

GUIDES ET NORMES

Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang – Approche syndromique

Annexes complémentaires

UNE PRODUCTION DE
L'Institut national d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)



Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang – Approche syndromique

Annexes complémentaires

Le présent document contient les annexes complémentaires au rapport en appui au guide d'usage optimal Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang - Approche syndromique

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site *Web*.

Renseignements

2535, boulevard Laurier, 5e étage Québec (Québec) G1V 4M3

Téléphone : 418 643-1339

Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 10.083

Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 514 873-2563

Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca

www.inesss.qc.ca

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE A Stratégie de recherche d'information pour les questions de recherche 1 à 5	1
ANNEXE B Sélection des documents pour les questions de recherche 1 à 5	7
ANNEXE C Mandats du comité consultatif et du comité de suivi.....	9
ANNEXE D Liste et caractéristiques des GPC inclus pour répondre aux questions de recherche 1 à 5	10
ANNEXE E Évaluation de la qualité méthodologique des GPC et des revues systématiques	13
ANNEXE F Tableaux d'extraction des données	19
1. Cervicite	19
1.1. Manifestations cliniques	19
1.2. Étiologie	19
1.3. Principes de traitement	20
1.4. Traitement pharmacologique du cas index	21
1.5. Suivi du cas index	22
1.6. Intervention auprès des partenaires	23
1.6.1. Traitement pharmacologique des partenaires	24
2. Urétrite.....	25
2.1. Manifestations cliniques	25
2.2. Étiologie	26
2.3. Principes de traitement	27
2.4. Traitement pharmacologique du cas index	28
2.5. Suivi du cas index	30
2.6. Intervention auprès des partenaires	31
2.6.1. Traitement pharmacologique des partenaires asymptomatiques	32
3. Épididymite/orchi-épididymite.....	33
3.1. Manifestations cliniques	33
3.2. Étiologie	35
3.3. Principes de traitement	36
3.4. Traitement pharmacologique du cas index	36
3.5. Suivi du cas index	38
3.6. Intervention auprès des partenaires	39
3.6.1. Traitement pharmacologique des partenaires	40
4. Atteinte inflammatoire pelvienne (AIP).....	41
4.1. Manifestations cliniques	41

4.2.	Étiologie	42
4.3.	Principes de traitement	43
4.4.	Traitement pharmacologique du cas index	46
4.5.	Suivi du cas index	51
4.6.	Intervention auprès des partenaires	52
4.6.1.	Traitement pharmacologique des partenaires	53
5.	Rectite	54
5.1.	Manifestations cliniques	54
5.2.	Étiologie	55
5.3.	Principes de traitement/autres ITSS	56
5.4.	Traitement pharmacologique du cas index	57
5.5.	Suivi du cas index	58
5.6.	Intervention auprès des partenaires	59
5.6.1.	Traitement pharmacologique des partenaires	60
6.	Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)	61
6.1.	Manifestations cliniques (LGV)	61
6.2.	Étiologie (LGV)	62
6.3.	Principe de traitement et traitement pharmacologique du cas index (LGV)	63
6.4.	Suivi du cas index (LGV)	64
6.5.	Intervention auprès des partenaires et leurs traitements pharmacologiques (LGV)	65
10.	Traitement recommandé pour partenaires asymptomatiques	66
10.1.	Traitement pharmacologique contre <i>Chlamydia trachomatis</i>	66
10.2.	Traitement pharmacologique contre <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	69
12.	Tests de contrôle recommandés	75
12.1.	<i>Chlamydia trachomatis</i> : indications	75
12.2.	<i>Chlamydia trachomatis</i> : prélèvements et analyses	75
12.3.	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> : indications	76
12.4.	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> : prélèvements et analyses	77
ANNEXE G Évaluation des références spécialisées en grossesse et allaitement		85
RÉFÉRENCES		87

LISTE DES TABLEAUX

Tableau E-1 : Critères d'évaluation de la grille AGREE II	13
Tableau E-2 : Résultats individuels de la qualité des 7 GPC évalués avec la grille AGREE II (évaluateurs 1 (MT) et 2 (KL))	14
Tableau E-3 : Qualité globale des GPC selon la grille AGREE II	17
Tableau E-4 : Résultats individuels de la qualité des 2 revues systématiques évaluées avec la grille R-AMSTAR	18
Tableau F-1 : Extraction des données	19
Tableau F-2 : Extraction des données (grossesse et allaitement)	78
Tableau G-1 : Déterminer la fiabilité de l'information, autres documents	85

LISTE DES FIGURES

Figure B-1 : Diagramme de flux pour la période 2010-2016	7
--	---

ANNEXE A

Stratégie de recherche d'information pour les questions de recherche 1 à 5

Bases de données

PubMed (NLM)

Dates de la recherche : 3-13 juin 2016

Dates de publication : 2010-2016 (énoncé #44); octobre 2010 à 2016 (énoncé #54)

Langues : anglais et français

Types d'études : guides de pratique et consensus de conférence (énoncés #36 & #47)

- #1 uterine cervicitis[mh]
- #2 cervicitis[tiab] OR uterine cervix infection[tiab] OR uterine cervix inflammation[tiab] OR uterus cervix inflammation[tiab]
- #3 #1 OR #2
- #4 urethritis[mh]
- #5 urethritis[tiab] OR urethra infection[tiab] OR urethra inflammation[tiab] OR urethral infection[tiab] OR urethral inflammation[tiab]
- #6 #4 OR #5
- #7 epididymitis[mh]
- #8 epididymitis[tiab]
- #9 #7 OR #8
- #10 orchitis[mh]
- #11 orchitis[tiab] OR testicular inflammation[tiab] OR testis inflammation[tiab]
- #12 #10 OR #11
- #13 epididymo-orchitis[tiab] OR orchiepididymitis[tiab] OR orchi-epididymitis[tiab]
- #14 pelvic inflammatory disease[mh]
- #15 adnexitis[tiab] OR inflammatory pelvic disease[tiab] OR p.i.d.[tiab] OR pid[tiab] OR pelvic infection[tiab] OR pelvic inflammation[tiab] OR pelvic inflammatory disease[tiab] OR pelvis infection[tiab] OR pelvis inflammation[tiab] OR pelvis inflammatory disease[tiab]
- #16 #14 OR #15
- #17 proctitis[mh]
- #18 proctitis[tiab] OR rectitis[tiab]
- #19 #17 OR #18

- #20 chlamydia[mh] OR chlamydia infections[mh]
- #21 chlamydia[tiab] OR chlamydial[tiab] OR chlamydiosis[tiab] OR chlamydiasis[tiab]
- #22 #20 OR #21
- #23 gonorrhea[mh]
- #24 gonococcal infection*[tiab] OR gonococcosis[tiab] OR gonococcus infection[tiab] OR gonorrhea[tiab] OR gonorrhoea[tiab]
- #25 #23 OR #24
- #26 sexually transmitted diseases[mh]
- #27 STD[tiab] OR STDs[tiab] OR STIs[tiab] OR sexually disease transmission[tiab] OR sexually transmitted disease*[tiab] OR sexually transmitted infection*[tiab] OR VD[tiab] OR venereal disease*[tiab] OR venereal infection*[tiab]
- #28 #26 OR #27
- #29 reproductive health[mh]
- #30 reproductive health[tiab] OR sexual health[tiab]
- #31 #29 OR #30
- #32 #3 OR #6 OR #9 OR #12 OR #13 OR #16 OR #19 OR #22 OR #25 OR #28 OR #31
- #33 clinical trials as topic[mh] OR clinical trial OR random allocation[mh] OR therapeutic use[sh]
- #34 (clinical[tiab] AND trial[tiab]) OR random*[tiab]
- #35 #33 OR #34
- #36 #32 AND #33
- #37 randomized controlled trial
- #38 #32 AND #37
- #39 clinical pathway[mh] OR clinical protocol[mh] OR consensus[mh] OR consensus development conferences as topic[mh] OR critical pathways[mh] OR guidelines as topic [mh:noexp] OR practice guidelines as topic[mh] OR health planning guidelines[mh] OR guideline OR practice guideline OR consensus development conference OR consensus development conference, NIH
- #40 #38 AND #39
- #41 guidelines as topic[mh] OR practice guidelines as topic[mh] OR guideline OR health planning guidelines[mh] OR practice guideline OR consensus[mh] OR consensus development conference, NIH OR consensus development conference OR consensus development conferences, NIH as topic[mh] OR consensus development conferences as topic[mh] OR critical pathways[mh] OR clinical conference OR algorithms[mh]
- #42 #38 AND #41
- #43 #40 OR #42
- #44 #36 OR #43

- #45 #2 OR #5 OR #8 OR #11 OR #15 OR #18 OR #21 OR #24 OR #27 OR #30
- #46 (clinical[tiab] AND trial[tiab]) OR random*[tiab]
- #47 #45 AND #46
- #48 randomized[tiab] AND controlled[tiab] AND trial[tiab]
- #49 #45 AND #48
- #50 position statement*[tiab] OR policy statement*[tiab] OR practice parameter*[tiab] OR best practice*[tiab] OR standards[ti] OR guideline[ti] OR guidelines[ti] OR ((practice[tiab] OR treatment*[tiab]) AND guideline*[tiab]) OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR consensus*[tiab] OR ((critical[tiab] OR clinical[tiab] OR practice[tiab]) AND (path[tiab] OR paths[tiab] OR pathway[tiab] OR pathways[tiab] OR protocol*[tiab])) OR recommendat*[ti] OR (care[tiab] AND (standard[tiab] OR path[tiab] OR paths[tiab] OR pathway[tiab] OR pathways[tiab] OR map[tiab] OR maps[tiab] OR plan[tiab] OR plans[tiab])) OR (algorithm*[tiab] AND (screening[tiab] OR examination[tiab] OR test[tiab] OR tested[tiab] OR testing[tiab] OR assessment*[tiab] OR diagnosis[tiab] OR diagnoses[tiab] OR diagnosed[tiab] OR diagnosing[tiab])) OR (algorithm*[tiab] AND (pharmacotherap*[tiab] OR chemotherap*[tiab] OR chemotreatment*[tiab] OR therap*[tiab] OR treatment*[tiab] OR intervention*[tiab]))
- #51 #49 AND #50
- #52 guideline*[tiab] OR guide line*[tiab] OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR guidance[tiab] OR practical guide*[tiab] OR practice parameter*[tiab] OR best practice*[tiab] OR evidence base*[tiab] OR consensus[tiab] OR algorithm*[tiab] OR clinical pathway*[tiab] OR critical pathway*[tiab] OR recommendation*[tiab] OR committee opinion*[tiab] OR policy statement*[tiab] OR position statement*[tiab] OR standard[tiab] OR standards[tiab]
- #53 #49 AND #52
- #54 #47 OR #51 OR #53
- #55 #44 OR #54
- #56 review literature as topic[mh] OR meta-analysis as topic[mh] OR meta-analysis[mh] OR meta-analysis OR technology assessment,biomedical[mh]
- #57 (systematic*[tiab] AND (review*[tiab] OR overview*[tiab] OR search*[tiab] OR research*[tiab])) OR meta-analy*[tiab] OR metaanaly*[tiab] OR met analy*[tiab] OR metanaly*[tiab] OR HTA[tiab] OR HTAs[tiab] OR technology assessment*[tiab] OR technology overview*[tiab] OR technology appraisal*[tiab]
- #58 #56 OR #57
- #59 #55 NOT #58

Embase (OvidSP)

Dates de publication : 2010-2016

Langues : anglais et français

Filtres : traitement, meilleur équilibre entre la sensibilité et la spécificité (énoncé #34); traitement,

meilleure spécificité (énoncés #39 & #45)

- #1 uterine cervicitis/
- #2 (cervicitis OR uterine cervix infection OR uterine cervix inflammation OR uterus cervix inflammation).ti,ab.
- #3 #1 OR #2
- #4 urethritis/
- #5 (urethritis OR urethra infection OR urethra inflammation OR urethral infection OR urethral inflammation).ti,ab.
- #6 #4 OR #5
- #7 epididymitis/
- #8 epididymitis.ti,ab.
- #9 #7 OR #8
- #10 orchitis/
- #11 (orchitis OR testicular inflammation OR testis inflammation).ti,ab.
- #12 #10 OR #11
- #13 (epididymo-orchitis OR orchiepididymitis OR orchi-epididymitis).ti,ab.
- #14 pelvic inflammatory disease/
- #15 (adnexitis OR inflammatory pelvic disease OR "p.i.d." OR pid OR pelvic infection OR pelvic inflammation OR pelvic inflammatory disease OR pelvis infection OR pelvis inflammation OR pelvis inflammatory disease).ti,ab.
- #16 #14 OR #15
- #17 proctitis/
- #18 (proctitis OR rectitis).ti,ab.
- #19 #17 OR #18
- #20 chlamydia/ OR chlamydiasis/
- #21 (chlamydia OR chlamydial OR chlamidiosis OR chlamydiasis).ti,ab.
- #22 #20 OR #21
- #23 gonorrhea/
- #24 (gonococcal infection* OR gonococcosis OR gonococcus infection OR gonorrhea OR gonorrhoea).ti,ab.
- #25 #23 OR #24
- #26 sexually transmitted disease/
- #27 (STD OR STDs OR STIs OR sexually disease transmission OR sexually transmitted disease* OR sexually transmitted infection* OR VD OR venereal disease* OR venereal disease* OR venereal

- infection*).ti,ab.
- #28 #26 OR #27
- #29 reproductive health/
- #30 (reproductive health OR sexual health).ti,ab.
- #31 #29 OR #30
- #32 #3 OR #6 OR #9 OR #12 OR #13 OR #16 OR #19 OR #22 OR #25 OR #28 OR #31
- #33 exp practice guideline/ OR consensus/ OR consensus development/
- #34 #32 AND #33
- #35 clinical pathway/ OR clinical protocol/ OR consensus/ OR consensus development/ OR practice guideline/ OR health care planning/
- #36 (position statement* OR policy statement* OR practice parameter* OR best practice* OR ((practice OR treatment*) AND guideline*) OR CPG OR CPGs OR consensus* OR ((critical OR clinical OR practice) AND (path OR paths OR pathway OR pathways OR protocol*)) OR (care AND (standard OR path OR paths OR pathway OR pathways OR map OR maps OR plan OR plans)) OR (algorithm* AND (screening OR examination OR test OR tested OR testing OR assessment* OR diagnosis OR diagnoses OR diagnosed OR diagnosing)) OR (algorithm* AND (pharmacotherap* OR chemotherap* OR chemotreatment* OR therap* OR treatment* OR intervention*))).ti,ab.
- #37 (guideline OR guidelines OR recommendat* OR standards).ti.
- #38 #35 OR #36 OR #37
- #39 #32 AND #38
- #40 exp practice guideline/ OR health care planning/ OR consensus/ OR algorithm/
- #41 (guideline* OR guide line* OR CPG OR CPGs OR guidance OR practical guide* OR practice parameter* OR (best ADJ3 practice*) OR evidence base* OR consensus OR algorithm* OR (clinical ADJ3 pathway*) OR (critical ADJ3 pathway*) OR recommendation* OR committee opinion* OR policy statement* OR position statement* OR standard OR standards OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*))).ti,ab.
- #42 #40 OR #41
- #43 case report/ OR editorial/ OR letter/
- #44 #42 NOT #43
- #45 #32 AND #44
- #46 #34 OR #39 OR #45
- #47 systematic review/ OR "systematic review (topic)"/ OR meta-analysis/ OR "meta analysis (topic)"/ OR biomedical technology assessment/
- #48 (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal*).ti,ab.

#49 #47 OR #48

#50 #46 NOT #49

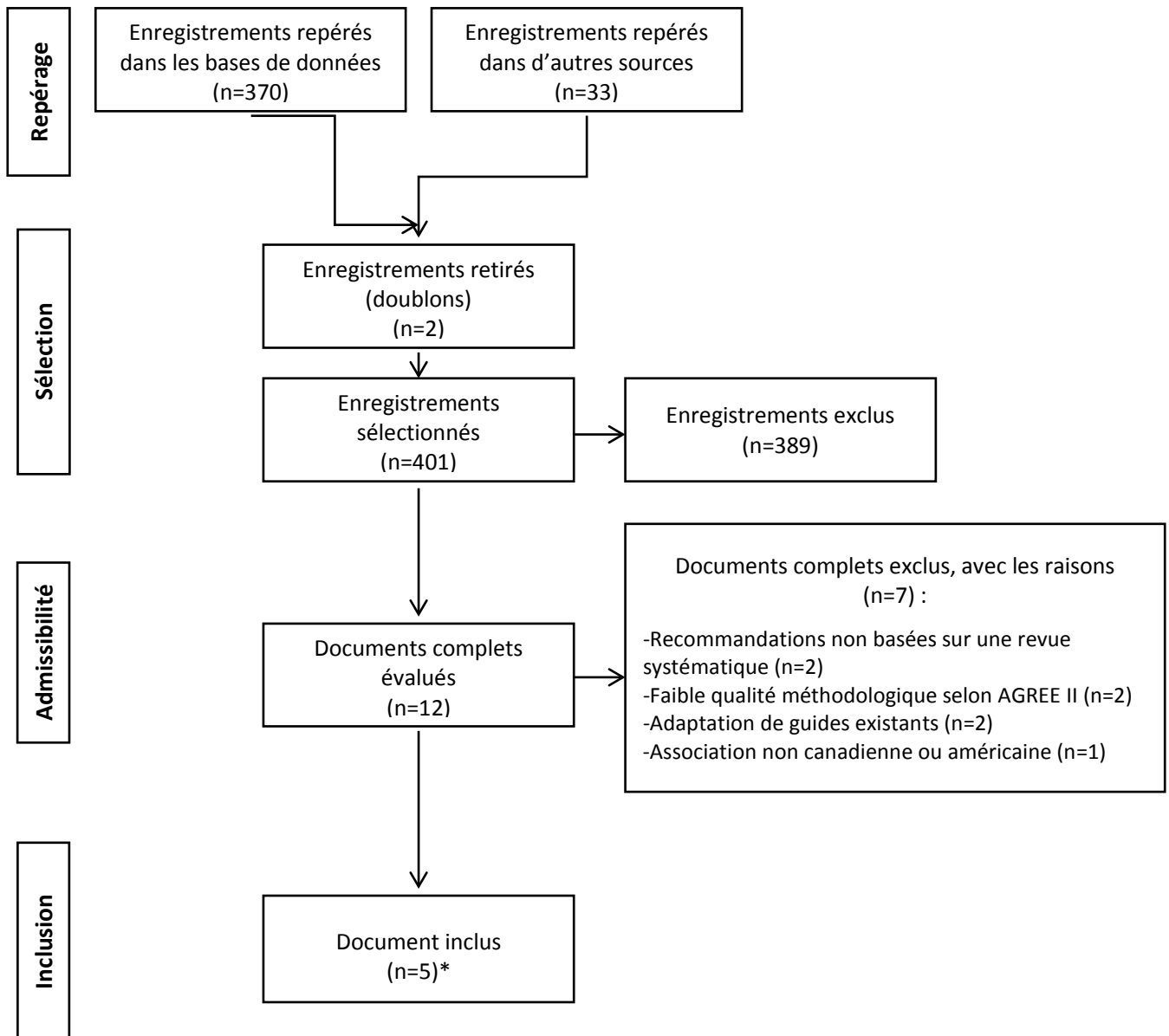
Autres sources

- Agence canadienne des médicaments et des technologies (ACMTS)
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
- American College of Physician (ACP) Clinical Practice Guidelines
- American Urological Association (AUA)
- Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada (AMMI)
- Australasian Sexual Health Alliance (ASHA)
- Australian Clinical Practice Guidelines (NHMRC)
- British Association for Sexual Health and HIV (BASHH)
- Canadian Urological Association (CUA)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- Centre fédéral d'expertise en santé (KCE)
- Evidence-Based Medicine Guidelines (EMBG)
- Government of Western Australia (WA), Department of Health
- Guidelines International Network (G-I-N)
- Haute Autorité de Santé (HAS)
- Infobanque Association médicale canadienne (AMC)
- Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES)
- Institute of Health Economics (IHE)
- International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI)
- National Guideline Clearinghouse (NGC)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- New Zealand Guidelines Group (NZGG)
- New Zealand Sexual Health Society Incorporated (NZSHS)
- Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)
- Royal College of General Practitioners (RCGP)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)
- Toward Optimized Practice (TOP)
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)

ANNEXE B

Sélection des documents pour les questions de recherche 1 à 5

Figure B-1 : Diagramme de flux pour la période 2010-2016



*Bien que les LDC-ITS n'ait pas une qualité méthodologique suffisante, elles ont été retenues pour leurs données contextuelles.

