

Capsule d'information

Destinée aux professionnels de la santé
Direction de santé publique et responsabilité populationnelle

Vol. 7, no 6

Date : Le 15 mai 2017

GUIDE DE L'INESSS

Guide d'usage optimal ITSS – Approche syndromique : traitement pharmacologique de la cervicite et urétrite, de l'épididymite/orchi-épididymite, d'une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) et de la rectite.

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) souhaite vous informer de la publication du *Guide d'usage optimal ITSS – Approche syndromique : traitement pharmacologique de la cervicite et urétrite, de l'épididymite/orchi-épididymite, d'une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) et de la rectite*.

Ce guide est un outil d'aide à la décision lorsque l'évaluation clinique permet d'identifier les syndromes. Il porte exclusivement sur la prise en charge des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS avant l'obtention des résultats des analyses de laboratoire (approche syndromique). Il servira de document phare à l'ordonnance collective destinée aux infirmières qui sera publiée à l'été prochain.

Le guide d'usage optimal *ITSS – Approche syndromique : traitement pharmacologique de la cervicite et urétrite, de l'épididymite/orchi-épididymite, d'une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) et de la rectite* ainsi que le rapport : *Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang - Approche syndromique et l'algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques* sont disponibles sur le site Web de l'INESSS à l'adresse [Guides](#).

Les capsules se retrouvent sur [le site du CIUSSS MCQ](#)

Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Pour les professionnels de la santé, vous pouvez rejoindre le professionnel de garde en maladies infectieuses :

- Durant les heures ouvrables, par téléphone au : **819 693-3943** ou **1-877-693-3943** (sans frais)
- En dehors des heures ouvrables, via le système de garde ou en passant par Info-Santé qui nous rejoindra.

Le présent guide est fourni à titre indicatif et il ne remplace pas le jugement du praticien. Les recommandations de ce guide s'adressent aux personnes de 14 ans et plus¹. Elles ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique et sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour plus de détails, consultez le rapport [Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang – Approche syndromique](#).

GÉNÉRALITÉS

- ▶ Ce guide est un outil d'aide à la décision lorsque l'évaluation clinique permet d'identifier les syndromes et il porte exclusivement sur la prise en charge des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS avant l'obtention des résultats des analyses de laboratoire (approche syndromique).
- ▶ Les analyses de laboratoire appropriées doivent être réalisées pour tous les sites exposés. La culture pour la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* demeure un test de choix en présence de signes ou de symptômes, en plus de faire un prélèvement pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* et *N. gonorrhoeae* par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).

PRISE EN CHARGE DES SYNDROMES

INTERVENTION AUPRÈS DE LA PERSONNE ATTEINTE

L'intervention devrait inclure :

- ▶ une évaluation clinique comprenant un examen physique, l'identification des facteurs de risque d'ITSS et la recherche des ITSS selon les facteurs de risque et les symptômes;
- ▶ une recommandation indiquant de s'abstenir d'avoir des contacts sexuels jusqu'à 7 jours après la fin d'un traitement à dose unique OU jusqu'à la fin d'un traitement à doses multiples ET jusqu'à la résolution des symptômes;
 - ▷ en cas de doute quant à l'abstinence, une recommandation indiquant d'utiliser des méthodes barrières pour tout type de contact sexuel, qu'il soit génital, oro-génital, anal ou oro-anal;
- ▶ le soutien auprès de la personne atteinte dans la démarche visant la notification et le traitement de ses partenaires. La [direction de santé publique \(DSP\)](#) régionale peut offrir son soutien dans cette démarche.

INTERVENTION AUPRÈS DES PARTENAIRES

Se référer à l'outil [Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper!](#) pour précisions et information complémentaires.

Partenaires à joindre s'ils ont eu un contact sexuel avec la personne atteinte :

- ▶ dans les 60 jours précédant les premiers symptômes ou le prélèvement; OU
- ▶ pendant que la personne avait des symptômes; OU
- ▶ avant la fin du traitement à doses multiples ou moins de 7 jours après un traitement à dose unique.

Il peut être justifié, dans certaines situations, de rechercher des partenaires sur une plus longue période.

