et infections transmissibles sexuellement](#).

Activités actuelles du groupe de travail d'experts

En cours de révision

- Chapitre *Virus Herpes Simplex* (VHS)
- Chapitre *Syphilis*

À venir bientôt

- Diffusion publique du nouveau chapitre *Cervicite*
- Diffusion publique du nouveau chapitre *Mycoplasma genitalium*

Références

- (1) Ray WA, Murray KT, Hall K, Arbogast PG, Stein CM. Azithromycin and the risk of cardiovascular death. *N Engl J Med* 2012 May 17;366(20):1881-1890.
- (2) Mosholder AD, Mathew J, Alexander JJ, Smith H, Nambiar S. Cardiovascular risks with azithromycin and other antibacterial drugs. *N Engl J Med* 2013 May 2;368(18):1665-1668.
- (3) Heystek M, Ross JDC. A randomized double-blind comparison of moxifloxacin and doxycycline/metronidazole/ciprofloxacin in the treatment of acute, uncomplicated pelvic inflammatory disease. *Int J STD AIDS* 2009;20(10):690-695.
- (4) Ross JDC, Cronjé HS, Paszkowski T, Rakoczi I, Vildaite D, Kureishi A, et al. Moxifloxacin versus ofloxacin plus metronidazole in uncomplicated pelvic inflammatory disease: results of a multicentre, double blind, randomised trial. *Sex Transm Infect* 2006;82(6):446-451.
- (5) Bradshaw CS, Chen MY, Fairley CK. Persistence of *Mycoplasma genitalium* following azithromycin therapy. *PLoS One* 2008;3(11):e3618.
- (6) Bradshaw CS, Jensen JS, Tabrizi SN, Read TR, Garland SM, Hopkins CA, et al. Azithromycin failure in *Mycoplasma genitalium* urethritis. *Emerg Infect Dis* 2006 Jul;12(7):1149-1152.
- (7) Walker J, Fairley CK, Bradshaw CS, Tabrizi SN, Twin J, Chen MY, et al. *Mycoplasma genitalium* incidence, organism load, and treatment failure in a cohort of young Australian women. *Clin Infect Dis* 2013;56:1094-1100.
- (8) Clement ME, Okeke NL, Hicks CB. Treatment of syphilis: a systematic review. *JAMA* 2014 Nov 12;312(18):1905-1917.
- (9) Ganesan A, Mesner O, Okulicz JF, O'Bryan T, Deiss RG, Lalani T, et al. A single dose of benzathine penicillin G is as effective as multiple doses of benzathine penicillin G for the treatment of HIV-infected persons with early syphilis. *Clin Infect Dis* 2015 Feb 15;60(4):653-660.
- (10) Cousins DE, Taylor M, Lee V. The outcome of treatment of early syphilis with different benzathine penicillin regimens in HIV-infected and -uninfected patients. *Int J STD AIDS* 2012 Sep;23(9):632-634.
- (11) Knaute DF, Graf N, Lautenschlager S, Weber R, Bosshard PP. Serological response to treatment of syphilis according to disease stage and HIV status. *Clin Infect Dis* 2012 Dec;55(12):1615-1622.
- (12) Tittes J, Aichelburg MC, Antoniewicz L, Geusau A. Enhanced therapy for primary and secondary syphilis: a longitudinal retrospective analysis of cure rates and associated factors. *Int J STD AIDS* 2013 Sep;24(9):703-711.
- (13) Niragira O, Ha S, Pogany L, Singh A. Benzathine penicillin G for the management of early syphilis among HIV co-infected persons: A systematic review. *Canada communicable disease report = Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2016 February 4;42(2):30-36.
- (14) Zhou P, Gu Z, Xu J, Wang X, Liao K. A study evaluating ceftriaxone as a treatment agent for primary and secondary syphilis in pregnancy. *Sex Transm Dis* 2005 Aug;32(8):495-498.
- (15) Golden MR, Marra CM, Holmes KK. Update on syphilis: resurgence of an old problem. *JAMA* 2003 Sep 17;290(11):1510-1514.
- (16) Ghanem KG, Moore RD, Rompalo AM, Erbelding EJ, Zenilman JM, Gebo KA. Neurosyphilis in a clinical cohort of HIV-1-infected patients. *AIDS* 2008 Jun 19;22(10):1145-1151.
- (17) Ghanem KG, Moore RD, Rompalo AM, Erbelding EJ, Zenilman JM, Gebo KA. Lumbar Puncture in HIV-Infected Patients with Syphilis and No Neurologic Symptoms. *Clinical Infectious Diseases* 2009 March 15;48(6):816-821.

- (18) Ghanem KG, Moore RD, Rompalo AM, Erbelding EJ, Zenilman JM, Gebo KA. Antiretroviral Therapy Is Associated with Reduced Serologic Failure Rates for Syphilis among HIV-Infected Patients. *Clinical Infectious Diseases* 2008 July 15;47(2):258-265.
- (19) Dumaresq J, Langevin S, Gagnon S, Serhir B, Deligne B, Tremblay C, et al. Clinical prediction and diagnosis of neurosyphilis in HIV-infected patients with early Syphilis. *J Clin Microbiol* 2013 Dec;51(12):4060-4066.