Tableau B-1 : Liste des GPC exclus et les raisons de leur exclusion

GPC	RAISONS D'EXCLUSION
Infectious Diseases Society of Taiwan [Infectious Diseases Society of Taiwan <i>et al.</i> , 2010]	Recommandations non basées sur une revue systématique
Collège national des gynécologues et obstétriciens français [Agostini <i>et al.</i> , 2012]	Recommandations non basées sur une revue systématique
Nouvelle-Zélande [NZSHS, 2015]	Faible qualité méthodologique selon AGREE II
Western Australia [WA Health, 2016]	Faible qualité méthodologique selon AGREE II
Australian Sexual Health Alliance [ASHA, 2016]	Adaptation de guides existants
RCGP/BASHH [Lazaro, 2013]	Adaptation de guides existants
European Association of Urology [Pickard <i>et al.</i> , 2016]	Association non canadienne

* Seules les informations des associations canadiennes ont été retenues.

* Les GPC provinciaux ou d'état n'ont pas été retenus.

* Les GPC qui sont des adaptations de guides existants ont été exclus.

* Pour les chapitres sur la chlamydia et la gonorrhée, la recherche d'information a été limitée aux GPC déjà retenus.

ANNEXE C

Mandats du comité consultatif et du comité de suivi

Mandat du comité consultatif

Le comité consultatif a pour mandat d'accompagner l'INESSS sur la mise à jour du guide d'usage optimal sur l'approche syndromique, afin d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et pratique ainsi que l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré, et ce, en fournissant des informations, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. Ils offrent aussi de la rétroaction à différentes étapes du projet.

À cette fin, le comité devra :

- se prononcer sur les questions clés de recherche;
- prendre connaissance des résultats de la revue de la littérature;
- fournir de l'information contextuelle et expérientielle;
- contribuer à l'identification des enjeux d'implantation des recommandations et des messages clés du guide d'usage optimal mis à jour pour les acteurs impliqués;
- contribuer à la formulation des recommandations finales;
- se prononcer sur les produits de transfert de connaissances.

Mandat du comité de suivi

Le comité de suivi a pour mandat d'accompagner l'INESSS sur l'usage optimal des médicaments, afin d'assurer leur pertinence et la faisabilité de leur implantation et l'atteinte d'objectifs pour assurer l'adoption des nouvelles recommandations et d'évaluer l'impact des changements dans le réseau.

À cette fin, le comité devra :

- contribuer aux orientations initiales du projet;
- contribuer aux orientations prises en cours de réalisation;
- contribuer à l'atteinte des objectifs du projet en proposant des pistes d'action réalisables;
- contribuer aux orientations des recommandations finales et à leur implantation le cas échéant;
- contribuer à définir des mécanismes de suivi et des mesures d'accompagnement;
- contribuer à identifier les organismes responsables de l'implantation et du suivi d'indicateurs.

ANNEXE D

Liste et caractéristiques des GPC inclus pour répondre aux questions de recherche 1 à 5

Type	Guide de pratique clinique
Organisme	Centers for Disease Control and Prevention
Auteurs	Workowski KA, Bolan GA
Pays	États-Unis
Titre	Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015
Année	2015
Objectif	Les médecins et autres intervenants en soins de santé jouent un rôle crucial dans la prévention et le traitement des ITSS. Ces lignes directrices sont destinées à assister les professionnels dans ce rôle. Bien que ces lignes directrices mettent l'accent sur le traitement, la les interventions préventives et les recommandations reliées au diagnostic sont également discutées (mise à jour).
Période de la recherche documentaire	2010 et plus
Sources d'information	Banques de données MEDLINE.
Conflit d'intérêts	Certains auteurs ont déclarés des conflits d'intérêts. Voir page 137 du GPC.

Type	Guide de pratique clinique
Organisme	Haute Autorité de Santé
Auteurs	Mme Muriel Dhénain, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS
Pays	France
Titre	Urétrites et cervicites non compliquées : stratégie diagnostique et thérapeutique de prise en charge - Fiche mémo
Année	2015
Objectif	L'objectif est de mettre à disposition des médecins des recommandations pour une juste prescription des antibiotiques dans les urétrites et cervicites non compliquées.
Période de la recherche documentaire	Janvier 2008 à avril 2015
Sources d'information	• pour la littérature internationale : la base de données MEDLINE ; • pour la littérature francophone : la Banque de données en santé publique ; • la Cochrane Library ; • les sites Internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ; • les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.
Conflit d'intérêts	Aucun

Type	Guide de pratique clinique
Organisme	Agence de la santé publique du Canada
Auteurs	Groupe de travail d'experts (Tom Wong, rédacteur en chef)
Pays	Canada
Titre	Lignes directrices sur les infections transmissibles sexuellement
Année	2010-2014
Objectif	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 diverse populations de patients, dont les nouveau-nés, les enfants, adolescents et les adultes.
Période de la recherche documentaire	Non précisée
Sources d'information	Non précisée
Conflit d'intérêts	Aucun

Type	Guide de pratique clinique
Organisme	British Association for Sexual Health and HIV
Auteurs	Variables selon les chapitres
Pays	Grande-Bretagne
Titre	Variables selon les chapitres
Année	2010-2015
Objectif	L'objectif de ces lignes directrices est de formuler des recommandations claires et explicites pour les professionnels de la santé qui prennent en charge les patients nécessitant des tests et la gestion de leur condition.
Période de la recherche documentaire	Variable selon les chapitres
Sources d'information	Variables selon les chapitres : MEDLINE, Cochrane Library, Embase, NeLH Guidelines Database
Conflit d'intérêts	Aucun

Type	Guide de pratique clinique
Organisme	International Union against Sexually Transmitted Infections (branche européenne)
Auteurs	Variables selon les chapitres
Pays	Regroupement de pays européens
Titre	Variables selon les chapitres
Année	2012-2016
Objectif	Réalisation d'une coopération internationale en matière de lutte contre les maladies transmissibles sexuellement, y compris le VIH.
Période de la recherche documentaire	Variable selon les chapitres
Sources d'information	1) A search of Medline and Embase 2) A search of the Cochrane Library, including:

	- The Cochrane Database of Systematic Reviews - The Database of Abstracts of Reviews of Effects - The Cochrane Central Register of Controlled Trials 3) Review of relevant guidelines produced by the US Centers for Disease Control (www.cdc.gov/std/treatment/2010/) 4) Review of related UK national guidelines (www.bashh.org)
Conflit d'intérêts	Aucun

ANNEXE E

Évaluation de la qualité méthodologique des GPC et des revues systématiques

Tableau E-1 : Critères d'évaluation de la grille AGREE II

Domaine 1. Champ et objectifs (score 1 à 7)
1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.
3. La population à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.
Domaine 2. Participation des groupes concernés (score 1 à 7)
4. Le groupe de travail ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.
5. Les opinions et leurs préférences de la population cible ont été identifiées.
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.
Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC (score 1 à 7)
7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.
8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.
9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.
10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.
11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.
12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.
13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.
14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.
Domaine 4. Clarté et présentation (score 1 à 7)
15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.
16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.
17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.
Domaine 5. Applicabilité (score 1 à 7)
18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles
19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.
20. Les répercussions potentielles sur les ressources de l'application des recommandations ont été examinées.
21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.
Domaine 6. Indépendance éditoriale (score 1 à 7)
22. Le point de vue des organismes de financement n'a pas influencé le contenu de la RPC.
23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.
Appréciation générale de la qualité du guide (score de 1 à 7)
Recommandation de l'utilisation du guide (oui ou non)

Tableau E-2 : Résultats individuels de la qualité des 7 GPC évalués avec la grille AGREE II (évaluateurs 1 (MT) et 2 (KL))

	CDC		BASHH		IUSTI		HAS		LDC-ITS		WESTERN AUSTRALIA		NZSHS	
Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Domaines de la grille AGREE II														
Domaine 1. Champ et objectifs														
1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.	7	7	7	7	3	5	7	7	7	7	4	3	2	3
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.	4	5	5	7	4	4	7	7	4	4	3	2	2	2
3. La population à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.	7	7	7	7	2	1	7	6	7	7	2	3	2	3
Domaine 2. Participation des groupes concernés														
4. Le groupe de travail ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.	5	5	5	5	3	4	2	3	6	6	1	2	4	4
5. Les opinions et les préférences de la population cible ont été identifiées.	1	1	7	5	1	1	5	5	1	1	1	1	1	1
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.	7	7	6	5	4	3	6	7	6	6	7	6	1	1
Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC														
7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.	7	6	7	6	7	6	7	7	1	1	1	1	1	1
8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.	4	6	7	6	5	5	7	7	1	1	1	1	1	1
9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.	5	5	2	2	2	2	5	6	3	3	1	1	1	1
10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.	5	4	5	7	3	3	5	6	2	2	1	1	1	1
11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.	4	4	7	7	4	5	5	7	1	2	3	3	2	3

	CDC		BASHH		IUSTI		HAS		LDC-ITS		WESTERN AUSTRALIA		NZSHS	
Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.	6	6	6	7	6	7	7	7	3	3	1	2	1	2
13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.	5	3	7	7	7	6	7	7	5	3	1	1	4	3
14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.	1	1	5	6	3	4	5	4	3	4	2	2	1	1
Domaine 4. Clarté et présentation														
15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.	6	7	6	7	6	7	7	7	6	7	6	7	6	7
16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.	6	7	6	7	6	7	6	7	6	7	7	7	6	7
17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.	5	5	5	4	5	4	7	7	5	5	7	5	6	7
Domaine 5. Applicabilité														
18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.	1	1	5	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.	3	2	6	6	3	2	1	1	2	2	7	6	5	4
20. Les répercussions potentielles sur les ressources de l'application des recommandations ont été examinées.	1	2	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.	1	1	7	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Domaine 6. Indépendance éditoriale														
22. Le point de vue des organismes de financement n'a pas influencé le contenu de la RPC.	4	4	7	7	5	4	5	5	5	5	2	2	5	5
23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.	5	4	7	7	7	7	4	3	1	1	1	1	1	1

	CDC		BASHH		IUSTI		HAS		LDC-ITS		WESTERN AUSTRALIA		NZSHS	
Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Somme de la cotation pour les 23 critères	100	100	136	137	89	90	115	119	78	80	62	59	56	61
Qualité générale du guide (1 à 7)	5.5	5	6.5	7	4.5	4	6	7	3.5	2.5	1	2	1	2
Recommandation de l'utilisation du guide	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non

Tableau E-3 : Qualité globale des GPC selon la grille AGREE II

	CDC				BASHH				IUSTI				HAS			
Évaluateurs	1	2			1	2			1	2			1	2		
Domaines			T*	%†			T*	%†			T*	%†			T*	%†
Champ d'application et objectifs	18	19	37	86	19	21	40	94	9	10	19	36	21	20	41	97
Participation des groupes concernés	13	13	26	56	18	15	33	75	8	8	16	28	13	13	26	56
Rigueur du processus d'élaboration du guide	37	35	72	58	46	48	94	81	37	38	75	61	48	51	99	86
Clarté et présentation	17	19	36	83	17	18	35	81	17	18	35	81	20	21	41	97
Applicabilité	6	6	12	8	22	21	43	73	6	5	11	6	4	4	8	0
Indépendance éditoriale	9	8	17	54	14	14	28	100	12	11	23	79	9	8	17	54
Total	100	100	200	-	136	137	273	-	89	90	179	-	115	117	232	-
Score global**	-	-	-	56	-	-	-	82	-	-	-	50	-	-	-	67
Recommandation - utilisation guide	Oui				Oui				Oui				Oui			

*Somme des scores obtenus par domaine pour chaque évaluateur.

† Pourcentage des scores par domaine = [(Total – score minimal possible (46)) / (score maximal possible (322) - score minimal possible(46))] x 100.

** Score global = [(Total des scores pour les domaines – score minimal possible (46)) / (score maximal possible (322) - score minimal possible(46))] x 100.

Tableau E-3 : Qualité globale des GPC selon la grille AGREE II suite

	LDC-ITS				WESTERN AUSTRALIA				NZSHS			
Évaluateurs	1	2			1	2			1	2		
Dimensions			T*	%†			T*	%†			T*	%†
Champ d'application et objectifs	18	18	36	83	9	8	17	31	6	8	14	22
Participation des groupes concernés	13	13	26	56	9	9	18	33	6	6	12	17
Rigueur du processus d'élaboration du guide	19	19	38	23	11	12	23	7	12	13	25	9
Clarté et présentation	17	19	36	83	20	19	39	92	18	21	39	92
Applicabilité	5	5	10	4	10	9	19	23	8	7	15	15
Indépendance éditoriale	6	6	12	33	3	3	6	8	6	6	12	33
Total	78	80	158	-	62	60	122	-	56	61	117	-
Score global**	-	-	-	41	-	-	-	28	-	-	-	26
Recommandation - utilisation guide	Oui				Non				Non			

*Somme des scores obtenus par domaine pour chaque évaluateur.

† Pourcentage des scores par domaine = [(Total – score minimal possible (46)) / (score maximal possible (322) - score minimal possible(46))] x 100.

** Score global = [(Total des scores pour les domaines – score minimal possible (46)) / (score maximal possible (322) - score minimal possible(46))] x 100.

Tableau E-4 : Résultats individuels de la qualité des 2 revues systématiques évaluées avec la grille R-AMSTAR

Évaluateurs 1 (KL) et 2 (SG)

	Kong <i>et al.</i> , 2014		Kong <i>et al.</i> , 2015	
Évaluateurs	1	2	1	2
1. Un plan de recherche établi <i>a priori</i> est-il fourni?	4	4	4	4
2. La sélection des études et l'extraction des données ont-elles été confiées à au moins deux personnes?	4	4	4	4
3. La recherche documentaire était-elle exhaustive?	4	4	4	4
4. La nature de la publication (littérature grise, par exemple) était-elle un critère d'inclusion?	2	3	3	3
5. Une liste des études (incluses et exclues) est-elle fournie?	2	2	2	2
6. Les caractéristiques des études incluses sont-elles indiquées?	3	4	4	4
7. La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été évaluée et consignée?	2	3	3	3
8. La qualité scientifique des études incluses dans la revue a-t-elle été employée adéquatement dans la formulation des conclusions?	4	4	4	4
9. Les méthodes appliquées pour combiner les résultats des études sont-elles appropriées?	4	4	4	4
10. La probabilité d'un biais de publication a-t-elle été évaluée?	4	4	2	2
11. Les conflits d'intérêts ont-ils été déclarés?	4	4	3	3
Total	37	40	37	37
Pourcentage moyen	87,5 %		84 %	
Qualité méthodologique	Bonne		Bonne	

ANNEXE F

Tableaux d'extraction des données

Tableau F-1 : Extraction des données

1. Cervicite

1.1. Manifestations cliniques

GPC				
	INESSS 2015	LDC 2010 (tableau résumé)	HAS 2015	CDC 2015
Cervicite	- Exsudat endocervical mucopurulent ou purulent - Saignements vaginaux intermenstruels ou post-coïtaux - Pertes vaginales anormales 1-Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées dans le tableau.	- Écoulement cervical mucopurulent - Friabilité du col utérin - Pertes vaginales - Douleurs abdominales basses - Col piqueté vasculaire Rouge « col fraise »	- cervicite avec leucorrhées - dysurie¹ - dyspareunie² Infos complémentaires Des localisations pharyngées ou ano-rectales peuvent être associées à une cervicite.	- purulent or mucopurulent endocervical exudate visible in the endocervical canal or on an endocervical swab specimen (commonly referred to as mucopurulent cervicitis) - sustained endocervical bleeding easily induced by gentle passage of a cotton swab through the cervical os - Either or both signs might be present - Cervicitis frequently is asymptomatic, but some women complain of an abnormal vaginal discharge and intermenstrual vaginal bleeding (e.g. after sexual intercourse).

1.2. Étiologie

GPC			
	INESSS 2015	LDC 2010 (tableau résumé)	CDC 2015
Cervicite	Pathogènes les plus fréquemment impliqués : <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i>	Causes possibles : <i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i> <i>Trichomonas vaginalis</i> - Virus Herpes simplex	- Typically <i>C. trachomatis</i> or <i>N. gonorrhoeae</i>. - Cervicitis also can accompany trichomoniasis and genital herpes (especially primary HSV-2 infection). - In most cases of cervicitis, no organism is isolated - Limited data indicate that infection with <i>M. genitalium</i> or BV and frequent douching might cause cervicitis <i>*For reasons that are unclear, cervicitis can persist despite repeated courses of antimicrobial therapy. Because most persistent cases of cervicitis are not caused by recurrent or reinfection with C. trachomatis or N. gonorrhoeae, other factors (e.g., persistent abnormality of vaginal flora, douching [or exposure to other types of chemical irritants], or idiopathic inflammation in the zone of ectopy) might be involved.</i>

¹ Difficulté à évacuer l'urine
² Douleur lors des rapports sexuels avec pénétration

1.3.Principes de traitement

GPC			
	INESSS 2015	LDC 2010 (tableau résumé)	CDC 2015
Cervicite	Pathogènes les plus fréquemment impliqués : <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i>	- Traiter pour une infection a <i>N. gonorrhoeae</i> et a <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. gonorrhoeae</i> si la prévalence locale est élevée ou lorsque les relations sexuelles ont eu lieu au sein d’une région à prévalence élevée	Presumptive therapy - Several factors should affect the decision to provide presumptive therapy for cervicitis. Presumptive treatment with antimicrobials for <i>C. trachomatis</i> and <i>N. gonorrhoeae</i> should be provided for women at increased risk (e.g., those aged <25 years and those with a new sex partner, a sex partner with concurrent partners, or a sex partner who has a sexually transmitted infection), especially if follow-up cannot be ensured or if testing with NAAT is not possible. - For women at lower risk of STDs, deferring treatment until results of diagnostic tests are available is an option. If treatment is deferred and NAATs for <i>C. trachomatis</i> and <i>N. gonorrhoeae</i> are negative, a follow-up visit to see if the cervicitis has resolved can be considered. Persistent or Recurrent Cervicitis Women with persistent or recurrent cervicitis despite having been treated should be reevaluated for possible re-exposure or treatment failure to gonorrhea or chlamydia. If relapse and/ or reinfection with a specific STD have been excluded, BV is not present, and sex partners have been evaluated and treated, management options for persistent cervicitis are undefined; in addition, the utility of repeated or prolonged administration of antibiotic therapy for persistent symptomatic cervicitis remains unknown. The etiology of persistent cervicitis including the potential role of <i>M. genitalium</i> is unclear. <i>M. genitalium</i> might be considered for cases of clinically significant cervicitis that persist after azithromycin or doxycycline therapy in which re-exposure to an infected partner or medical nonadherence is unlikely. In settings with validated assays, women with persistent cervicitis could be tested for <i>M. genitalium</i> with the decision to treat with moxifloxacin based on results of diagnostic testing. In treated women with persistent symptoms that are clearly attributable to cervicitis, referral to a gynecologic specialist can be considered.