L'intervention devrait inclure :

- ▶ une évaluation clinique comprenant l'identification des facteurs de risque d'ITSS;
- ▶ un dépistage des ITSS selon le [Guide québécois de dépistage des ITSS](#);
- ▶ un traitement épidémiologique sans attendre les résultats des tests de dépistage ([voir l'algorithme décisionnel](#));
- ▶ une approche syndromique si le partenaire présente des signes et symptômes;
- ▶ la notification aux partenaires de cette personne si les résultats des tests de dépistage sont positifs.

MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)

Les infections confirmées par un test de laboratoire à *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* ainsi que la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) doivent être déclarées à la [DSP](#) régionale.

GRATUITÉ DE LA MÉDICATION

Pour les personnes inscrites au régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) et détentrices d'une carte d'assurance maladie, d'un carnet de réclamation ou d'une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valides : inscrire sur l'ordonnance le code **K** (pour la personne atteinte) ou le code **L** (pour les partenaires). Le coût de la lidocaïne 1 % sans épinéphrine est couvert par le programme de gratuité dans le cadre d'un traitement d'une ITS ou d'un syndrome associé lorsqu'il est précisé sur l'ordonnance : diluant à la ceftriaxone.

1. Si un cas d'abus sexuel est suspecté, se référer au [Guide d'intervention médicosociale](#) pour les victimes d'agression sexuelle.

CERVICITE ET URÉTRITE

MANIFESTATIONS CLINIQUES¹

CERVICITE :

- ▶ Pertes vaginales anormales
- ▶ Saignements vaginaux intermenstruels ou post-coïtaux
- ▶ Exsudat endocervical mucopurulent ou purulent

URÉTRITE :

- ▶ Brûlures mictionnelles
- ▶ Inconfort urétral
- ▶ Écoulement urétral
- ▶ La pollakiurie, l'hématurie, le ténesme vésical et la miction impérieuse sont rarement associés à une urétrite. L'identification de l'un de ces symptômes exige une évaluation plus approfondie.

ÉTIOLOGIE

- ▶ *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*
- ▶ Si les résultats des analyses sont négatifs et que les symptômes persistent, considérer la possibilité de la présence d'autres agents pathogènes, tels que *Mycoplasma genitalium* et *Trichomonas vaginalis*, et consulter un collègue expérimenté.
- ▶ Des signes et symptômes suggestifs de cervicite peuvent aussi être associés à d'autres causes, y compris aux méthodes contraceptives.
- ▶ L'éctropion du col utérin n'est pas une cervicite.

TRAITEMENT

1^{ER} CHOIX :

Céfixime 800 mg PO en dose unique OU ceftriaxone 250 mg IM en dose unique
ET
Azithromycine² 1 g PO en dose unique

2^E CHOIX :

Céfixime 800 mg PO en dose unique OU ceftriaxone 250 mg IM en dose unique
ET
Doxycycline³ 100 mg PO BID x 7 jours

**Antécédent d'une réaction allergique aux céphalosporines OU
Antécédent d'une réaction immédiate ou retardée sévère ou très sévère aux pénicillines :**

Azithromycine² 2 g PO en dose unique

SUIVI

CERVICITE :

- ▶ Investigation supplémentaire ou consultation auprès d'un collègue expérimenté si les symptômes persistent au-delà de 48 à 72 heures ou réapparaissent après la fin du traitement.
- ▶ Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.

URÉTRITE :

- ▶ La disparition des symptômes peut prendre jusqu'à 7 jours.
- ▶ Investigation supplémentaire ou consultation auprès d'un collègue expérimenté si les symptômes persistent ou réapparaissent.
- ▶ Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.

1. Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées.

2. Si vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.

3. La doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes. Elle est compatible, si nécessaire, avec l'allaitement si traitement de moins de 3 semaines.

ÉPIDIDYMITE/ORCHI-ÉPIDIDYMITE

MANIFESTATIONS CLINIQUES¹

- ▶ Douleur testiculaire progressive habituellement unilatérale²
- ▶ Sensibilité de l'épididyme ou du testicule à la palpation
- ▶ Tuméfaction palpable de l'épididyme
- ▶ Écoulement urétral
- ▶ Hydrocèle
- ▶ Érythème ou œdème du scrotum sur le côté affecté
- ▶ Fièvre

La consultation d'un collègue expérimenté et une hospitalisation devraient être envisagées si une douleur sévère ou la fièvre suggèrent un autre diagnostic (torsion testiculaire, infarctus testiculaire, abcès, fasciite nécrosante). Une forte fièvre est inhabituelle et elle suggère une infection compliquée; une évaluation plus approfondie est recommandée.