1.4.Traitement pharmacologique du cas index

GPC				
Cervicite	INESSS 2015	LDC 2010 (tableau résumé)	HAS 2015	CDC 2015
	Adultes et Adolescents de 14 Ans ou plus, incluant les femmes enceintes ou qui allaitent⁴ 1^{er} choix : [Céfixime 800 mg, PO, en dose unique OU Ceftriaxone⁵ 250 mg, IM, en dose unique] ET Azithromycine^{7,8} 1 g, PO, en dose unique 2^{ème} choix : [Céfixime 800 mg, PO, en dose unique OU Ceftriaxone⁵ 250 mg, IM, en dose unique] ET Doxycycline¹² 100 mg, PO, BID pour 7 jours (contre-indiqué chez les femmes enceintes et celles qui allaitent) Si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline¹³ : Azithromycine^{7,8} 2 g, PO, en dose unique Notes bas tableau 4-L'ordre de présentation des antibiotiques prend en compte les données d'efficacité et d'innocuité, la résistance aux antibiotiques et la facilité du schéma d'administration. 5-Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine. Le coût de la lidocaïne utilisée comme diluant est couvert par la RAMQ avec l'emploi des codes K et L. 7-Si la personne souffre de vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine. 8- Chez les personnes de moins de 45 kg, une dose unique de 12 à 15 mg/kg et de 24 à 30 mg/kg est recommandée en remplacement d'une dose de 1 g et de 2 g respectivement. 12. L'usage de la doxycycline est contre-indiqué chez les femmes enceintes et celles qui allaitent. 13-Un traitement incluant entre autres une quinolone peut être envisagé à condition de procéder à un prélèvement pour culture de <i>N. gonorrhoeae</i> afin de s'assurer de la sensibilité du pathogène isolé (le cas échéant) à la quinolone utilisée.	Voir le chapitre « Infections à Chlamydia » 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 ». LDC 2013 (chapitre gonorrhée) Traitement recommandé des infections anogénitales ou pharyngées non compliquées chez les adultes et chez les jeunes de 9 ans et plus* Infection anogénitale (urétrale, endocervicale, vaginale, rectale) Traitement privilégié* Ceftriaxone, 250 mg, i.m., en dose unique [A-I] PLUS azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique† [B-II] OU Céfixime, 800 mg, p.o., en dose unique‡ [A-I] PLUS azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique† [B-II] Autres traitements Spectinomycine, 2 g, i.m., en dose unique [A-I] (accessible uniquement par l'entremise du PAS) PLUS azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique† [B-II] OU Azithromycine, 2 g, p.o., en dose unique§ [A-I] LDC 2013 (chapitre gonorrhée) Résistance Traitement d'association de remplacement : L'administration de 1 g d'azithromycine p.o. est préférable à l'administration de 100 mg de doxycycline p.o. b.i.d. x 7 jours à cause des taux élevés de résistance du gonocoque à la tétracycline et de l'incertitude quant à l'observance d'un schéma thérapeutique de 7 jours. LDC 2013 (chapitre gonorrhée) Quinolones Les quinolones ne devraient être employées comme traitement de remplacement que SI on dispose des résultats de l'épreuve de sensibilité aux antimicrobiens et la sensibilité aux quinolones a été démontrée; OU la résistance locale aux quinolones est inférieure à 5 % ET un test de contrôle post-traitement peut être réalisé.	Ceftriaxone 500 mg en une injection IM unique et azithromycine 1 g par voie orale en prise unique, ou doxycycline 200 mg/jour en deux prises par voie orale pendant 7 jours. Le traitement anti-gonococcique recommandé en première intention est la ceftriaxone. Le céfixime, 400 mg en une prise orale unique, doit être utilisé en dernier recours. Ce traitement peut être inactif en cas de souche de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ayant une sensibilité diminuée au céfixime. Infos complémentaires : Les fluoroquinolones ne doivent plus être utilisées en première intention pour le traitement des cervicites à <i>Neisseria gonorrhoeae</i>.	Recommended Regimens for Presumptive Treatment* Azithromycin 1 g orally in a single dose OR Doxycycline 100 mg orally twice a day for 7 days *Consider concurrent treatment for gonococcal infection if patient is at risk for gonorrhea or lives in a community where the prevalence of gonorrhea is high. Uncomplicated Gonococcal Infections of the Cervix, Urethra, and Rectum Recommended Regimen Ceftriaxone 250 mg IM in a single dose PLUS Azithromycin 1g orally in a single dose No clinical data exist to support use of doses of ceftriaxone >250 mg. Alternative Regimens If ceftriaxone is not available: Cefixime 400 mg orally in a single dose PLUS Azithromycin 1 g orally in a single dose A 400-mg oral dose of cefixime should only be considered as an <u>alternative cephalosporin</u> regimen because it does not provide as high, nor as sustained, bactericidal blood levels as a 250-mg dose of ceftriaxone. Special Considerations Allergy, Intolerance, and Adverse Reactions Data are limited regarding alternative regimens for treating gonorrhea among persons who have either a cephalosporin or IgE-mediated penicillin allergy. Potential therapeutic options are dual treatment with single doses of dual treatment with single doses of intramuscular gentamicin 240 mg plus oral azithromycin 2 g. Spectinomycin for treatment of urogenital and anorectal gonorrhea can be considered when available.

1.5.Suivi du cas index

GPC			
	INESSS 2015	HAS 2015	CDC 2015
Cervicite	Investigation supplémentaire et consultation d'un collègue expérimenté au besoin si les symptômes persistent ou réapparaissent après la fin du traitement ou en présence de lésions visibles du col.	À 3 jours, si les symptômes persistent. À 7 jours, consultation systématique de contrôle. Infos complémentaires : À J3 si les symptômes persistent : le patient doit être informé qu'il doit impérativement revenir en consultation si les symptômes persistent au 3e jour, pour éventuellement adapter le traitement aux résultats de l'antibiogramme. À J7 systématiquement, pour : - o vérifier la guérison clinique : si les signes cliniques sont encore présents, effectuer un contrôle par culture bactérienne (pour <i>N. gonorrhoeae</i>), - o donner les résultats des sérologies ou les prescrire selon les délais de séroconversion. À J21 si les symptômes persistent et si la culture à J7 est négative : effectuer un contrôle par TAAN (pour <i>N. gonorrhoeae</i> et <i>C. trachomatis</i>). En cas d'échec thérapeutique, évoquer la possibilité d'une infection par <i>Mycoplasma genitalium</i> ou à un autre agent infectieux (par exemple : <i>Trichomonas vaginalis</i>).	• Women receiving treatment should return to their provider for a follow-up visit, allowing the provider to determine whether cervicitis has resolved. • For women who are not treated, a follow-up visit gives providers an opportunity to communicate results of tests obtained as part of the cervicitis evaluation. • Additional follow-up should be conducted as recommended for the infections identified. • Women with a specific diagnosis of chlamydia, gonorrhea, or trichomonas should be offered partner services and instructed to return in 3 months after treatment for repeat testing because of high rates of reinfection, regardless of whether their sex partners were treated. • If symptoms persist or recur, women should be instructed to return for re-evaluation

1.6.Intervention auprès des partenaires

GPC			
Cervicite	INESSS 2015	HAS 2015	CDC 2015
	Intervention auprès des partenaires - Recommander une intervention clinique auprès des partenaires suivants : - ceux qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée dans les 60 jours avant la date du prélèvement ou le début des symptômes; - le plus récent partenaire de la personne infectée s’il n’y avait aucun partenaire sexuel dans les 60 jours avant la date du prélèvement ou le début des symptômes; - ceux qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée avant que celle-ci ait terminé son traitement ou moins de 7 jours après un traitement à dose unique ou avant la résolution de ses symptômes. - L’intervention auprès de chaque partenaire devrait inclure : - une évaluation clinique et des facteurs de risque; - un dépistage par des analyses de laboratoire; - un traitement, même si les résultats des analyses sont manquants ou négatifs; - une démarche visant la notification des partenaires de cette personne, si les résultats du dépistage sont positifs.	- Informers les patients des risques de nouvelle contamination, justifiant de prévenir le(s) partenaire(s) récent(s) (2 mois précédents les premiers symptômes). L’examen, le dépistage et le traitement des partenaires récents est indispensable. - Sérologies (syphilis, infection à VIH, hépatites) à prescrire en tenant compte des délais de séroconversion. La vaccination contre l’hépatite B doit être proposée à tout patient non immunisé. - Préconiser des rapports sexuels protégés (utilisation de préservatifs). Infos complémentaires : Établir un dialogue entre le médecin et le patient sur les pratiques sexuelles et leurs risques, ainsi que sur la manière de les prévenir. Au besoin, orienter le patient vers les associations de lutte contre les infections sexuellement transmissibles pour poursuivre ce dialogue d’information. Préconiser des rapports protégés (utilisation de préservatifs) : pendant 7 jours après un traitement en dose unique ou jusqu’à la fin du traitement en plusieurs prises et jusqu’à disparition des symptômes ; - de façon générale, systématiquement avec tout partenaire occasionnel ou inconnu, quelles que soient les pratiques sexuelles et le type de rapports.	- Management of sex partners of women treated for cervicitis should be appropriate for the specific STD identified or suspected. - All sex partners in the past 60 days should be referred for evaluation, testing, and presumptive treatment if chlamydia, gonorrhea, or trichomoniasis was identified or suspected in the women with cervicitis. - EPT or other effective partner referral strategies are alternative approaches to treating male partners of women who have chlamydia or gonococcal infection. To avoid reinfection, sex partners should abstain from sexual intercourse until they and their partner(s) are adequately treated (to minimize transmission and reinfection, women treated for cervicitis should be instructed to abstain from sexual intercourse until they and their partner(s) have been adequately treated (i.e., for 7 days after single-dose therapy or until completion of a 7-day regimen) and symptoms have resolved). - Women who receive a diagnosis of cervicitis should be tested for HIV and syphilis.

1.6.1. Traitement pharmacologique des partenaires

GPC			
	INESSS 2015	LDC 2010 (tableau résumé)	CDC 2015
Cervicite	Aucune exposition orale : Céfixime 800 mg, PO, en dose unique ET Azithromycine^{3,4} 1g, PO, en dose unique Exposition orale : Option A⁵ Ceftriaxone⁶ 250 mg, IM, en dose unique ET Azithromycine^{3,4} 1g, PO, en dose unique Option B⁵ Céfixime 800 mg, PO, en dose unique ET Azithromycine^{3,4} 1g, PO, en dose unique si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline : Azithromycine^{3,4} 2 g, PO, en dose unique 1-L'ordre de présentation des antibiotiques prend en compte les données d'efficacité et d'innocuité, la résistance aux antibiotiques et la facilité du schéma d'administration. 2-À la réception d'un résultat positif à <i>C. trachomatis</i> dont le génotypage confirme une lymphogranulomatose vénérienne (LGV) chez le cas index ou le partenaire, le traitement privilégié chez le partenaire asymptomatique est doxycycline 100 mg, PO, BID x 21 jours (contre-indiqué chez les femmes enceintes ou qui allaitent). Si le traitement a été débuté avec doxycycline ET que les résultats des tests de dépistage chez le partenaire s'avèrent négatifs pour <i>C. trachomatis</i>, cesser le traitement après 7 jours. 3-Si la personne souffre de vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine. 4-Chez les personnes de moins de 45 kg, une dose unique de 12 à 15 mg/kg et de 24 à 30 mg/kg est recommandée en remplacement d'une dose de 1 g et de 2 g respectivement. 5-Indicateurs pour le choix de l'option A : la disponibilité de la ceftriaxone et l'acceptabilité du mode d'administration (IM) par la personne. Indicateur pour le choix de l'option B : l'observance anticipée à une visite de contrôle advenant un résultat positif au test de dépistage. L'option B est acceptable seulement si des prélèvements pharyngés pour TAAN et culture ont été effectués chez le partenaire. 6-Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine. Le coût de la lidocaïne utilisée comme diluant est couvert par la RAMQ avec l'emploi des codes K et L.	Considérations spéciales Aller voir le chapitre « Infections à Chlamydia » 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 » Chapitre « Les infections à <i>C. trachomatis</i> » : 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 prélèvement de l'échantillon (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. Chapitre « Les infections gonococciques » 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 prélèvement de l'échantillon (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.	Management of Sex Partners All sex partners in the past 60 days should be referred for evaluation, testing, and presumptive treatment if chlamydia, gonorrhea, or trichomoniasis was identified or suspected in the women with cervicitis. EPT or other effective partner referral strategies (see Partner Services) are alternative approaches to treating male partners of women who have chlamydia or gonococcal infection.

2. Urétrite

2.1. Manifestations cliniques

GPC						
Urétrite	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2015	IUSTI 2016	HAS 2015	CDC 2015
	- Écoulement urétral intermittent ou persistant - Brûlement mictionnel intermittent ou persistant - Inconfort urétral Normalement, absence de : pollakiurie, hématurie, miction impérieuse, ténesme vésical	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. 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. • 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.	Symptoms - Urethral discharge - Dysuria - Penile irritation - Urethral discomfort - Nil Signs - Urethral discharge. This may not have been noticed by the patient or may only be present on urethral massage. - Balano-posthitis - Normal examination	SYMPTOMS - Urethral discharge - Dysuria - Penile tip irritation - Urethral discomfort and/or itch - Nil SIGNS - Urethral discharge. - Penile tip erythema - Normal examination	Homme - urétrite avec écoulement urétral - dysurie - brûlures mictionnelles Femme - cervicite avec leucorrhées - dysurie - dyspareunie Infos complémentaires : Des localisations pharyngées ou ano-rectales peuvent être associées à une urétrite.	Symptoms, if present, include dysuria; urethral pruritis; and mucoid, mucopurulent, or purulent discharge. Mucoid, mucopurulent or purulent discharge on examination.

2.2.Étiologie

GPC						
Urétrite	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2015	IUSTI 2016		CDC 2015
	Pathogènes les plus fréquemment impliqués: <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i>	Causes importantes à envisager : • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • <i>Chlamydia trachomatis</i> Autres causes possibles : • <i>Trichomonas vaginalis</i>; • Virus Herpes simplex • <i>Mycoplasma genitalium</i> • <i>Ureaplasma urealyticum</i> Autres causes moins fréquentes à envisager : • Adénovirus • <i>Candida albicans</i> • Les adolescents et adolescentes atteints d’une urétrite peuvent être erronément diagnostiqués avec une infection urinaire.	Prevalence of the most common pathogens isolated from patients with non-gonococcal urethritis (NGU). <i>C. trachomatis</i> 11%–50% <i>M. genitalium</i> 6%–50% Ureaplasmas 11%–26% <i>T. vaginalis</i> 1%–20% Adenoviruses 2%–4% Herpes simplex virus 2%–3%	Micro-organism	Prevalence	<i>C. trachomatis</i> in 15%–40% of cases <i>M. genitalium</i> , is associated with symptoms of urethritis as well as urethral inflammation and accounts for 15%–25% of NGU cases in the United States. <i>T. vaginalis</i> can cause NGU in heterosexual men, but the prevalence varies substantially by region of the United States and within specific subpopulations Enteric bacteria have been identified as an uncommon cause of NGU and might be associated with insertive anal intercourse Persistent and recurrent NGU It occurs in 15-25% of patients following initial treatment of acute NGU. The aetiology of persistent NGU is probably multifactorial with an infectious agent being identified in <50% of cases. <i>M. genitalium</i> has been identified in 20-40% and <i>C. trachomatis</i> in 10%-20% of men treated with azithromycin 1gram. <i>U. urealyticum</i> may also play a role in some men, but urethritis appears to resolve despite persistent.
				<i>C. trachomatis</i>	11-50%	
				<i>M. genitalium</i>	6-50%	
				Ureaplasmas	5-26%	
				<i>T. vaginalis</i>	1-20%	
				<i>Adenoviruses</i>	2-4%	
				<i>Herpes simplex virus</i>	2-3%	
				The commonest organisms implicated are <i>C. trachomatis</i> and <i>M. genitalium</i> , with the latter perhaps causing more symptoms.Chlamydia and <i>M. genitalium</i> are more likely to be detected in: - o Younger patients with NGU, although this association is not as strong for <i>M genitalium</i>. - o Those with a urethral discharge and/or dysuria. - o <i>C. trachomatis</i> and <i>M. genitalium</i> may be less common in men who have sex with men (MSM) than heterosexual men with NGU. - o <i>M. genitalium</i> has been associated with balano-posthitis and <i>C. trachomatis</i> with a circinate balanitis.		
				The aetiology of persistent NGU is probably multifactorial with an infectious agent being identified in <50% of cases. <i>M. genitalium</i> has been identified in 20-40% and <i>C. trachomatis</i> in 10%-20% of men treated with azithromycin 1 gram.		
				Any treatment of persistent NGU should cover <i>M. genitalium</i>, <i>T. vaginalis</i> and probably BV associated bacteria.		