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT

<i>C. trachomatis</i> ou <i>N. gonorrhoeae</i> chez les hommes ayant des facteurs de risque d'ITSS	Bâtonnets Gram négatif acquis lors de manipulations urologiques ou de relations sexuelles anales insertives non protégées	Une combinaison des deux étiologies précédentes
Avec facteurs de risque d'ITSS ET sans risque d'infection par bâtonnets Gram négatif	Sans facteur de risque d'ITSS ET avec risque d'infection par bâtonnets Gram négatif⁴	Avec facteurs de risque d'ITSS ET avec risque d'infection par bâtonnets Gram négatif⁴
Ceftriaxone ³ 250 mg IM en dose unique ET Doxycycline ³ 100 mg PO BID x 10 à 14 jours	Amorcer le traitement avec ciprofloxacine ^{3,5} 500 mg PO BID x 10 à 14 jours ET réévaluer dès la réception du résultat de l'antibiogramme réalisé sur la souche isolée de la culture d'urine	Ceftriaxone ³ 250 mg IM en dose unique ET Lévofloxacine ^{3,5} 500 mg PO DIE x 10 jours

**Antécédent d'une réaction allergique aux céphalosporines OU
Antécédent d'une réaction immédiate ou retardée sévère ou très sévère aux pénicillines**

Consulter un collègue expérimenté

SUIVI

- ▶ Réévaluation du diagnostic et du traitement nécessaire s'il n'y a pas d'amélioration clinique 48 à 72 heures après le début du traitement.
- ▶ Réexamen environ 1 mois après la fin du traitement afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'anomalies testiculaires persistantes.
- ▶ Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.

1. Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées.
2. Une torsion du testicule devrait être envisagée si douleur aiguë (plus fréquente chez les hommes de moins de 20 ans). Elle constitue une urgence chirurgicale.
3. Non homologué par Santé Canada pour cette indication.
4. Des prélèvements pour la détection de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* (TAAN et culture) ainsi qu'une culture d'urine devront être effectués avant le début du traitement.
5. Il existe une mise en garde quant à l'usage des quinolones chez les moins de 18 ans. Consulter un collègue expérimenté.

ATTEINTE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (AIP)

MANIFESTATIONS CLINIQUES¹

Les manifestations suivantes, associées ou non à la cervicite, suggèrent un diagnostic d'atteinte inflammatoire pelvienne :

- ▶ Dyspareunie profonde
- ▶ Fièvre
- ▶ Sensibilité abdominale basse, à une ou aux deux annexes ou à la mobilisation du col utérin

L'absence de détection de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* à partir des prélèvements effectués lors de l'évaluation clinique n'exclut pas le diagnostic d'une atteinte inflammatoire pelvienne.

ÉTIOLOGIE

Les schémas thérapeutiques doivent couvrir un large spectre d'agents pathogènes, comprenant les agents d'ITSS, en plus de tenir compte de la nature polymicrobienne des atteintes inflammatoires pelviennes.

PRINCIPES DE TRAITEMENT

- ▶ Ce guide présente exclusivement les traitements administrés par voies orale et intramusculaire. Pour les traitements intraveineux, consulter un collègue expérimenté.
- ▶ Écarter la possibilité d'une grossesse.
- ▶ Stérilet : Le retrait immédiat n'est pas requis. Une évaluation est recommandée de 48 à 72 heures à la suite de l'amorce de l'antibiothérapie. Cette dernière doit toutefois avoir commencé avant le retrait éventuel du stérilet.
- ▶ Si l'antibiothérapie est amorcée à l'hôpital, la poursuite éventuelle en ambulatoire doit permettre de compléter une durée totale de traitement de 14 jours.