2.3.Principes de traitement

GPC						
Urétrite	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2015	IUSTI 2016	CDC 2015
	Pathogènes les plus fréquemment impliqués : <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i>	Considérations spéciales 1) Urétrite récurrente ou persistante • Souvent difficile à régler • Confirmer de nouveau la présence d’une urétrite à l’aide d’un frottis et d’une coloration de Gram • Crucial de différencier l’urétrite des troubles fonctionnels • 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, 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 résistants; • d’autres causes (p. ex., infection urinaire, prostatite, phimosis, irritation chimique, rétrécissement de l’urètre, tumeurs). 2) Urétrite chez les femmes • L’urétrite causée par <i>N. gonorrhoeae</i> et <i>C. trachomatis</i> peut survenir sans cervicite • Dysurie et 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 <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i> Urétrite chez les 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 « <i>Abus sexuel à l’égard d’enfants impubères et prépubères</i> ». 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	Vu la hausse de la résistance aux antimicrobiens, une association médicamenteuse devrait être utilisée pour le traitement des cas suspects ou confirmés d’infection gonococcique présentant une urétrite : • L’association de deux médicaments ayant des mécanismes d’action différents est réputée améliorer l’efficacité du traitement et pourrait retarder l’apparition de souches de <i>N. gonorrhoeae</i> résistantes aux céphalosporines. • Le traitement d’association est aussi efficace contre les infections à Chlamydia concomitantes, qui sont fréquentes.	Treatment should be initiated as soon as the diagnosis is made and without waiting for the results of tests for chlamydia and cultures for <i>N. gonorrhoeae</i>. Ideally, treatment should be effective (microbiological cure >95%), easy to take (not more than twice daily), with a low side-effect profile, and cause minimal interference with lifestyle Azithromycin 1 g and doxycycline 100 mg bd 7 days observed that both regimens are <85% effective <i>M. genitalium</i> There is weak evidence that a prolonged course of azithromycin 500 mg stat then 250 mg daily for a further 4 days is more effective than a 1 g dose as this has not been assessed within a randomised controlled trial. In addition, the 5-day regimen does not appear to induce macrolide antimicrobial resistance. Early generations of quinolones such as ofloxacin and ciprofloxacin are not highly active against <i>M. genitalium</i>. However, newer generation quinolones such as moxifloxacin appear to have high efficacy although the numbers treated in studies have been small.	Men with severe symptoms should be treated as soon as the diagnosis is made and without waiting for the chlamydia, gonorrhoea and <i>M. genitalium</i> test results. Two recent large randomised controlled trials from the United States observed that both doxycycline and azithromycin are <85% effective with regard to clinical cure.	Persistent and Recurrent NGU Men who have persistent or recurrent NGU can be retreated with the initial regimen if they did not comply with the treatment regimen or were re-exposed to an untreated sex partner. Recent studies have shown that the most common cause of persistent or recurrent NGU is <i>M. genitalium</i>, especially following doxycycline therapy

2.4.Traitement pharmacologique du cas index

GPC							
	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2015	IUSTI 2016	HAS 2015	CDC 2015
Urétrite	1^{er} choix [Céfixime 800 mg, PO, en dose unique OU Ceftriaxone⁵ 250 mg, IM, en dose unique] ET Azithromycine^{7,8} 1 g, PO, en dose unique 2^{ème} choix [Céfixime 800 mg, PO, en dose unique OU Ceftriaxone⁵ 250 mg, IM, en dose unique] ET Doxycycline¹² 100 mg, PO, BID pour 7 jours (contre-indiqué chez les femmes enceintes et celles qui allaitent) Si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline¹³ Azithromycine^{7,8} 2 g, PO, en dose unique Notes bas tableau 4-L'ordre de présentation des antibiotiques prend en compte les données d'efficacité et d'innocuité, la résistance aux antibiotiques et la facilité du schéma d'administration. 5-Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine. Le coût de la lidocaïne utilisée comme diluant est couvert par la RAMQ avec l'emploi des codes K et L. 7-Si la personne souffre de vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine. 8- Chez les personnes de moins de 45 kg, une dose unique de 12 à 15 mg/kg et de 24 à 30 mg/kg est recommandée en remplacement d'une dose de 1 g et de 2 g respectivement. 12. L'usage de la doxycycline est contre-indiqué chez les femmes enceintes et celles qui allaitent. 13-Un traitement incluant entre autres une quinolone peut être envisagé à condition de procéder à un prélèvement pour culture de <i>N.</i>	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 jours [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 jours [A-I] OU de l'azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique si l'adhésion au traitement n'est pas garantie [A-I]. <i>*Il existe d'autres schémas thérapeutiques relatifs aux infections gonococciques et aux infections à Chlamydia trachomatis, voir les chapitres correspondants.</i> -Traitements à dose unique favorisent adhésion au traitement et sont particulièrement pratiques dans le cas de certaines populations (tels jeunes de la rue); ils sont toutefois plus coûteux. -Infections asymptomatiques fréquentes chez les hommes et devraient être traitées. Urétrite chez les enfants Pour connaître les schémas thérapeutiques pour les	Si le risque d'infection gonococcique est faible ET si le suivi peut être assuré, prescrire un traitement pour une urétrite non gonococcique (UNG), c'est-à-dire 100 mg de doxycycline par voie orale deux fois par jour pendant 7 jours OU (si l'on croit que l'observance du traitement sera faible) une seule dose de 1 g d'azithromycine par voie orale.	RECOMMENDATION A) . Doxycycline 100 mg twice daily for 7 days (Ib) Or . Azithromycin 1 g stat (Ib) (see comments below and risk of inducing macrolide antimicrobial resistance with <i>M. genitalium</i>) Or . If the patient (or their sexual partner) is known to be <i>M. genitalium</i>-positive: Azithromycin 500 mg stat then 250 mg daily for the next 4 days (B, IIb) ALTERNATIVE REGIMENS (A) . Ofloxacin 200 mg twice daily, or 400 mg once daily, for 7 days (Ib) Or . Azithromycin 500 mg stat then 250 mg daily for the next 4 days (see above) (B, IIb) Doxycycline 100mg twice daily for 7 days as first-line therapy . Is more than 95% effective in men who are chlamydia- positive. . Although only effective in less than 50% of men who are <i>M. genitalium</i>-positive there is no evidence that it induces antimicrobial resistance and thus those who fail therapy should respond to a prolonged course of azithromycin (see persistent NGU). Management of Persistent/recurrent NGU (IV, C) Preferred regimen Azithromycin 500mg stat then 250 mg daily for the next 4 days (III, B) plus	Doxycycline 100 mgs twice daily (bd) or 200 mgs once daily (od) orally for 7 days (Ib) SECOND LINE REGIMENS (III, C) Azithromycin 500 mgs single dose (stat) then 250mgs od for 4 days or Azithromycin 1 gram stat (Azithromycin 1 gram stat should not be used routinely because of the increased risk of inducing macrolide antimicrobial resistance with <i>M. genitalium</i>.) Lymecycline 300mgs bd for 10 days Tetracycline hydrochloride 500mgs bd for 10 days If patient is <i>M. genitalium</i>-positive : Azithromycin 500 mgs stat, then 250 mgs od for 4 days (see above) (III, C) Doxycycline 100 mgs bd for 7 days is > 95% effective in men who are chlamydiapositive, and as effective (70-80%) as azithromycin 1 gram in men who are <i>U. urealyticum</i>-positive. Although never evaluated, using 1 gram instead of 500 mgs on day 1 maintains the benefits of single dose therapy, and is likely to improve microbiological cure rates and reduce the risk of macrolide resistance developing in <i>M. genitalium</i>. (IV)	Le traitement recommandé associe un anti-gonococcique: ceftriaxone 500 mg en une injection IM unique, et un anti-<i>chlamydiae</i> : azithromycine 1 g par voie orale en prise unique, ou doxycycline 200 mg/jour en deux prises par voie orale pendant 7 jours. Infos complémentaires : Les fluoroquinolones ne doivent plus être utilisées en première intention pour le traitement des urétrites à <i>Neisseria gonorrhoeae</i>. Le traitement anti-gonococcique recommandé en première intention est la ceftriaxone. Le céfixime, 400 mg en une prise orale unique, doit être utilisé en dernier	Recommended Regimens Azithromycin 1 g orally in a single dose OR Doxycycline 100 mg orally twice a day for 7 days Alternative Regimens Erythromycin base 500 mg orally four times a day for 7 days OR Erythromycin ethylsuccinate 800 mg orally four times a day for 7 days OR Levofloxacin 500 mg orally once daily for 7 days OR Ofloxacin 300 mg orally twice a day for 7 days Persistent and Recurrent NGU Azithromycin 1 g orally in a single dose should be administered to men initially treated with doxycycline. Certain observational studies have shown that moxifloxacin 400 mg orally once daily for 7 days is highly effective against <i>M. genitalium</i>. Therefore, men who fail a regimen of azithromycin should be retreated with moxifloxacin 400 mg

GPC							
Ur	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2015	IUSTI 2016	HAS 2015	CDC 2015
	<i>gonorrhoeae</i> afin de s'assurer de la sensibilité du pathogène isolé (le cas échéant) à la quinolone utilisée.	enfants, voir les chapitres « Infections gonococciques » et « Infections à Chlamydia »		Metronidazole 400 mg twice daily for 5 days (IV, C) Alternative regimen Moxifloxacin 400 mg orally once daily for 10–14 days (IIIb, B) plus Metronidazole 400 mg twice daily for 5 days (IV, C) Continuing symptoms Moxifloxacin 400 mg orally once daily for 7–14 days (IIIb, B) Consider quinolone antimicrobial resistance as a cause of treatment failure in men who remain <i>M. genitalium</i> -positive after treatment with moxifloxacin.	Persistent and recurrent NGU Doxycycline prescribed as first line therapy Azithromycin 500 mgs then 250mg for the next 4 days (III, B) plus metronidazole 400 mgs twice daily for 5 days (IV, C) NB if macrolide resistant <i>M. genitalium</i> is detected moxifloxacin should be substituted for azithromycin (see below) Azithromycin prescribed first line therapy Moxifloxacin 400 mgs orally once daily for 7-14 days (IIIb, B) plus metronidazole 400 mgs twice daily for 5 days (IV, C).	recours. Ce traitement peut être inactif en cas de souche de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ayant une sensibilité diminuée au céfixime.	orally once daily for 7 days. Higher doses of azithromycin have not been found to be effective for <i>M. genitalium</i> in cases of azithromycin failure In areas where <i>T. vaginalis</i> is prevalent, men who have sex with women and have persistent or recurrent urethritis should be presumptively treated with metronidazole 2 g orally in a single dose or tinidazole 2 g orally in a single dose.

2.5.Suivi du cas index

GPC							
	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2015	IUSTI 2016	HAS 2015	CDC 2015
Urétrite	La disparition des symptômes peut prendre jusqu'à 7 jours après la fin du traitement. Une réévaluation est nécessaire si les symptômes persistent ou réapparaissent après la fin du traitement. En l'absence de résultat de laboratoire ou de signe clinique, la seule présence de symptômes ne justifie pas d'emblée l'amorce d'un nouveau traitement. Réévaluer le diagnostic et référer au besoin à un collègue expérimenté.	• 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. • La résolution des symptômes peut prendre jusqu'à 7 jours après la fin du traitement. • Patients et 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). 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.	Les patients traités pour une urétrite n'ont généralement pas besoin de suivi post-traitement, sauf si leurs symptômes persistent ou réapparaissent.	Follow-up is only indicated if chlamydia is confirmed or if the man has persistent symptoms. Patients who remain symptomatic should be asked to return to the clinic and retreated with appropriate regimen and the possibility of re-infection explored (IV, C).	Patients with persistence of any symptoms however slight at three weeks should be asked to return to the clinic and if confirmed persistent urethritis retreated with appropriate regimen (see below) and the possibility of re-infection explored. (IV, C) A test of cure 3-4 weeks after treatment in those who tested positive for <i>M genitalium</i> should be performed. If chlamydia is confirmed (see European guideline), a test of cure is not recommended to be routinely performed in uncomplicated urethritis.	À 3 jours, si les symptômes persistent. À 7 jours, consultation systématique de contrôle. Infos complémentaires : À J3 si les symptômes persistent : le patient doit être informé qu'il doit impérativement revenir en consultation si les symptômes persistent au 3e jour, pour éventuellement adapter le traitement aux résultats de l'antibiogramme. À J7 systématiquement, pour : - o vérifier la guérison clinique : si les signes cliniques sont encore présents, effectuer un contrôle par culture bactérienne (pour <i>N. gonorrhoeae</i>), - o donner les résultats des sérologies ou les prescrire selon les délais de séroconversion. À J21 si les symptômes persistent et si la culture à J7 est négative : effectuer un contrôle par TAAN (pour <i>N. gonorrhoeae</i> et <i>C. trachomatis</i>). En cas d'échec thérapeutique, évoquer la possibilité d'une infection par <i>Mycoplasma genitalium</i> ou à un autre agent infectieux (par exemple : <i>Trichomonas vaginalis</i>).	with a specific diagnosis of chlamydia, gonorrhea, or trichomonas should be offered partner services and instructed to return 3 months after treatment for repeat testing because of high rates of reinfection. VOIR TEST DE CONTRÔLE If symptoms persist or recur after completion of therapy, men should be instructed to return for re-evaluation.

2.6.Intervention auprès des partenaires

	GPC					
	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2015	IUSTI 2016	HAS 2015	CDC 2015
Urétrite	Intervention auprès des partenaires - Recommander une intervention clinique auprès des partenaires suivants : - ceux qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée dans les 60 jours avant la date du prélèvement ou le début des symptômes; le plus récent partenaire de la personne infectée s’il n’y avait aucun partenaire sexuel dans les 60 jours avant la date du prélèvement ou le début des symptômes; - ceux qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée avant que celle-ci ait terminé son traitement ou moins de 7 jours après un traitement à dose unique ou avant la résolution de ses symptômes. - L’intervention auprès de chaque partenaire devrait inclure : - une évaluation clinique et des facteurs de risque; - un dépistage par des analyses de laboratoire; - un traitement, même si les résultats des analyses sont manquants ou négatifs; - une démarche visant la notification des partenaires de cette personne, si les résultats du dépistage sont positifs.	- L’urétrite causée par certains agents (p. ex., <i>C. trachomatis</i>, <i>N. gonorrhoeae</i>) est une maladie à déclaration obligatoire au Canada. - 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 prélèvement de l’échantillon (si asymptomatique) devrait être retracé. - La période de traçabilité devrait être prolongée: 1) pour couvrir le temps additionnel jusqu’à la date du traitement; 2) si le cas index indique qu’il n’avait pas de partenaire pendant la période de traçabilité recommandée, le dernier partenaire doit alors être avisé; 3) si tous les partenaires retracés (selon la période de traçabilité recommandée) ont des résultats négatifs, alors le partenaire avant la période de traçabilité doit être avisé. - Les partenaires devraient se soumettre à une évaluation clinique, y compris les tests de dépistage et un traitement devrait être envisagé. - 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 possible. Patients et 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).	The duration of ‘look back’ is arbitrary; 4 weeks is suggested for symptomatic men (see BASHH Statement Partner Notification).	The duration of “look back” is arbitrary; 4 weeks is suggested for symptomatic men. Partner(s) notification and management should be carried out with sensitivity, considering socio-cultural issues and avoiding stigma. Current partner(s) should be tested and treated and the patient advised not to be sexually active until all have completed treatment.	Informers les patients des risques de nouvelle contamination, justifiant de prévenir le(s) partenaire(s) récent(s) (2 mois précédents les premiers symptômes). L’examen, le dépistage et le traitement des partenaires récents est indispensable.	All sex partners of men with NGU within the preceding 60 days should be referred for evaluation, testing, and presumptive treatment with a drug regimen effective against chlamydia

2.6.1. Traitement pharmacologique des partenaires asymptomatiques

	GPC				
	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2015	IUSTI 2016	CDC 2015
Urétrite	Aucune exposition orale : Céfixime 800 mg, PO, en dose unique ET Azithromycine^{3,4} 1g, PO, en dose unique Exposition orale : Option A⁵ Ceftriaxone⁶ 250 mg, IM, en dose unique ET Azithromycine^{3,4} 1g, PO, en dose unique Option B⁵ Céfixime 800 mg, PO, en dose unique ET Azithromycine^{3,4} 1g, PO, en dose unique si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline : Azithromycine^{3,4} 2 g, PO, en dose unique 1-L'ordre de présentation des antibiotiques prend en compte les données d'efficacité et d'innocuité, la résistance aux antibiotiques et la facilité du schéma d'administration. 2-À la réception d'un résultat positif à <i>C. trachomatis</i> dont le génotypage confirme une lymphogranulomatose vénérienne (LGV) chez le cas index ou le partenaire, le traitement privilégié chez le partenaire asymptomatique est doxycycline 100 mg, PO, BID x 21 jours (contre-indiqué chez les femmes enceintes ou qui allaitent). Si le traitement a été débuté avec doxycycline ET que les résultats des tests de dépistage chez le partenaire s'avèrent négatifs pour <i>C. trachomatis</i>, cesser le traitement après 7 jours. 3-Si la personne souffre de vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine. 4-Chez les personnes de moins de 45 kg, une dose unique de 12 à 15 mg/kg et de 24 à 30 mg/kg est recommandée en remplacement d'une dose de 1 g et de 2 g respectivement. 5-Indicateurs pour le choix de l'option A : la disponibilité de la ceftriaxone et l'acceptabilité du mode d'administration (IM) par la personne. Indicateur pour le choix de l'option B : l'observance anticipée à une visite de contrôle advenant un résultat positif au test de dépistage. L'option B est acceptable seulement si des prélèvements pharyngés pour TAAN et culture ont été effectués chez le partenaire. 6-Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine. Le coût de la lidocaïne utilisée comme diluant est couvert par la RAMQ avec l'emploi des codes K et L.	Les partenaires devraient se soumettre à une évaluation clinique, y compris les tests de dépistage et un traitement devrait être envisagé, voir la Figure 1 dans le présent chapitre.	All sexual partners at risk should be assessed and offered epidemiological treatment, maintaining patient confidentiality	All sexual partners at risk should be assessed and offered epidemiological treatment, maintaining patient confidentiality.	and presumptive treatment with a drug regimen effective against chlamydia

3. Épididymite/orchi-épididymite

3.1. Manifestations cliniques

	GPC				
	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
Épididymite/orchi-épididymite	• Douleur testiculaire habituellement unilatérale (apparaissant généralement de façon progressive) • Sensibilité du testicule à la palpation • Tuméfaction palpable de l'épididyme • Écoulement urétral • Hydrocèle • Érythème ou œdème du scrotum sur le côté affecté • Fièvre	• douleurs testiculaires unilatérales et une sensibilité à la palpation. • les douleurs apparaissent de façon progressive. - o une sensibilité du testicule touché à la palpation; - o une tuméfaction palpable de l'épididyme; - o un écoulement urétral; - o une hydrocèle; - o de l'érythème et (ou) de l'œdème du scrotum sur le côté affecté; - o de la fièvre.	• Patients with epididymo-orchitis present characteristically with unilateral scrotal pain and swelling of relatively acute onset • Tenderness to palpation on the affected side • Palpable swelling of the epididymis starting with the tail at the lower pole of the testis and spreading towards the head at the upper pole of the testis +/- involvement of the testicle. • There may also be: - o urethral discharge - o secondary hydrocoele - o erythema and/or oedema of the scrotum on the affected side - o pyrexia	• symptoms: acute onset, usually unilateral scrotal pain +/- swelling • symptoms of urethritis- urethral discharge, dysuria, penile irritation but patients can be asymptomatic • symptoms of urinary tract infection – dysuria, frequency, urgency • unilateral swelling and tenderness of epididymis +/- testes, usually beginning in the tail of the epididymis and spreading to involve the whole of the epididymis and testes. • Other signs: - o urethral discharge - o hydrocoele - o erythema +/- oedema of scrotum - o pyrexia	• pain, • swelling, and • inflammation of the epididymis that lasts <6 weeks. Chronic epididymitis is characterized by a ≥6 week history of symptoms of discomfort and/or pain in the scrotum, testicle, or epididymis. Because high fever is uncommon and indicates a complicated infection, hospitalization for further evaluation is recommended.
Définition	2. L'orchi-épididymite désigne principalement l'inflammation de l'épididyme et du testicule.			Epididymo-orchitis is an inflammatory process of the epididymis +/- testes	• pain, • swelling, and • inflammation of the epididymis that lasts <6 weeks Sometimes the testis is also involved— a condition referred to as epididymo-orchitis.

Épididymite	GPC				
	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
Torsion testiculaire	3. Dans tous les cas de douleur aiguë du testicule, la possibilité d'une torsion du testicule (plus fréquente chez les hommes de moins de 20 ans) devrait être envisagée. Elle constitue une urgence chirurgicale.	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. 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.	• Torsion of the spermatic cord (testicular torsion) is the most important differential diagnosis. It is a surgical emergency. It should be considered in all patients and should be excluded first as testicular salvage IS REQUIRED WITHIN 6 HOURS and becomes decreasingly likely with time • Torsion is more common in men who are younger than 20 years but it is important to recognise it can occur at any age • A painful swollen testicle in an adolescent boy or a young man should be managed as torsion until proven otherwise but if an infective cause cannot be excluded, antibiotics should be prescribed in addition to the surgical referral. • Torsion is more likely if the onset of pain is acute (typically around four hours at presentation) and the pain is severe • Differentiation between epididymo-orchitis and testicular torsion on clinical examination may be difficult and if any doubt exists then urgent surgical exploration is advocated.	Testicular torsion is a surgical emergency. If a young man or adolescent presents with a painful swollen testicle of sudden onset then the diagnosis is testicular torsion until proven otherwise. The patient should be promptly referred to urologist. Testicular salvage is required within six hours and the likelihood of a good outcome decreases with time. Empiric antibiotics should also be issued in these circumstances. Torsion is more likely if • patient is under 20 years (but can occur at any age) • the pain is sudden (within hours) • the pain is severe • preliminary tests do not show urethritis or likely urinary tract infection (UTI).	A high index of suspicion for spermatic cord (testicular) torsion must be maintained in men who present with a sudden onset of symptoms associated with epididymitis, as this condition is a surgical emergency.

3.2. Étiologie

	GPC					
	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
Épididymite/orchi-épididymite	Deux types d'infections, avec des étiologies différentes, sont possibles : • ITSS (très probablement causée par <i>C. trachomatis</i> ou <i>N. gonorrhoeae</i>), souvent rencontrée en présence de facteurs de risque d'ITSS OU • Infection acquise notamment lors de manipulations urologiques (très probablement causée par des bâtonnets Gram négatif parfois impliqués dans une infection urinaire)	• Chez les hommes de moins de 35 ans, 2/3 des cas causés par <i>Chlamydia trachomatis</i> ou <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • Chez les hommes de plus de 35 ans, elle est causée par des coliformes ou par <i>Pseudomonas</i> dans 75 % des cas. Hommes de moins de 35 ans • Causes habituelles : <i>C. trachomatis</i>, <i>N. gonorrhoeae</i> • Causes inhabituelles : coliformes, <i>P. aeruginosa</i>, <i>Mycobacterium tuberculosis</i> Hommes de plus de 35 ans • Facteur prédisposant : urétrite transmise sexuellement • Causes habituelles : coliformes, <i>P. aeruginosa</i> • Causes inhabituelles : <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>C. trachomatis</i>, <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	• Une infection à <i>N. gonorrhoeae</i> ou à <i>Chlamydia trachomatis</i> devrait être considérée comme la cause d'une épididymite aiguë chez tous les hommes actifs sexuellement, en particulier chez ceux de moins de 35 ans. • Les coliformes sont une cause fréquente d'épididymite aiguë chez les hommes sexuellement actifs de tous les groupes d'âge qui ont des relations sexuelles anales insertives non protégées.	• Under 35 years - most often a sexually transmitted pathogen such as <i>Chlamydia trachomatis</i> and <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • Over 35 years - most often non-sexually transmitted Gram negative enteric organisms causing urinary tract infections Particular risks include recent instrumentation or catheterisation • Men who engage in insertive anal intercourse are at risk of epididymitis secondary to sexually transmitted enteric organisms • <i>Ureaplasma urealyticum</i> is found in men with epididymo-orchitis, often in association with <i>N. gonorrhoeae</i> or <i>C trachomatis</i> infection. Evidence supporting it as a common cause of epididymo-orchitis is lacking • <i>Mycoplasma genitalium</i> might cause some cases of epididymo-orchitis but evidence for this is so far lacking	Sexually transmitted infections predominantly in the young <i>Neisseria gonorrhoeae</i>-<i>Chlamydia trachomatis</i>-predominantly in the young Gram negative enteric organisms – in men engaging in insertive anal intercourse Non- sexually transmitted infections Gram negative enteric organisms- risk factors include obstructive urinary disease, urinary tract surgery or instrumentation.	• Among sexually active men aged <35 years, acute epididymitis is most frequently caused by <i>C. trachomatis</i> or <i>N. gonorrhoeae</i>. • Acute epididymitis caused by sexually transmitted enteric organisms (e.g., <i>Escherichia coli</i>) also occurs among men who are the insertive partner during anal intercourse. • In men aged ≥35 years who do not report insertive anal intercourse, sexually transmitted acute epididymitis is less common. In this group, the epididymis usually becomes infected in the setting of bacteriuria secondary to bladder outlet obstruction (e.g., benign prostatic hyperplasia) • In older men, nonsexually transmitted acute epididymitis is also associated with prostate biopsy, urinary tract instrumentation or surgery, systematic disease and/or immunosuppression.

3.3.Principes de traitement

GPC				
Épididymite/orchi- épididymite	INESSS 2015	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
	Évaluer la probabilité des deux types d’infections avant de commencer le traitement. En cas de doute, toujours traiter comme une ITSS.	The antibiotic regimen chosen should be determined in light of the immediate tests (urethral or FPU smear, urinalysis) as well as age, sexual history including insertive anal intercourse, any recent instrumentation or catheterisation and any known urinary tract abnormalities in the patient. Consulter le « Clinical Care pathway » pour distinguer les types d’épididymite (STI ou non STI). Higher risk of STI or lower risk of STI ?	Therapy- empiric antibiotics according to the likelihood of a sexually transmitted or uropathogen. Choose regime based on immediate tests- urethral/fpu smear, urinalysis. Take into account age, sexual history, recent surgery/ catheterisation, any known urinary tract abnormalities, the local prevalence of gonorrhoea and antibiotic resistance patterns.	presumptive therapy is indicated at the time of the visit before all laboratory test results are available. Selection of presumptive therapy is based on risk for chlamydia and gonorrhea and/or enteric organisms. Although most men with acute epididymitis can be treated on an outpatient basis, referral to a specialist and hospitalization should be considered when severe pain or fever suggests other diagnoses (e.g., torsion, testicular infarction, abscess, and necrotizing fasciitis) or when men are unable to comply with an antimicrobial regimen Because high fever is uncommon and indicates a complicated infection, hospitalization for further evaluation is recommended.

3.4.Traitement pharmacologique du cas index

GPC						
Épididymite/orchi-épididymite : traitement si ITSS	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
	Adultes et adolescents de 14 ans et plus en présence de facteurs de risque d’ITSS : Ceftriaxone^{5, 6} 250 mg, IM, en dose unique ET Doxycycline⁶ 100 mg, PO, BID pour 10 à 14 jours En l’absence de facteurs de risque d’ITSS ou dans un contexte de manipulations urologiques⁹, consulter un collègue expérimenté. 6-Ce produit est recommandé dans les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, bien qu’il n’ait pas reçu l’homologation par Santé Canada pour cette indication. 9-Un prélèvement pour la détection de <i>C. trachomatis</i> ou <i>N. gonorrhoeae</i> et une culture d’urine devront être effectués avant le début du	Épididymite très probablement causée par une infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> ou au gonocoque : 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 Ciprofloxacine 500 mg, p.o., en dose unique† [A-I] • † Dû à l’augmentation rapide de la <i>N. gonorrhoeae</i> résistante aux quinolones, les quinolones tels que la ciprofloxacine et	• Si ITSS : 250 mg de ceftriaxone PLUS la prise par voie orale de 100 mg de doxycycline deux fois par jour pendant 10 à 14 jours. Vu l’augmentation rapide des souches de <i>N. gonorrhoeae</i> résistantes aux quinolones, les quinolones telles que la ciprofloxacine ne sont plus recommandées dans le traitement des infections gonococciques au Canada, à moins que les taux locaux de	For epididymo-orchitis most probably due to any sexually transmitted pathogen: Ceftriaxone 500mg intramuscularly single dose (III, B), plus Doxycycline 100mg by mouth twice daily for 10-14 days (III, B) If most probably due to chlamydia or other non-gonococcal organisms (i.e. where gonorrhoea considered unlikely as microscopy is negative for Gram negative intracellular diplococci and no risk factors for gonorrhoea identified*) could consider: Doxycycline 100mg by mouth twice daily for 10-14 days (III, B) or Ofloxacin 200mg by mouth twice daily for 14 days (IIb, B) *Common risk factors for gonorrhoea are: previous <i>N. gonorrhoeae</i> infection; known contact of gonorrhoea; presence of purulent urethral discharge, men who have sex with men and black	Sexually transmitted epididymo-orchitis First line choice Ceftriaxone 500mg intramuscular injection IIB PLUS Doxycycline 100mg bd for 10 to 14 days IIB OR Second line choice Ofloxacin 200mg bd for 14 days IIB or levofloxacin 500mg od for 10 days IIB Points to note and consider 1. Where gonorrhoea is considered unlikely; i.e. urethral /FPU microscopy negative for gram negative intracellular diplococci (GNID), no risk factors for gonorrhoea identified (absence of all of the following - a purulent urethral discharge, known contact of GC, MSM, black ethnicity) and in countries/ populations where there is known to be a very low	• STI : : Ceftriaxone 250 mg IM in a single dose PLUS Doxycycline 100 mg orally twice a day for 10 days • For acute epididymitis most likely caused by sexually-transmitted chlamydia and gonorrhea and enteric organisms (men who practice insertive anal sex) : Ceftriaxone 250 mg IM in a single dose PLUS Levofloxacin 500 mg orally once a day for 10 days OR Ofloxacin 300 mg orally twice a day for 10 days Therapy including levofloxacin or ofloxacin should be considered if the infection is most likely caused by enteric organisms and gonorrhea has been ruled out by gram, MB, or GV stain. This includes men who have undergone prostate biopsy, vasectomy, and other urinary-tract instrumentation procedures. Complete resolution of discomfort might not occur until a few weeks after completion of the antibiotic regimen. HIV Infection

GPC						
p	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
	traitement. 10-II existe une mise en garde quant à l'utilisation des quinolones chez les moins de 18 ans. Consulter un collègue expérimenté. 11-Ce produit est recommandé dans les lignes directrices américaines. Il n'a pas reçu l'homologation par Santé Canada pour cette indication.	l'ofloxacin ne sont plus les médicaments privilégiés pour le traitement des infections gonococciques au Canada.	résistance soient inférieurs à 5 %. La ciprofloxacine sera retirée des options thérapeutiques du tableau 2 dans le chapitre Épididymite actuel.	ethnicity	gonorrhoea prevalence, omitting ceftriaxone or using ofloxacin could be considered. Ofloxacin treats <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> and most uropathogens with good penetration into the prostate. However, it is not first line treatment for <i>N. gonorrhoeae</i> due to increasing bacterial resistance to quinolones 2. Ciprofloxacin does not effectively treat chlamydia	Men with HIV infection who have uncomplicated acute epididymitis should receive the same treatment regimen as those who are HIV negative. Other etiologic agents have been implicated in acute epididymitis in men with HIV infection, including CMV, salmonella, toxoplasmosis, <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Corynebacterium</i> sp., <i>Mycoplasma</i> sp., and <i>Mima polymorpha</i> . Fungi and mycobacteria also are more likely to cause acute epididymitis in men with HIV infection than in those who are immunocompetent.

	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
Épididymite/orchi- épididymite : traitement si origine entérique	en l'absence de facteurs de risque d'ITSS ou dans un contexte de manipulations urologiques⁹ : Lévofloxacine ^{10, 11} 500 mg, PO, DIE pour 10 jours	Épididymite très probablement causée par des agents entéropathogènes : Ofloxacin 200 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours [A-I]	Si un organisme entérique est suspectée, le traitement recommandé est l'ofloxacin 200 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours.	For epididymo-orchitis most probably due to enteric organisms: Ofloxacin 200mg by mouth twice daily for 14 days (Iib, B) or Ciprofloxacin 500mg by mouth twice daily for 10 days (Ib, A). In those with severe epididymo-orchitis or features suggestive of bacteraemia in-patient intravenous broad-spectrum therapy directed towards coliforms and <i>Pseudomonas aeruginosa</i> should be considered – cefuroxime 1.5g tds +/- gentamicin for 3-5 days until fever subsides and in those with severe allergy to penicillin – ciprofloxacin 500mg bd.	Epididymo-orchitis most likely secondary to enteric organisms Ofloxacin 200mg bd for 14 days IIB OR Ciprofloxacin 500mg bd for 10 days IA	For acute epididymitis most likely caused by enteric organisms : Levofloxacin 500 mg orally once daily for 10 days OR Ofloxacin 300 mg orally twice a day for 10 days

	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	CDC 2015
Épididymite/orchi- épididymite : traitement si allergie	en présence de facteurs de risque d'ITSS : si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline, consulter un collègue expérimenté. Un traitement incluant entre autres une quinolone peut être envisagé à condition de procéder à un prélèvement pour culture de <i>N. gonorrhoeae</i> afin de s'assurer de la sensibilité du pathogène isolé (le cas échéant) à la quinolone utilisée.	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. Il est recommandé de consulter un collègue expérimenté chez les patients qui ont les contre-indications au traitement par les céphalosporines et les quinolones	La consultation d'un collègue expérimenté est recommandée pour les cas suspects ou confirmés d'épididymite gonococcique lorsque le traitement par une céphalosporine est contre-indiqué.	For epididymo-orchitis of all causes where the patient is allergic to cephalosporins and/or tetracyclines: Ofloxacin 200mg by mouth twice daily for 14 days (Iib, B)	The cross reactivity between penicillins and cephalosporins is <2.5% in persons with a history of penicillin allergy. The risk for penicillin cross-reactivity is highest with first-generation cephalosporins, but is negligible between most second-generation (cefoxitin) and all third generation (ceftriaxone) cephalosporins (see Management of Persons with a History of Penicillin Allergy). Alternative regimens have not been studied; therefore, clinicians should consult infectious-disease specialists if such regimens are required .

3.5.Suivi du cas index

GPC						
	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI	CDC 2015
Épididymite/orchi-épididymite	Des signes et symptômes qui ne s'améliorent pas 2 ou 3 jours après le début du traitement requièrent une réévaluation du diagnostic et du traitement. La personne devrait être réexaminée environ 1 mois après la fin du traitement afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'anomalies testiculaires nouvelles ou persistantes.	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 <i>N. gonorrhoeae</i> et de <i>C. trachomatis</i> .	Tous les patients traités pour une épididymite devraient voir leur état s'améliorer dans les 48 heures suivant le début du traitement; ceux sans amélioration, devraient être réévalués afin que le diagnostic et le traitement initiaux soient revus.	If there is no improvement in the patient's condition after 3 days , the diagnosis should be reassessed and therapy re-evaluated. Further follow-up is recommended at 2 weeks to assess compliance with treatment, partner notification and improvement of symptoms. If the patient was gonorrhoea positive, a test of cure should be performed. If the test of cure is by culture this should be performed at least 72 hours after completion of antimicrobial therapy. Although there is currently insufficient evidence to determine the best time to conduct a test of cure with a NAAT, 3 weeks after completion of treatment seems reasonable . Other investigations which could be considered include: ➤ All patients with sexually transmitted epididymo-orchitis should be screened for other sexually transmitted infections . Consulter le « Clinical Care pathway » pour distinguer les types d'épididymite (STI ou non STI). Symptomes should be improving after 3 days Further review at 2 weeks Check laboratory result If gonorrhoea positive needs TOC	- At 3 days if no improvement in symptoms, the patient should be seen for clinical review and the diagnosis should be re-assessed. - At 2 weeks for compliance check, assessment of symptoms, repeat NAAT and partner notification. This could be done by telephone but if the patient has persisting symptoms , arrangements should be made for clinical review.	• should be tested for <i>C. trachomatis</i> and for <i>N. gonorrhoeae</i> by NAAT. Urine is the preferred specimen for NAAT testing in men • Urine cultures for chlamydia and gonococcal epididymitis are insensitive and are not recommended. • Urine bacterial culture might have a higher yield in men with sexually transmitted enteric infections and in older men with acute epididymitis caused by genitourinary bacteriuria. Men should be instructed to return to their health-care providers if their symptoms fail to improve within 72 hours of the initiation of treatment. Signs and symptoms of epididymitis that do not subside within 3 days require re-evaluation of the diagnosis and therapy. Men who experience swelling and tenderness that persist after completion of antimicrobial therapy should be evaluated for alternative diagnoses, including tumor, abscess, infarction, testicular cancer, tuberculosis, and fungal epididymitis. All men with acute epididymitis should be tested for other STDs, including HIV.

3.6.Intervention auprès des partenaires

GPC					
Épididymite/orchi-épididymite	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
	Intervention auprès des partenaires - Recommander une intervention clinique auprès des partenaires suivants : - ceux qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée dans les 60 jours avant la date du prélèvement ou le début des symptômes; - le plus récent partenaire de la personne infectée s’il n’y avait aucun partenaire sexuel dans les 60 jours avant la date du prélèvement ou le début des symptômes; - ceux qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée avant que celle-ci ait terminé son traitement ou moins de 7 jours après un traitement à dose unique ou avant la résolution de ses symptômes. - L’intervention auprès de chaque partenaire devrait inclure : - une évaluation clinique et des facteurs de risque; - un dépistage par des analyses de laboratoire; - un traitement, même si les résultats des analyses sont manquants ou négatifs; - une démarche visant la notification des partenaires de cette personne, si les résultats du dépistage sont positifs. La direction de santé publique régionale peut offrir son soutien quant au processus de notification des partenaires et diriger ceux-ci vers les ressources compétentes pour l’évaluation clinique, les analyses de laboratoire, le traitement et l’adoption de pratiques sexuelles sécuritaires.	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.	Partner notification and treatment is recommended for all patients with epididymo-orchitis secondary to gonorrhoea, chlamydia and NGU or of indeterminate aetiology and subsequent MSU negative. Please refer to appropriate sections of these guidelines for approach to partner notification. All partners should be treated epidemiologically [IV B]. This will prevent illness and complications in the contact and will also prevent reinfection of the index patient. BASHH statement on partner notification for sexually transmissible infections Epididymo-orchitis : Use the look-back intervals for chlamydial infection or gonorrhoea, if these are detected. If these infections are not detected, the look-back interval is for all contacts since, and in the six months prior to, the onset of symptoms* *If there have been no sexual contacts in these intervals: the most recent sexual contact beyond this interval Epidemiological treatment : YES	Table 1 : Period to trace contacts (from onset of symptoms) : 6 months	Management of Sex Partners Men who have acute sexually transmitted epididymitis confirmed or suspected to be caused by <i>N. gonorrhoeae</i> or <i>C. trachomatis</i> should be instructed to refer for evaluation, testing, and presumptive treatment all sex partners with whom they have had sexual contact within the 60 days preceding onset of symptoms (see Chlamydial Infections and Gonorrheal Infections). If the last sexual intercourse was >60 days before onset of symptoms or diagnosis, the most recent sex partner should be treated. Arrangements should be made to link female partners to care. EPT and enhanced referral (see Partner Services) are effective strategies for treating female sex partners of men who have chlamydia or gonorrhea for whom linkage to care is anticipated to be delayed. Partners should be instructed to abstain from sexual intercourse until they and their sex partners are adequately treated and symptoms have resolved.