Critères d'hospitalisation ou d'orientation vers un collègue expérimenté :

- ▶ Suspicion d'urgence chirurgicale (p. ex. : appendicite ou grossesse extra-utérine)
- ▶ Atteinte grave de l'état général, nausées, vomissements ou forte fièvre
- ▶ Suspicion d'abcès tubo-ovarien
- ▶ Grossesse
- ▶ Immunosuppression modérée ou grave
- ▶ Problème anticipé d'adhésion à l'antibiothérapie ambulatoire
- ▶ Intolérance à l'antibiothérapie ambulatoire
- ▶ Absence de réponse clinique après 3 jours

TRAITEMENT

Ceftriaxone² 250 mg IM en dose unique
ET
Doxycycline^{2,3} 100 mg PO BID x 14 jours
ET
Métrnidazole^{2,4} 500 mg PO BID x 14 jours

**Antécédent d'une réaction allergique aux céphalosporines OU
Antécédent d'une réaction immédiate ou retardée sévère ou très sévère aux pénicillines**

Consulter un collègue expérimenté

SUIVI

- ▶ Les personnes devraient être suivies étroitement et subir un nouvel examen 3 jours après le début du traitement afin de vérifier l'amélioration clinique.
- ▶ Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.

1. Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées.

2. Non homologué par Santé Canada pour cette indication.

3. La doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes. Elle est compatible, si nécessaire, avec l'allaitement si traitement de moins de 3 semaines.

4. En cas de nausées incapacitantes ou de vomissements, recommander l'arrêt du métronidazole et la poursuite de la doxycycline.

RECTITE

MANIFESTATIONS CLINIQUES¹

- ▶ Écoulement rectal mucopurulent
- ▶ Douleur anorectale
- ▶ Selles sanglantes
- ▶ Ténésme
- ▶ Constipation

ÉTIOLOGIE

- ▶ *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* (génotypes LGV* et non LGV), *Treponema pallidum* (syphilis) et virus herpès simplex
- ▶ Maladie inflammatoire de l'intestin
- ▶ Dommage tissulaire résultant de l'insertion de corps étrangers

En présence de diarrhée et de crampes abdominales, envisager une infection par des entéropathogènes qui peuvent être transmis par voie oro-anale, tels *Shigella sp.* ou *Campylobacter sp.*

* Pour la LGV, la rectite peut aussi s'accompagner de lymphadénopathie inguinale ou fémorale douloureuse, de bubon ou d'ulcérations.

PRINCIPES DE TRAITEMENT

En plus de la recherche de *N. gonorrhoeae* par culture et TAAN et de *C. trachomatis* par TAAN au niveau rectal, il est fortement recommandé de procéder à des analyses sérologiques de la syphilis et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez toute personne présentant une rectite.

TRAITEMENT SI ÉTIOLOGIE ITSS

Céfixime 800 mg PO en dose unique OU ceftriaxone 250 mg IM en dose unique

ET

Azithromycine²⁻³ 1 g PO en dose unique OU doxycycline³⁻⁴ 100 mg PO BID x 7 jours

Antécédent d'une réaction allergique aux céphalosporines OU
Antécédent d'une réaction immédiate ou retardée sévère ou très sévère aux pénicillines

Azithromycine²⁻³ 2 g PO en dose unique

SUIVI

- ▶ Un suivi clinique est requis jusqu'à la résolution des symptômes.
- ▶ En présence d'un résultat positif à *C. trachomatis* avec un génotypage associé à la LGV, commencer ou poursuivre le traitement avec doxycycline³⁻⁴ 100 mg PO BID pour un total de 21 jours consécutifs.
- ▶ Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.

1. Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées.

2. Si vomissements dans l'heure suivant la prise de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.

3. Non homologué par Santé Canada pour cette indication.

4. La doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes. Elle est compatible, si nécessaire, avec l'allaitement si traitement de moins de 3 semaines.

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES RELATIVES AUX ITSS

Lorsqu'une personne consulte, notamment pour une ITSS, pour la contraception ou dans le cas d'un examen clinique préventif, les praticiens devraient :

- ▶ Rechercher les facteurs de risque pour les ITSS et dépister selon les indications, puisque plusieurs personnes sont asymptomatiques et ignorent qu'elles sont infectées ;
- ▶ Informer la personne sur les pratiques sexuelles à risque réduit et lui conseiller de les utiliser de façon constante ;
- ▶ Vacciner contre les hépatites et le virus du papillome humain selon les indications du *Protocole d'immunisation du Québec* (chapitre 10.4).