3.6.1. Traitement pharmacologique des partenaires

GPC					
Épididymite/orchi-épididymite	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
	Aucune exposition orale : Céfixime 800 mg, PO, en dose unique ET Azithromycine^{3,4} 1g, PO, en dose unique Exposition orale : Option A⁵ Ceftriaxone⁶ 250 mg, IM, en dose unique ET Azithromycine^{3,4} 1g, PO, en dose unique Option B⁵ Céfixime 800 mg, PO, en dose unique ET Azithromycine^{3,4} 1g, PO, en dose unique si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline : Azithromycine^{3,4} 2 g, PO, en dose unique 1-L’ordre de présentation des antibiotiques prend en compte les données d’efficacité et d’innocuité, la résistance aux antibiotiques et la facilité du schéma d’administration. 2-À la réception d’un résultat positif à <i>C. trachomatis</i> dont le génotypage confirme une lymphogranulomatose vénérienne (LGV) chez le cas index ou le partenaire, le traitement privilégié chez le partenaire asymptomatique est doxycycline 100 mg, PO, BID x 21 jours (contre-indiqué chez les femmes enceintes ou qui allaitent). Si le traitement a été débuté avec doxycycline ET que les résultats des tests de dépistage chez le partenaire s’avèrent négatifs pour <i>C. trachomatis</i>, cesser le traitement après 7 jours. 3-Si la personne souffre de vomissements dans l’heure suivant l’administration de l’azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d’azithromycine. 4-Chez les personnes de moins de 45 kg, une dose unique de 12 à 15 mg/kg et de 24 à 30 mg/kg est recommandée en remplacement d’une dose de 1 g et de 2 g respectivement. 5-Indicateurs pour le choix de l’option A : la disponibilité de la ceftriaxone et l’acceptabilité du mode d’administration (IM) par la personne. Indicateur pour le choix de l’option B : l’observance anticipée à une visite de contrôle advenant un résultat positif au test de dépistage. L’option B est acceptable seulement si des prélèvements pharyngés pour TAAN et culture ont été effectués chez le partenaire. 6-Pour diminuer l’inconfort associé à l’injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine. Le coût de la lidocaïne utilisée comme diluant est couvert par la RAMQ avec l’emploi des codes K et L.	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.	Partner notification and treatment is recommended for all patients with epididymo-orchitis secondary to gonorrhoea, chlamydia and NGU or of indeterminate aetiology and subsequent MSU negative. All partners should be treated epidemiologically [IV B]. This will prevent illness and complications in the contact and will also prevent reinfection of the index patient.	Table 1 : Epidemiological treatment : yes In some cases of STI, when a person is a known contact of infection, practitioners decide to give epidemiological treatment which is therapy administered in advance of laboratory confirmation of the infection (grade C, level IV).	Management of Sex Partners Men who have acute sexually transmitted epididymitis confirmed or suspected to be caused by <i>N. gonorrhoeae</i> or <i>C. trachomatis</i> should be instructed to refer for evaluation, testing, and presumptive treatment all sex partners with whom they have had sexual contact within the 60 days preceding onset of symptoms (see Chlamydial Infections and Gonorrheal Infections). If the last sexual intercourse was >60 days before onset of symptoms or diagnosis, the most recent sex partner should be treated. Arrangements should be made to link female partners to care. EPT and enhanced referral (see Partner Services) are effective strategies for treating female sex partners of men who have chlamydia or gonorrhea for whom linkage to care is anticipated to be delayed.

4. Atteinte inflammatoire pelvienne (AIP)

4.1. Manifestations cliniques

GPC					
Atteinte inflammatoire pelvienne (AIP)	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
	Les manifestations suivantes, en plus de celles associées à la cervicite, suggèrent un diagnostic d’AIP : • Sensibilité abdominale basse, aux annexes ou à la mobilisation du col de l’utérus • Température orale supérieure à 38,3 °C • Dyspareunie profonde Une infection récente par <i>C. trachomatis</i> ou <i>N. gonorrhoeae</i> chez la femme ou ses partenaires augmente l’indice de suspicion d’une AIP. L’absence de détection de ces pathogènes, à partir des prélèvements effectués lors de l’évaluation clinique, n’exclut pas le diagnostic d’une AIP. 1-Les syndromes ne se présentent pas toujours par l’ensemble des manifestations cliniques énumérées dans le tableau.	• une température supérieure à 38 °C (tiers). • sensibilité abdominale basse bilatérale • sensibilité à l’utérus ou • sensibilité aux annexes³ et à la mobilisation du col. • Le diagnostic clinique des AIP étant imprécis, les cliniciens ont besoin d’avoir un indice de suspicion élevé. • 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’AIP.	• lower abdominal pain which is typically bilateral • deep dyspareunia • abnormal vaginal bleeding, including post coital, inter-menstrual and menorrhagia • abnormal vaginal or cervical discharge which is often purulent • lower abdominal tenderness which is usually bilateral • adnexal tenderness on bimanual vaginal examination • cervical motion tenderness on bimanual vaginal examination • fever (>38°C)	• lower abdominal pain – usually bilateral • deep dyspareunia – particularly of recent onset • abnormal bleeding – intermenstrual bleeding, post coital bleeding and menorrhagia can occur secondary to associated cervicitis and endometritis • abnormal vaginal or cervical discharge – as a result of associated cervicitis, endometritis or bacterial vaginosis • lower abdominal tenderness • adnexal tenderness on bimanual vaginal examination • cervical motion tenderness on bimanual vaginal examination • fever (>38C) PID may be symptomatic or asymptomatic. Even when present, clinical symptoms and signs lack sensitivity and specificity (the positive predictive value of a clinical diagnosis is 65–90% compared to laparoscopic diagnosis).	Presumptive treatment for PID should be initiated in sexually active young women and other women at risk for STDs if they are experiencing pelvic or lower abdominal pain, if no cause for the illness other than PID can be identified, and if one or more of the following minimum clinical criteria are present on pelvic examination: • cervical motion tenderness or • uterine tenderness or • adnexal tenderness. One or more of the following additional criteria can be used to enhance the specificity of the minimum clinical criteria and support a diagnosis of PID: • oral temperature >101°F (>38.3°C); • abnormal cervical mucopurulent discharge or cervical friability; • presence of abundant numbers of WBC on saline microscopy of vaginal fluid; • elevated erythrocyte sedimentation rate; • elevated C-reactive protein; and • laboratory documentation of cervical infection with <i>N. gonorrhoeae</i> or <i>C. trachomatis</i>. Mild or nonspecific symptoms or signs (e.g., abnormal bleeding, dyspareunia, and vaginal discharge). Many episodes of PID go unrecognized. or asymptomatic

³ Les annexes utérines incluent les ovaires et les trompes de Fallope.

4.2.Étiologie

GPC					
	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
AIP	Les schémas thérapeutiques doivent couvrir un large spectre de pathogènes éventuels incluant les ITSS, en plus de tenir compte de la nature polymicrobienne des AIP.	• plus d'un micro-organisme. Micro-organismes transmis sexuellement • <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • Virus et protozoaires (rares) : virus Herpes simplex, <i>Trichomonas vaginalis</i> Micro-organismes endogènes • Mycoplasmes des voies génitales : - o <i>Mycoplasma genitalium</i>, <i>Mycoplasma hominis</i>, <i>Ureaplasma urealyticum</i> Bactéries anaérobies • <i>Bacteroides spp</i>, <i>Peptostreptococcus spp</i>, <i>Prevotella spp</i> Bactéries aérobies facultatives • <i>Escherichia coli</i>, <i>Gardnerella vaginalis</i>, <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Streptococcus spp</i>	• <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • and <i>Chlamydia trachomatis</i> • <i>Gardnerella vaginalis</i>, • anaerobes (including Prevotella, Atopobium and Leptotrichia) • other organisms commonly found in the vagina. • <i>Mycoplasma genitalium</i>	• <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • <i>Chlamydia trachomatis</i> • <i>Mycoplasma genitalium</i> • anaerobes • Vaginal flora including streptococci, staphylococci, E. coli and H. influenzae	• <i>N. gonorrhoeae</i> • <i>C. trachomatis</i>, • vaginal flora (e.g., anaerobes, <i>G. vaginalis</i>, <i>Haemophilus influenzae</i>, enteric Gram-negative rods, and <i>Streptococcus agalactiae</i>) • cytomegalovirus (CMV), <i>M. hominis</i>, <i>U. urealyticum</i>, and <i>M. genitalium</i> Newer data suggest that <i>M. genitalium</i> might play a role in the pathogenesis of PID and might be associated with milder symptoms, although one study failed to demonstrate a significant increase in PID following detection of <i>M. genitalium</i> in the lower genital tract. Regardless of PPV, no single historical, physical, or laboratory finding is both sensitive and specific for the diagnosis of acute PID. Combinations of diagnostic findings that improve either sensitivity (i.e., detect more women who have PID) or specificity (i.e., exclude more women who do not have PID) do so only at the expense of the other.

4.3.Principes de traitement

GPC					
Atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) : princpes de traitement généraux et couverture anaérobe	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
	Diagnostic et traitement précoces essentiels pour prévenir les complications (grossesse ectopique, douleurs pelviennes chroniques, infertilité). Pour le traitement des infections acquises dans le cadre de manipulations gynécologiques, traiter comme une ITSS et diriger la personne vers un collègue expérimenté.	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 cibler <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>C. trachomatis</i>, 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 <i>N. gonorrhoeae</i> résistante aux quinolones. Des essais cliniques récents démontrent que les quinolones sont très efficaces à guérir des AIP aiguës. • 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.	A diagnosis of PID, and empirical antibiotic treatment, should be considered and usually offered in any young (under 25) sexually active woman who has recent onset, bilateral lower abdominal pain associated with local tenderness on bimanual vaginal examination, in whom pregnancy has been excluded. Broad spectrum antibiotic therapy is required to cover <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>C. trachomatis</i> and a variety of aerobic and anaerobic bacteria commonly isolated from the upper genital tract in women with PID.	Broad spectrum antibiotic therapy is required to cover <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>C. trachomatis</i> and anaerobic infection. It is also desirable to include microbiological cover for other possible pathogens (e.g. <i>Mycoplasma genitalium</i>, anaerobes, streptococci, staphylococci, <i>E. coli</i>, <i>H. influenzae</i>). Recent data suggest that few antibiotics (azithromycin and moxifloxacin, mainly) are effective against <i>Mycoplasma genitalium</i>. There are comparatively fewer data on oral than parenteral regimens.	The optimal treatment regimen and long-term outcome of early treatment of women with subclinical PID are unknown. All regimens used to treat PID should also be effective against <i>N. gonorrhoeae</i> and <i>C. trachomatis</i> because negative endocervical screening for these organisms does not rule out upper-reproductive–tract infection. The need to eradicate anaerobes from women who have PID has not been determined definitively. Anaerobic bacteria have been isolated from the upper-reproductive tract of women who have PID, and data from in vitro studies have revealed that some anaerobes (e.g., <i>Bacteroides fragilis</i>) can cause tubal and epithelial destruction. BV is present in many women who have PID. Until treatment regimens that do not cover anaerobic microbes have been demonstrated to prevent long-term sequelae (e.g., infertility and ectopic pregnancy) as successfully as the regimens that are effective against these microbes, the use of regimens with anaerobic activity should be considered.

	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
Traitement IV VS oral	L'antibiothérapie peut être administrée par voie orale ou parentérale. Ce guide présente exclusivement les traitements administrés par voies orale et intramusculaire. Pour les traitements intraveineux, se référer aux <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> .	- 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.	The choice of an appropriate treatment regimen may be influenced by: - robust evidence on local antimicrobial sensitivity patterns - robust evidence on the local epidemiology of specific infections in this setting - cost - patient preference and compliance - severity of disease	The choice of an appropriate treatment regimen may be influenced by: - robust evidence on local antimicrobial sensitivity patterns - robust evidence on the local epidemiology of specific infections in this setting - cost - patient preference and compliance - Severity of disease	When selecting a treatment regimen, health-care providers should consider availability, cost, and patient acceptance. In women with PID of mild or moderate clinical severity, parenteral and oral regimens appear to have similar efficacy.

	INESSS 2015	LDC 2010	IUSTI 2013	CDC 2015
Grossesse	Il faut écarter la possibilité d'une grossesse.	Procéder à un dosage immédiat de la bêta-HCG sérique pour écarter une grossesse ectopique. - 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.	General measures include: If there is a possibility that the patient could be pregnant, a pregnancy test should be performed (Evidence level C)	Pregnant women suspected to have PID are at high risk for maternal morbidity and preterm delivery. These women should be hospitalized and treated with intravenous antibiotics.

	INESSS 2015	LDC 2010	CDC 2015	CDC 2016
Stérilet	Stérilet : Le retrait immédiat du dispositif intra-utérin (DIU) n'est pas requis. Une évaluation est recommandée après 48-72 heures. L'antibiothérapie doit toutefois être débutée avant le retrait éventuel du DIU.	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.	If an IUD user receives a diagnosis of PID, the IUD does not need to be removed . If no clinical improvement occurs within 48–72 hours of initiating treatment, providers should consider removing the IUD. A systematic review of evidence found that treatment outcomes did not generally differ between women with PID who retained the IUD and those who had the IUD removed. These studies primarily included women using copper or other nonhormonal IUDs. No studies are available regarding treatment outcomes in women using levonorgestrel-releasing IUDs.	- Treat the PID according to the CDC <i>Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines</i>. - Provide comprehensive management for STDs, including counseling about condom use. - The IUD does not need to be removed immediately if the woman needs ongoing contraception. - Reassess the woman in 48–72 hours. If no clinical improvement occurs, continue antibiotics and consider removal of the IUD. - If the woman wants to discontinue use, remove the IUD sometime after antibiotics have been started to avoid the potential risk for bacterial spread resulting from the removal procedure. - If the IUD is removed, consider ECPs if appropriate. Counsel the woman on alternative contraceptive methods, and offer another method if it is desired. - A summary of IUD management in women with PID is provided (Appendix F).

	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
Critères d'hospitalisation	Critères d'hospitalisation ou d'orientation vers un collègue expérimenté : • Impossibilité d'exclure les urgences chirurgicales (appendicite ou grossesse extra-utérine par exemple) • Grossesse • Absence de réponse clinique (après 3 jours) • Intolérance à l'antibiothérapie ambulatoire • Problème anticipé d'adhésion à l'antibiothérapie ambulatoire • Atteinte grave de l'état général, nausées, vomissements ou forte fièvre • Suspicion d'abcès dans la région pelvienne • Immunosuppression modérée ou grave	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). 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. Adolescentes Les adolescentes chez qui on soupçonne des AIP devraient être hospitalisées si l'adhérence au traitement n'est pas garantie. 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 • 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.	Outpatient therapy is as effective as inpatient treatment for patients with clinically mild to moderate PID. Admission for parenteral therapy, observation, further investigation and/or possible surgical intervention should be considered in the following situations: • a surgical emergency cannot be excluded • lack of response to oral therapy • clinically severe disease • presence of a tuboovarian abscess • intolerance to oral therapy • pregnancy It is likely that delaying treatment increases the risk of long term sequelae such as ectopic pregnancy, infertility and pelvic pain. Because of this, and the lack of definitive diagnostic criteria, a low threshold for empiric treatment of PID is recommended Some of the best evidence for the effectiveness of antibiotic treatment in preventing the long term complications of PID comes from the PEACH study where women were treated with cefoxitin followed by doxycycline – pregnancy rates after 3 years were similar or higher than those in the general population.	Admission for parenteral therapy, observation, further investigation and/or possible surgical intervention should be considered in the following situations (Evidence level IV, C): • diagnostic uncertainty • clinical failure with oral therapy • severe symptoms or signs • presence of a tuboovarian abscess • inability to tolerate an oral regimen • pregnancy PID is usually the result of infection ascending from the endocervix causing endometritis, salpingitis, parametritis, oophoritis, tuboovarian abscess and/or pelvic peritonitis.	The decision of whether hospitalization is necessary should be based on provider judgment and whether the woman meets any of the following suggested criteria: • surgical emergencies (e.g., appendicitis) cannot be excluded; • tubo-ovarian abscess; • pregnancy; • severe illness, nausea and vomiting, or high fever; • unable to follow or tolerate an outpatient oral regimen; or • no clinical response to oral antimicrobial therapy. No evidence is available to suggest that adolescents have improved outcomes from hospitalization for treatment of PID, and the clinical response to outpatient treatment is similar among younger and older women. The decision to hospitalize adolescents with acute PID should be based on the same criteria used for older women. However, only a limited number of investigations have assessed and compared these regimens with regard to elimination of infection in the endometrium and fallopian tubes or determined the incidence of long-term complications (e.g., tubal infertility and ectopic pregnancy) after antimicrobial regimens. HIV Infection Differences in the clinical manifestations of PID between women with HIV infection and women without HIV infection have not been well delineated. In early observational studies, women with HIV infection and PID were more likely to require surgical intervention. More comprehensive observational and controlled studies have demonstrated that women with HIV infection and PID have similar symptoms when compared with HIV-negative women with PID, except they are more likely to have a tubo-ovarian abscess; women with HIV infection responded equally well to recommended parenteral and IM/oral antibiotic regimens as women without HIV infection. The microbiologic findings for women with HIV infection and women without HIV infection were similar, except women with HIV infection had higher rates of concomitant <i>M. hominis</i> and streptococcal infections. These data are insufficient for determining whether women with HIV infection and PID require more aggressive management

4.4.Traitement pharmacologique du cas index

GPC						
Atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) : traitement	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
	Ceftriaxone^{3,4} 250 mg, IM, en dose unique ET Doxycycline^{4,5} 100 mg, PO, BID pour 14 jours AVEC OU SANS Métronidazole⁶ 500 mg, PO, BID pour 14 jours 4-Ce produit est recommandé dans les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, bien qu'il n'ait pas reçu l'homologation par Santé Canada pour cette indication. 5-L'usage de la doxycycline est contre-indiqué chez les femmes enceintes et celles qui allaitent. 6-L'utilisation du métronidazole lors du traitement de l'AIP permet de couvrir les bactéries anaérobies. Les	Schémas thérapeutiques recommandés pour le traitement ambulatoire Traitement A¹⁵ [A-II] Pour chacun des trois options de traitement proposées ci-dessous, de nombreux experts recommandent l'ajout 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]. • Ceftriaxone, 250 mg, i.m., en dose unique § PLUS doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours OU • 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 OU • 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. Traitement B¹⁶ [A-II] • Ofloxacin, 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] OU • Lévofloxacine, 500 mg, p.o., chaque jour‡ PLUS/MOINS métronidazole, 500 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 14 jours‡ [B-II]. o On ajoute le métronidazole pour couvrir les bactéries anaérobies‡. o Les données préliminaires nous portent à croire que la lévofloxacine orale est aussi efficace que l'ofloxacin orale, en plus d'avoir l'avantage d'être à unidose quotidienne⁹. 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	Les schémas thérapeutiques recommandés pour le traitement en externe de l'AIP demeurent les mêmes que ceux décrits au <i>tableau 5</i> du chapitre actuel, sauf en ce qui concerne les exceptions et ajouts suivants que les cliniciens devraient connaître -Vu l'augmentation rapide des souches de <i>N. gonorrhoeae</i> résistantes aux quinolones, les quinolones telles que l'ofloxacin, la ciprofloxacine et la lévofloxacine ne sont plus recommandées dans le traitement des infections gonococciques au Canada, à moins que les taux locaux de	Recommended Regimens All the recommended regimens are of similar efficacy. Outpatient Regimens i.m. ceftriaxone* 500mg single dose followed by oral doxycycline 100mg twice daily plus metronidazole 400mg twice daily for 14 days Grade A (Ib) *Clinical trial data support the use of cefoxitin for the treatment of PID but this agent is not easily available in the UK so ceftriaxone, which has a similar spectrum of activity, is recommended. oral ofloxacin 400mg twice daily plus oral metronidazole 400mg twice daily for 14 days Grade A (Ib) Metronidazole is included in some regimens to improve coverage for anaerobic bacteria. Anaerobes are of relatively greater importance in patients with severe PID and metronidazole may be discontinued in those patients with mild or moderate PID who are unable to tolerate it. Ofloxacin and moxifloxacin should be avoided in patients who are at high risk of gonococcal PID because of increasing quinolone resistance in the UK (e.g. when the patient's partner has gonorrhoea, in clinically severe disease, following sexual contact abroad). Quinolones should also be avoided as first line empirical treatment for PID in areas where >5% of PID is caused by quinolone resistant <i>Neisseria gonorrhoeae</i>.	Recommended regimens Choice of treatment regimen should be influenced by the following: . Mild and moderate cases should be treated as outpatients with oral therapy (Evidence level Ib, A). Intravenous therapy, when given, should be continued until 24 hours after clinical improvement and then switched to oral (Evidence level IV, C). . Dosage recommendations may need to be adjusted slightly depending on local licensing regulations and the availability of drug formulations. . The optimal duration of treatment is not known but most clinical trials report a response to 10–14 days of therapy. . No difference in efficacy has been demonstrated between the recommended regimens The following antibiotic regimens are evidence based. Outpatient regimens i.m. ceftriaxone 500 mg single dose or (i.m. cefoxitin 2 g single dose with oral probenecid 1 g) followed by oral doxycycline 100 mg twice daily plus metronidazole 400 mg twice daily for 14 days,(Evidence level Ia, A) oral ofloxacin 400 mg twice daily plus oral metronidazole 500 mg twice daily for 14 days (ofloxacin may be replaced by levofloxacin 500mg once daily) (Evidence level Ib,A) daily plus oral metronidazole 400 mg twice daily to complete 14 days (Evidence level Ia, A). i.v. clindamycin 900 mg three times daily plus i.v. gentamicin (2 mg/kg loading dose followed by 1.5 mg/kg three times daily [a single daily dose may be substituted])	Intramuscular/Oral Treatment Intramuscular/oral therapy can be considered for women with mild-to-moderately severe acute PID, because the clinical outcomes among women treated with these regimens are similar to those treated with intravenous therapy. Women who do not respond to IM/oral therapy within 72 hours should be reevaluated to confirm the diagnosis and should be administered intravenous therapy. Recommended Intramuscular/Oral Regimens Ceftriaxone 250 mg IM in a single dose PLUS Doxycycline 100 mg orally twice a day for 14 days WITH* or WITHOUT Metronidazole 500 mg orally twice a day for 14 days OR Cefoxitin 2 g IM in a single dose and Probenecid, 1 g orally administered concurrently in a single dose PLUS Doxycycline 100 mg orally twice a day for 14 days WITH or WITHOUT Metronidazole 500 mg orally twice a day for 14 days OR Other parenteral third-generation cephalosporin (e.g., ceftizoxime or cefotaxime) PLUS Doxycycline 100 mg orally twice a day for 14 days WITH* or WITHOUT Metronidazole 500 mg orally twice a day for 14 days * The recommended third-generation cephalosporins are limited in the coverage of anaerobes. Therefore, until it is known that extended anaerobic coverage is not important for treatment of acute PID, the addition of metronidazole to treatment regimens with third-generation cephalosporins

GPC						
A #	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
	personnes ne doivent pas boire d'alcool pendant le traitement avec le métronidazole et jusqu'à 72 heures après.	disulfirame (Antabuse). - L'administration d'ofloxacine, de ciprofloxacine, de lévofloxacine 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 <i>N. gonorrhoeae</i> 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. § 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. Schémas thérapeutiques parentéraux recommandés Traitement A¹³ [A-I] • Céfoxitine, 2 g, i.v. toutes les 6 heures PLUS	résistance soient inférieurs à 5 %. Consulter le chapitre <i>Infections gonococciques</i> pour obtenir de l'information détaillée au sujet de la résistance de <i>N. gonorrhoeae</i> aux antimicrobiens. Des essais cliniques ont révélé que les quinolones sont très efficaces pour guérir les AIP aiguës. Vu la nature polymicrobienne des AIP, les quinolones peuvent encore être utiles dans le traitement des infections aiguës qui ne sont pas causées par une souche de <i>N. gonorrhoeae</i> résistante aux quinolones. La consultation d'un collègue expérimenté est recommandée pour les cas	Levofloxacin is the L isomer of ofloxacin and has the advantage of once daily dosing (500mg OD for 14 days). It may be used as a more convenient alternative to ofloxacin. Replacing intramuscular ceftriaxone with an oral cephalosporin (e.g. cefixime) is not recommended because there is no clinical trial evidence to support its use, and tissue levels are likely to be lower which might impact on efficacy. Reports of decreasing susceptibility of <i>Neisseria gonorrhoeae</i> to cephalosporins also supports the use of parenteral based regimens when gonococcal PID is suspected (to maximise tissue levels and overcome low level resistance). Alternative Regimens intramuscular ceftriaxone 500 mg immediately, followed by azithromycin 1 g/week for 2 weeks Grade A (Ib) Clinical trial evidence for this regimen is limited but it may be used when the treatments above are not appropriate e.g. allergy, intolerance: oral moxifloxacin 400mg once daily for 14 days Grade A (Ib) Three large RCTs support the efficacy of moxifloxacin for PID but because of evidence of an increased risk of liver reactions and other serious risks (such as QT interval prolongation), oral moxifloxacin should be used only when it is considered inappropriate to use the other antibacterial agents recommended for PID or when these have failed. Pregnancy and Breastfeeding • PID in pregnancy is associated with an	followed by either (oral clindamycin 450 mg four times daily to complete 14 days) or (oral doxycycline 100 mg twice daily plus oral metronidazole 400 mg twice daily to complete 14 days)(Evidence level Ia, A) Alternative regimens The evidence for alternative regimens is either less robust than the regimens above or they have a poorer safety profile. - i.v. ofloxacin 400 mg twice daily plus i.v. metronidazole 500 mg three times daily for 14 days, (Evidence level Ib, B) - i.v. ciprofloxacin 200 mg twice daily plus i.v. (or oral) doxycycline 100 mg twice daily plus i.v. metronidazole 500 mg three times daily for 14 days (Evidence level Ia, B) - i.m. ceftriaxone 500 mg single dose plus oral azithromycin 1 g single dose followed by a second dose of oral azithromycin 1 g after one week (Evidence level Ia, A) - oral moxifloxacin 400 mg once daily for 14 days (Evidence level Ia, A) Where the above regimens are not available antibiotic therapy should be given for 14 days and attempt to cover: <i>Neisseria gonorrhoeae</i> e.g. cephalosporins. Chlamydia trachomatis e.g. tetracyclines, macrolides. anaerobic bacteria e.g. metronidazole Metronidazole is included in the recommended outpatient regimens to improve coverage for anaerobic bacteria, which may have a role in the pathogenesis of PID. Anaerobes are probably of relatively greater importance in patients with severe PID and some studies have shown good outcomes without the use of	should be considered. These regimens provide coverage against frequent etiologic agents of PID, but the optimal choice of a cephalosporin is unclear. Cefoxitin, a second-generation cephalosporin, has better anaerobic coverage than ceftriaxone, and in combination with probenecid and doxycycline has been effective in shortterm clinical response in women with PID. Ceftriaxone has better coverage against <i>N. gonorrhoeae</i>. The addition of metronidazole will also effectively treat BV, which is frequently associated with PID. Alternative IM/Oral Regimens Although information regarding other IM and oral regimens is limited, a few have undergone at least one clinical trial and have demonstrated broad-spectrum coverage. Azithromycin has demonstrated short-term clinical effectiveness in one randomized trial when used as monotherapy (500 mg IV daily for 1–2 doses, followed by 250 mg orally daily for 12–14 days) or in combination with metronidazole, and in another study, it was effective when used 1 g orally once a week for 2 weeks in combination with ceftriaxone 250 mg IM single dose. When considering these alternative regimens, the addition of metronidazole should be considered to provide anaerobic coverage. No data have been published regarding the use of oral cephalosporins for the treatment of PID. As a result of the emergence of quinolone-resistant <i>N. gonorrhoeae</i>, regimens that include a quinolone agent

GPC						
A #	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
		doxycycline, 100 mg, i.v. ou p.o. toutes les 12 heures. – 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. 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 lévofloxacine 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. * 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 <i>N. gonorrhoeae</i> 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 : O des épreuves de sensibilité aux	suspects ou confirmés d’AIP gonococcique lorsque le traitement par une céphalosporine ou une quinolone est contre-indiqué.	increase in both maternal and fetal morbidity, therefore parenteral therapy is advised although none of the suggested evidence based regimens are of proven safety in this situation. • There are insufficient data from clinical trials to recommend a specific regimen and empirical therapy with agents effective against gonorrhoea, chlamydia and anaerobic infections should be considered taking into account local antibiotic sensitivity patterns (e.g. i.m. ceftriaxone plus oral or i.v. erythromycin, with the possible addition of oral or i.v. metronidazole 500mg 3 times daily in clinically severe disease) (Grade C [IV]). • The risk of giving any of the recommended antibiotic regimens (listed above for non pregnant women) in very early pregnancy (prior to a pregnancy test becoming positive) is justified by the need to provide effective therapy and the low risk to the foetus. Public Health England GRASP Steering Committee and BASHH CEG Position Statement on the Treatment of Gonorrhoea 2015 PID: Data supporting azithromycin use in PID are limited, and the quantity of evidence is larger for doxycycline. However the infection is rare: of 15,758 reported cases of PID in 2013 only 323 (2%) involved gonococci. This may be an underestimate but, on balance, we believe that it is reasonable to continue the use of ceftriaxone and doxycycline in this patient group: given the small subset of patients with <i>N. gonorrhoeae</i>,	metronidazole. Metronidazole may therefore be discontinued in those patients with mild or moderate PID who are unable to tolerate it. Ceftriaxone may be used when cefoxitin or cefotetan are not available since it offers a similar spectrum of activity, although with less effective cover for anaerobic infection. Quinolones, including ofloxacin and moxifloxacin, should be combined with a single dose of ceftriaxone 500 mg i.m. in patients who are at high risk of gonococcal PID because of increasing reports of quinolone resistance in <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (e.g. avoid when the patient’s partner has gonorrhoea [or is from a high prevalence area] or the patient has clinically severe disease). Moxifloxacin has a strong evidence base for effectiveness in the treatment of PID but has been associated with severe, although rare, liver and cardiac toxicities.	are no longer routinely recommended for the treatment of PID. If allergy precludes the use of cephalosporin therapy, if the community prevalence and individual risk for gonorrhea are low, and if follow-up is likely, use of fluoroquinolones for 14 days (levofloxacin 500 mg orally once daily, ofloxacin 400 mg twice daily, or moxifloxacin 400 mg orally once daily) with metronidazole for 14 days (500 mg orally twice daily) can be considered. Diagnostic tests for gonorrhea must be obtained before instituting therapy, and persons should be managed as follows : • If the culture for gonorrhea is positive, treatment should be based on results of antimicrobial susceptibility testing. • If the isolate is determined to be quinolone-resistant <i>N. gonorrhoeae</i> (QRNG) or if antimicrobial susceptibility cannot be assessed (e.g., if only NAAT testing is available), consultation with an infectious-disease specialist is recommended.

GPC							
A	†	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
			antimicrobiens sont disponibles et la susceptibilité aux quinolones est démontrée; OU O 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.		it is unlikely to impact on measures to delay the development of widespread ceftriaxone resistance.		

	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2013	CDC 2015
Traitement AIP : Allergie	si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline , consulter un collègue expérimenté. Un traitement incluant entre autres une quinolone peut être envisagé à condition de procéder à un prélèvement pour culture de <i>N. gonorrhoeae</i> afin de s'assurer de la sensibilité du pathogène isolé (le cas échéant) à la quinolone utilisée.	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 aiguës *** n'est plus à jour.	There is no clear evidence of the superiority of any one of the suggested regimens over the others. Therefore patients known to be allergic to one of the suggested regimens should be treated with an alternative.	The cross reactivity between penicillins and cephalosporins is <2.5% in persons with a history of penicillin allergy. The risk for penicillin cross-reactivity is highest with first-generation cephalosporins, but is negligible between most second-generation (cefotaxime) and all third-generation (ceftriaxone) cephalosporins (see Management of Persons who Have a History of Penicillin Allergy)

	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
AIP : Thérapie intraveineuse	Si l'antibiothérapie est amorcée à l'hôpital, la poursuite éventuelle en ambulatoire doit permettre de compléter une durée totale de traitement d'au moins 14 jours.	- 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 jours. - Si le traitement demeure inefficace, il faut envisager d'autres diagnostics différentiels et une laparoscopie. Traitement B [A-I] • 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). - 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. Autres traitements¹⁴ [A-II] - Ofloxacin, 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†. - 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.	General Advice Intravenous therapy is recommended for patients with more severe clinical disease (Grade C [IV]) e.g. pyrexia > 38°C, clinical signs of tubo-ovarian abscess, signs of pelvic peritonitis. Inpatient Regimens Intravenous therapy should be continued until 24 hours after clinical improvement and then switched to oral. Intravenous doxycycline is not currently licensed in the UK but is available from IDIS world medicines. i.v. ceftriaxone 2g daily plus i.v. doxycycline 100mg twice daily (oral doxycycline may be used if tolerated) followed by oral doxycycline 100mg twice daily plus oral metronidazole 400mg twice daily for a total of 14 days Grade A (Ib) i.v. clindamycin 900mg 3 times daily plus i.v. gentamicin (2mg/kg loading dose) followed by 1.5mg/kg 3 times daily [a single daily dose of 7mg/kg may be substituted]) followed by either oral clindamycin 450mg 4 times daily or oral doxycycline 100mg twice daily plus oral metronidazole 400mg twice daily to complete 14 days Grade A (Ib) Gentamicin levels need to be monitored if this regimen is used. Alternative Regimens Clinical trial evidence for the following regimens is more limited but they may be used when the treatments above are not appropriate e.g. allergy, intolerance: i.v. ofloxacin 400mg BD plus i.v. metronidazole 500mg TID for 14 days Grade B (III) i.v. ciprofloxacin 200mg BD plus i.v. (or oral) doxycycline 100mg BD plus i.v. metronidazole 500mg TID for 14 days Grade B (III)	Inpatient regimens i.v. cefoxitin 2 g four times daily (or i.v. cefotetan 2 g twice daily or i.v./i.m. ceftriaxone 1 g once daily) plus i.v. doxycycline 100 mg twice daily (oral doxycycline may be used if tolerated) followed by oral doxycycline 100 mg twice daily Intravenous therapy is recommended for patients with more severe clinical disease (Evidence level IV, C) Intravenous therapy is recommended for patients with more severe clinical disease (Evidence level IV, C)	Parenteral Treatment Several randomized trials have demonstrated the efficacy of parenteral regimens. Clinical experience should guide decisions regarding transition to oral therapy, which usually can be initiated within 24–48 hours of clinical improvement. In women with tubo-ovarian abscesses, at least 24 hours of inpatient observation is recommended. Recommended Parenteral Regimens Cefotetan 2 g IV every 12 hours PLUS Doxycycline 100 mg orally or IV every 12 hours OR Cefoxitin 2 g IV every 6 hours PLUS Doxycycline 100 mg orally or IV every 12 hours OR Clindamycin 900 mg IV every 8 hours PLUS Gentamicin loading dose IV or IM (2 mg/kg), followed by a maintenance dose (1.5 mg/kg) every 8 hours. Single daily dosing (3–5 mg/kg) can be substituted. Because of the pain associated with intravenous infusion, doxycycline should be administered orally when possible. Oral and IV administration of doxycycline provide similar bioavailability. Although use of a single daily dose of gentamicin has not been evaluated for the treatment of PID, it is efficacious in analogous situations. When using the parenteral cefotetan or cefoxitin regimens, oral therapy with doxycycline 100 mg twice daily can be used 24–48 hours after clinical improvement to complete the 14 days of therapy for the clindamycin/gentamicin regimen, and oral therapy with clindamycin (450 mg orally four times daily) or doxycycline (100 mg twice daily) can be used to complete the 14 days of therapy. However, when tubo-ovarian abscess is present, clindamycin (450 mg orally four times daily) or metronidazole (500 mg twice daily) should be used to complete at least 14 days of therapy with doxycycline to provide more effective anaerobic coverage than doxycycline alone. Limited data are available to support use of other parenteral second- or third-generation cephalosporins (e.g., ceftizoxime, cefotaxime, and ceftriaxone). In addition, these cephalosporins are less active than cefotetan or cefoxitin against anaerobic bacteria. Alternative Parenteral Regimens Ampicillin/sulbactam plus doxycycline has been investigated in at least one clinical trial and has broad-spectrum coverage. Ampicillin/sulbactam plus doxycycline is effective against <i>C. trachomatis</i>, <i>N. gonorrhoeae</i>, and anaerobes in women with tubo-ovarian abscess. Another trial demonstrated high short-term clinical cure rates with azithromycin, either as monotherapy for 1 week (500 mg IV daily for 1 or 2 doses followed by 250 mg orally for 5–6 days) or combined with a 12-day course of metronidazole. Limited data are available to support the use of other parenteral regimens. Ampicillin/Sulbactam 3 g IV every 6 hours PLUS Doxycycline 100 mg orally or IV every 12 hours

4.5.Suivi du cas index

GPC						
Atteinte inflammatoire pelvienne (AIP)	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
	Toutes les personnes recevant un traitement ambulatoire devraient être suivies étroitement et subir un nouvel examen 2 ou 3 jours après le début du traitement. Les douleurs dues à l'AIP devraient commencer à s'atténuer dans les 2 à 3 jours suivant le début de l'antibiothérapie. En l'absence d'amélioration clinique après 3 jours, consulter un collègue expérimenté et évaluer la pertinence d'une hospitalisation.	• 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'antibiothérapie. • 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. 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	• Toutes les patientes traitées en externe pour une AIP devraient être évaluées 2 ou 3 jours après le début du traitement. • La douleur et la sensibilité résultant d'une AIP aiguë devraient s'atténuer dans les 48 à 72 heures suivant le début de l'antibiothérapie. - o Si aucune amélioration n'est observée : ▪ d'autres tests doivent être effectués; ▪ une hospitalisation en vue d'un traitement parentéral et d'une observation pourrait être indiquée.	Review at 72 hours is recommended, particularly for those with a moderate or severe clinical presentation, and should show a substantial improvement in clinical symptoms and signs (Grade C [IV]). Failure to do so suggests the need for further investigation, parenteral therapy and/or surgical intervention. Further review 2-4 weeks (Grade C [IV]) after therapy may be useful to ensure: • adequate clinical response to treatment • compliance with oral antibiotics • screening and treatment of sexual contacts • awareness of the significance of PID and its sequelae • repeat pregnancy test, if clinically indicated Repeat testing for gonorrhoea or chlamydia after 2 to 4 weeks is appropriate in those in whom persisting symptoms, antibiotic resistance pattern (gonorrhoea only), compliance with antibiotics and/or tracing of sexual contacts indicate the possibility of persisting or recurrent infection. Further Investigation All sexually active patients should be offered: • a pregnancy test • screening for sexually transmitted infections including HIV	In inpatients, the treatment response can be monitored by changes in C-reactive protein and WBC. In severe cases and cases with failure of the initial treatment, tuboovarian abscess should be excluded by vaginal ultrasonography, CT or MRI imaging. All patients should be offered screening for sexually transmitted infections, including HIV testing (Evidence level IV, C). Review at 72 hours is recommended particularly for those with a moderate or severe clinical presentation, and should show a substantial improvement in clinical symptoms and signs. Failure to do so suggests the need for further investigation, parenteral therapy and/or surgical intervention. (Evidence level IV, C) Repeat testing for gonorrhoea or chlamydia is appropriate: • in those with persistent symptoms • where antibiotic sensitivities are unknown or resistance is present (gonorrhoea only) • history of poor compliance with antibiotics • inadequate tracing of sexual contacts where there is a possibility of persisting or recurrent infection.	Women should demonstrate clinical improvement (e.g., defervescence; reduction in direct or rebound abdominal tenderness; and reduction in uterine, adnexal, and cervical motion tenderness) within 3 days after initiation of therapy. If no clinical improvement has occurred within 72 hours after outpatient IM/oral therapy, hospitalization, assessment of the antimicrobial regimen, and additional diagnostics (including consideration of diagnostic laparoscopy for alternative diagnoses) are recommended. All women who have received a diagnosis of chlamydial or gonococcal PID should be retested 3 months after treatment, regardless of whether their sex partners were treated. If retesting at 3 months is not possible, these women should be retested whenever they next present for medical care in the 12 months following treatment.