Différents outils relatifs aux ITSS sont accessibles aux professionnels de la santé à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/itss, section documentation, rubrique professionnels de la santé/outils/intervention préventive relative aux ITSS, notamment :

- ▶ *Guide québécois de dépistage des ITSS*
- ▶ *ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés*
- ▶ *Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques*
- ▶ *Estimation du risque associé aux activités sexuelles*
- ▶ *Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper !*
- ▶ *Vaccination et ITSS*

Le médecin de famille en cabinet peut utiliser le code d'acte numéro 15230 pour ses interventions préventives relatives aux ITSS.

TESTS DE CONTRÔLE

Lorsque les résultats des analyses de laboratoire (culture ou TAAN) révèlent la présence de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*, vérifier si un test de contrôle est indiqué.

	INFECTION À <i>C. TRACHOMATIS</i>	INFECTION À <i>N. GONORRHOEAE</i>
INDICATIONS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Persistance ou apparition de signes ou symptômes ▶ Grossesse ▶ Problème anticipé d'adhésion au traitement ▶ Utilisation d'un schéma thérapeutique autre que ceux recommandés ▶ Infection rectale à <i>C. trachomatis</i> traitée avec azithromycine ▶ Infection à <i>C. trachomatis</i> de génotype L₁₋₃ (LGV) 	<p>Un test de contrôle devrait être effectué dans tous les cas d'infection gonococcique. Le test de contrôle est particulièrement important dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Persistance ou apparition de signes ou symptômes ▶ Grossesse ▶ Problème anticipé d'adhésion au traitement ▶ Utilisation d'un schéma thérapeutique autre que ceux recommandés ▶ Infection pharyngée (même si traitée avec ceftriaxone) ▶ Traitement en monothérapie (comprenant azithromycine 2 g, même si la souche est sensible à l'azithromycine) ▶ Résistance démontrée à l'un des antibiotiques utilisés ▶ Partenaire d'une personne chez qui une résistance à l'un des antibiotiques utilisés a été démontrée
PRÉLEVEMENTS ET ANALYSES	<p>TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement</p>	<p>En cas d'infection pharyngée¹ : Culture² effectuée le plus tôt possible à partir de 3 jours et jusqu'à 2 semaines après la fin du traitement ; OU TAAN³ et culture effectués le plus tôt possible à partir de 2 semaines après la fin du traitement.</p> <p>En cas d'infection autre que pharyngée¹ : TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 2 semaines après la fin du traitement⁴. Si la personne présente des symptômes au moment de la visite de contrôle, procéder également à un prélèvement pour culture.</p>

1. Si un rendez-vous de suivi est proposé 2 semaines après le traitement, la personne devrait être avisée de se présenter plus rapidement si persistance ou apparition de symptômes. Dans ce cas, des prélèvements pour culture devront être effectués.
2. Un prélèvement supplémentaire pour TAAN peut être effectué à partir de 2 semaines selon le jugement du praticien.
3. Un TAAN effectué à partir d'un prélèvement pharyngé peut être associé à des résultats faux positifs.
4. En présence d'un résultat positif au TAAN de contrôle, il est souhaitable de procéder à un prélèvement pour culture à la condition de ne pas retarder le traitement.

Afin de détecter une possible réinfection, toutes les personnes infectées par *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* devraient subir un dépistage 3 à 6 mois après l'infection initiale. Le dépistage suivant une infection documentée s'ajoute au test de contrôle préalablement effectué, si indiqué.

ANTIBIORÉSISTANCE

Au Québec, outre la résistance aux quinolones bien installée, une augmentation du nombre de souches de *N. gonorrhoeae* résistantes à l'azithromycine a été observée depuis 2014. Des souches de *N. gonorrhoeae* avec sensibilité réduite aux céphalosporines circulent actuellement. Au début de l'année 2015, deux premières souches de *N. gonorrhoeae* non sensibles au céfixime ont été détectées. Les traitements recommandés pourraient éventuellement être modifiés selon l'évolution des sensibilités. La vigilance des praticiens s'impose.

RÉFÉRENCES

Pour consulter les références, voir le rapport : [Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang - Approche syndromique](#)