4.6.Intervention auprès des partenaires

GPC					
Atteinte inflammatoire pelvienne (AIP)	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
	Intervention auprès des partenaires - Recommander une intervention clinique auprès des partenaires suivants : - ceux qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée dans les 60 jours avant la date du prélèvement ou le début des symptômes; - le plus récent partenaire de la personne infectée s’il n’y avait aucun partenaire sexuel dans les 60 jours avant la date du prélèvement ou le début des symptômes; - ceux qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée avant que celle-ci ait terminé son traitement ou moins de 7 jours après un traitement à dose unique ou avant la résolution de ses symptômes. - L’intervention auprès de chaque partenaire devrait inclure - une évaluation clinique et des facteurs de risque; - un dépistage par des analyses de laboratoire; - un traitement, même si les résultats des analyses sont manquants ou négatifs; - une démarche visant la notification des partenaires de cette personne, si les résultats du dépistage sont positifs.	Tout partenaire avec qui la patiente a eu des relations sexuelles au cours des 60 jours précédant l’apparition de symptômes ou la date du prélèvement de l’échantillon, si elle était asymptomatique, devrait être retracé et se soumettre à une évaluation clinique.	- Current male partners of women with PID should be contacted and offered health advice and screening for gonorrhoea and chlamydia. Other recent sexual partners may also be offered screening - tracing of contacts within a 6 month period of onset of symptoms is recommended but this time period may be influenced by the sexual history (Grade C [IV]). - Gonorrhoea or chlamydia diagnosed in the male partner should be treated appropriately and concurrently with the index patient. (Grade C [IV]). - If screening for gonorrhoea is not available additional specific antibiotics effective against <i>Neisseria gonorrhoeae</i> should be offered e.g. i.m. ceftriaxone 500mg single dose (see also UK National Guidelines for Gonorrhoea) (Grade C [IV]). BASHH statement on partner notification for sexually transmissible infections Use the look-back intervals for chlamydial infection or gonorrhoea, if these are detected. If these infections are not detected, the look-back interval is for all contacts since, and in the six months prior to, the onset of symptoms*.*.* *If there have been no sexual contacts in these intervals: the most recent sexual contact beyond this interval **The six-month look-back interval for PID is given arbitrarily on the basis that <i>Mycoplasma genitalium</i> may cause disease in women and be asymptomatically carried in men and women for an unknown period. Also, false-negative chlamydial nucleic acid amplification tests, as well as discordant chlamydial test results, and different rates of spontaneous clearance of chlamydial infection, between sexual partners, are possible. Epidemiological treatment : YES	- Current male partners of women with PID should be contacted and offered health advice and screening for gonorrhoea and chlamydia. Other recent sexual partners may also be offered screening – tracing of contacts within a six-month period of onset of symptoms is recommended but this time period is not evidence based and may be influenced by the sexual history, available resources or local practice. - Concurrent empirical treatment for chlamydia is recommended for all sexual contacts due to the variable sensitivity of currently available diagnostic tests. - If adequate screening for gonorrhoea and chlamydia in the sexual partner(s) is not possible, empirical therapy for gonorrhoea and chlamydia should be given (see European Guidelines at www.iusti.org). IUSTI 2015 Period to trace contacts (from onset of symptoms) : 6 months	All women who received a diagnosis of acute PID should be tested for HIV, as well as GC and chlamydia, using NAAT. Men who have had sexual contact with a woman with PID during the 60 days preceding her onset of symptoms should be evaluated, tested, and presumptively treated for chlamydia and gonorrhea, regardless of the etiology of PID or pathogens isolated from the woman. If a woman’s last sexual intercourse was >60 days before onset of symptoms or diagnosis, the most recent sex partner should be treated. Male partners of women who have PID caused by <i>C. trachomatis</i> and/or <i>N. gonorrhoeae</i> frequently are asymptomatic.

4.6.1. Traitement pharmacologique des partenaires

GPC					
Atteinte inflammatoire pelvienne (AIP)	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
	Aucune exposition orale : Céfixime 800 mg, PO, en dose unique ET Azithromycine^{3,4} 1g, PO, en dose unique Exposition orale : Option A⁵ Ceftriaxone⁶ 250 mg, IM, en dose unique ET Azithromycine^{3,4} 1g, PO, en dose unique Option B⁵ Céfixime 800 mg, PO, en dose unique ET Azithromycine^{3,4} 1g, PO, en dose unique si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline : Azithromycine^{3,4} 2 g, PO, en dose unique 1-L'ordre de présentation des antibiotiques prend en compte les données d'efficacité et d'innocuité, la résistance aux antibiotiques et la facilité du schéma d'administration. 2-À la réception d'un résultat positif à <i>C. trachomatis</i> dont le génotypage confirme une lymphogranulomatose vénérienne (LGV) chez le cas index ou le partenaire, le traitement privilégié chez le partenaire asymptomatique est doxycycline 100 mg, PO, BID x 21 jours (contre-indiqué chez les femmes enceintes ou qui allaitent). Si le traitement a été débuté avec doxycycline ET que les résultats des tests de dépistage chez le partenaire s'avèrent négatifs pour <i>C. trachomatis</i>, cesser le traitement après 7 jours. 3-Si la personne souffre de vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine. 4-Chez les personnes de moins de 45 kg, une dose unique de 12 à 15 mg/kg et de 24 à 30 mg/kg est recommandée en remplacement d'une dose de 1 g et de 2 g respectivement. 5-Indicateurs pour le choix de l'option A : la disponibilité de la ceftriaxone et l'acceptabilité du mode d'administration (IM) par la personne. Indicateur pour le choix de l'option B : l'observance anticipée à une visite de contrôle advenant un résultat positif au test de dépistage. L'option B est acceptable seulement si des prélèvements pharyngés pour TAAN et culture ont été effectués chez le partenaire. 6-Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine. Le coût de la lidocaïne utilisée comme diluant est couvert par la RAMQ avec l'emploi des codes K et L.	• Après l'examen, les partenaires devraient recevoir un traitement empirique contre les infections gonococciques et les infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> quels que soient les résultats obtenus lors de l'examen et sans attendre les résultats des prélèvements.	• Because many cases of PID are not associated with gonorrhoea or chlamydia, broad spectrum empirical therapy should also be offered to male partners e.g. azithromycin 1g single dose (Grade C [IV]). Sexual Partners • Gonorrhoea or chlamydia diagnosed in the male partner should be treated appropriately and concurrently with the index patient. (Grade C [IV]). • Because many cases of PID are not associated with gonorrhoea or chlamydia, broad spectrum empirical therapy should also be offered to male partners e.g. azithromycin 1g single dose (Grade C [IV]). • If screening for gonorrhoea is not available additional specific antibiotics effective against <i>Neisseria gonorrhoeae</i> should be offered e.g. i.m. ceftriaxone 500mg single dose (see also UK National Guidelines for Gonorrhoea) (Grade C [IV]).	Partner notification • Gonorrhoea diagnosed in the male partner should be treated appropriately (see European Guidelines at www.iusti.org) and concurrently with the index patient. • Concurrent empirical treatment for chlamydia is recommended (see European Guidelines at www.iusti.org) for all sexual contacts due to the variable sensitivity of currently available diagnostic tests. • If adequate screening for gonorrhoea and chlamydia in the sexual partner(s) is not possible, empirical therapy for gonorrhoea and chlamydia should be given IUSTI 2015 Epidemiological treatment : yes In some cases of STI, when a person is a known contact of infection, practitioners decide to give epidemiological treatment which is therapy administered in advance of laboratory confirmation of the infection (grade C, level IV).	Other Management Considerations To minimize disease transmission, women should be instructed to abstain from sexual intercourse until therapy is completed, symptoms have resolved, and sex partners have been adequately treated (See chlamydia and gonorrhea sections). Men who have had sexual contact with a woman with PID during the 60 days preceding her onset of symptoms should be evaluated, tested, and presumptively treated for chlamydia and gonorrhea, regardless of the etiology of PID or pathogens isolated from the woman. If a woman's last sexual intercourse was >60 days before onset of symptoms or diagnosis, the most recent sex partner should be treated. Male partners of women who have PID caused by <i>C. trachomatis</i> and/or <i>N. gonorrhoeae</i> frequently are asymptomatic

5. Rectite

5.1. Manifestations cliniques

GPC				
	INESSS 2015	LDC 2010	IUSTI 2013	CDC 2015
Rectite	Manifestations cliniques¹ • Écoulement rectal mucopurulent • Douleur ano-rectale • Ténésme • Selles sanglantes 1. Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées dans le tableau.	• Douleur ano-rectale • Ténésme • Constipation • Émission de selles sanglantes • Écoulement rectal mucopurulent	• Mucopurulent anal discharge; • Anorectal bleeding; • Constipation; • A sensation of rectal fullness or of incomplete defaecation; • Tenesmus. • A history of mucus streaking of the stool; • Mucopus in lumen of rectum; • Loss of normal vascular pattern • Mucosal oedema; • Contact bleeding; • Sometimes ulceration; • LGV and syphilis may cause an inflammatory, sometimes ulcerated, tumorous infiltrate in the distal rectum or anal canal. Anorectal LGV generally is a symptomatic infection, although asymptomatic anorectal LGV does occur⁹ (level 1a, grade B, see Appendix).	• anorectal pain • tenesmus • rectal discharge. Proctocolitis is associated with symptoms of proctitis, diarrhea or abdominal cramps, and inflammation of the colonic mucosa extending to 12 cm above the anus. Enteritis usually results in diarrhea and abdominal cramping without signs of proctitis or proctocolitis;

5.2.Étiologie

GPC				
	INESSS 2015	LDC 2010	IUSTI 2013	CDC 2015
Rectite	Causes potentielles : • Étiologie infectieuse : <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>C. trachomatis</i> (incluant les génotypes associés à la LGV), <i>Treponema pallidum</i> (syphilis), virus herpès simplex (vHS) • Maladie inflammatoire de l'intestin • Dommages tissulaires résultant de l'insertion de corps étrangers	• <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • <i>Chlamydia trachomatis</i> (sérotypes LGV et non-LGV) • <i>Treponema pallidum</i> • Virus Herpes simplex • grande variété d'agents pathogènes colonisant diverses parties du tractus gastro-intestinal. • un traumatisme ou des corps étrangers peuvent causer des manifestations évocatrices d'une rectite ou d'une rectocolite. • 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.	Though it is likely that <i>M. genitalium</i> infects the rectum, it is unclear if it contributes to clinical syndromes. • <i>Neisseria gonorrhoeae</i> • <i>Chlamydia trachomatis</i>: • Genotypes D-K • Genotypes L1–3 (LGV) • <i>Treponema pallidum</i> • Herpes simplex virus Non-specific proctitis In some patients with symptoms and signs of a distal proctitis, <i>N. gonorrhoeae</i> and <i>C. trachomatis</i> cannot be detected. These individuals are said to have non-specific proctitis. If no infectious cause can be found and the proctitis persists after empiric therapy, the patient should be referred to a gastrointestinal specialist to exclude other causes of proctitis such as Crohn's disease. Among HIV-infected patients, gastrointestinal illness can be caused by other infections that usually are not sexually transmitted, including CMV, <i>Mycobacterium avium</i>–intracellulare, <i>Salmonella spp.</i>, <i>Campylobacter spp.</i>, <i>Shigella spp.</i>, <i>Cryptosporidium</i>, <i>Microsporidium</i> and <i>Isospora</i>. LGV should be considered in MSM with suspected chronic inflammatory bowel disease, since the clinical presentation and histopathologic findings of LGV proctitis are similar to other causes of granulomatous proctitis such as Crohn's disease (grade IV, level C).	• <i>N. gonorrhoeae</i> • <i>C. trachomatis</i> • LGV serovars • <i>T. pallidum</i> • HSV

5.3.Principes de traitement/autres ITSS

GPC				
	INESSS 2015	LDC 2010	IUSTI 2013	CDC 2015
Rectite	Autres ITSS En plus de la recherche de <i>N. gonorrhoeae</i> par culture et TAAN et de <i>C. trachomatis</i> par TAAN au niveau rectal (incluant une demande de typage pour la LGV), 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.	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. • 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 Prise en charge et traitement • Le traitement des infections intestinales transmises sexuellement devrait reposer sur les signes physiques. • Le plus souvent, le traitement d'une rectite présumée est empirique; il n'est pas nécessaire d'attendre les résultats des épreuves.	<i>Voir figure 1*</i> *Perform a full HIV/STI screening (including hepatitis B and C testing and hepatitis B vaccination). Lymphogranuloma venereum; PMNL: Polymorphonuclear leucocytes; Tp: <i>T. pallidum</i>. Specific treatment: In the case of patients with mild symptoms, and when microbiological investigations are possible, it is best to await the results of these tests before initiating specific therapy. Syndromic treatment: In patients with more severe symptoms, or when microbiological testing is impossible, or if there are persistent symptoms and signs but microbiological tests are negative, or if the patient is unable to attend when test results are available, syndromic treatment (empirical therapy) should be given:	All persons with acute proctitis should be tested for HIV and syphilis. All persons should be evaluated for HSV (by PCR or culture), <i>N. gonorrhoeae</i> (NAAT or culture), <i>C. trachomatis</i> (NAAT), and <i>T. pallidum</i> (Darkfield if available and serologic testing) (see pathogen-specific sections). If the <i>C. trachomatis</i> test is positive on a rectal swab, a molecular test PCR for LGV should be performed, if available, to confirm an LGV diagnosis (see LGV) De LGV : Persons who receive an LGV diagnosis should be tested for other STDs, especially HIV, gonorrhea, and syphilis.

5.4.Traitement pharmacologique du cas index

GPC						Document québécois
Rectite : traitement pharmacologique	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	IUSTI 2013	CDC 2015	INSPQ 2015
	Traitement recommandé², adultes et adolescents de 14 ans ou plus, excluant les femmes enceintes ou qui allaitent En présence de facteurs de risque d’ITSS : Premier choix : [Céfixime 800 mg, PO, en dose unique OU Ceftriaxone⁴ 250 mg, IM, en dose unique] ET [Azithromycine^{5,6,7} 1 g, PO, en dose unique OU Doxycycline⁸ 100 mg, PO, BID pour 7 jours] 2.L’ordre de présentation des antibiotiques prend en compte les données d’efficacité et d’innocuité, la résistance aux antibiotiques et la facilité du schéma d’administration. 3.Chez les femmes enceintes ou qui allaitent, le traitement recommandé est céfixime 800 mg, PO, en dose unique OU ceftriaxone 250 mg, IM, en dose unique ET azithromycine 1 g, PO, en dose unique. 4. Pour diminuer l’inconfort associé à l’injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1% sans épinéphrine. Le coût de la lidocaïne utilisée comme diluant est couvert par la RAMQ avec l’emploi des codes K et L. 5.L’utilisation de l’azithromycine peut être privilégiée en cas de doute d’observance au traitement. 6.Si la personne souffre de vomissements dans l’heure suivant la prise de l’azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d’azithromycine. 7.Chez les personnes de moins de 45 kg, une dose unique de 12 à 15 mg/kg est recommandée en remplacement d’une dose de 1 g. 8. L’usage de la doxycycline est contre-indiqué chez les femmes enceintes et celles qui allaitent.	Infection présumée ou attestée : 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> Régime thérapeutique privilégié *• Céfixime, 400 mg, p.o., en dose unique\$¥[A-I] PLUS • Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 à 10 jours [A-I] OU • Azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique si l’on soupçonne que le patient n’adhérera pas au traitement. Autres traitements*† • Ciprofloxacine, 500 mg, p.o., en dose unique† [A-I] OU • Ofloxacine, 400 mg, p.o., en dose unique†[A-I] OU • Ceftriaxone 125 mg, i.m., en dose unique\$¥ [A-I] PLUS • Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 à 10 jours [A-I] OU • Azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique si l’on soupçonne que le patient n’adhérera pas au traitement [A-I] *** Ce texte n’est plus à jour 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	une association médicamenteuse devrait être utilisée pour le traitement des cas suspects ou confirmés de rectite gonococcique. —L’association de deux médicaments ayant des mécanismes d’action différents est réputée améliorer l’efficacité du traitement et pourrait retarder l’apparition de souches de <i>N. gonorrhoeae</i> résistantes aux céphalosporines. —Le traitement d’association est aussi efficace contre les infections à Chlamydia concomitantes, qui sont fréquentes.	Therapy: Syndromic doxycycline 100mg twice daily by mouth for seven days Proctitis: doxycycline 100 mg twice daily by mouth for seven days; PLUS: ceftriaxone 500 mg as single intramuscular injection (especially if anorectal gonorrhoea is suspected); PLUS: valaciclovir 500 mg given orally twice daily for 5–10 days (especially if anorectal HSV infection is suspected); or acyclovir 400 mg three times daily for 5– 10 days. PLUS: benzathine penicillin 2.4 million units i.m. (if rapid diagnostic tests are supportive of the diagnosis of early syphilis); or doxycycline 100 mg twice daily by mouth for 14 days.	Presumptive therapy should be initiated while awaiting results of laboratory tests for persons with anorectal exudate detected on examination or polymorphonuclear leukocytes detected on a Gram-stained smear of anorectal exudate or secretions; • Ceftriaxone 250 mg IM in a single dose PLUS Doxycycline 100 mg orally twice a day for 7 days LGV : Bloody discharge, perianal ulcers, or mucosal ulcers among MSM with acute proctitis and either a positive rectal chlamydia NAAT or HIV infection should be offered presumptive treatment for LGV with doxycycline 100 mg twice daily orally for a total of 3 weeks HSV :If painful perianal ulcers are present or mucosal ulcers are detected on anoscopy, presumptive therapy should also include a regimen for genital herpes HIV Infection Persons with HIV infection and acute proctitis may present with bloody discharge, painful perianal ulcers, or mucosal ulcers. Presumptive treatment should include a regimen for genital herpes and LGV.	Puisque la rectite peut être causée autant par <i>C. trachomatis</i> que par <i>N. gonorrhoeae</i>, sans résultat de laboratoire, il est impossible de prioriser en traitement syndromique. Dans cette situation, en présence de symptômes de rectite, le traitement syndromique devrait viser les deux infections (<i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i>), selon les recommandations de l’INESSS^{BBB} en vigueur au moment de la rédaction de cet avis : PREMIER CHOIX : • Ceftriaxone 250 mg, par voie intramusculaire, en dose unique OU • Céfixime 800 mg, par voie orale, en dose unique (sans priorisation) ET • Azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique OU • Doxycycline 100 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours (sans priorisation^{CCC}) BBB Document en cours de révision. CCC Les deux choix de traitement (azithromycine et doxycycline) sont sur le même pied d’égalité, puisque chacun comporte des avantages. Si la rectite s’avère secondaire à <i>C. trachomatis</i>, la doxycycline serait préférable, mais si elle s’avère secondaire à <i>N. gonorrhoeae</i>, l’azithromycine serait préférable.

	INESSS 2015	LDC 2010	CDC 2015	INSPQ 2015
Allergie	Deuxième choix : si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline⁹ : Azithromycine^{6,7} 2 g, PO, en dose unique	§ 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.	Allergy, Intolerance, and Adverse Reactions Allergic reactions with third-generation cephalosporins (e.g., ceftriaxone) are uncommon in persons with a history of penicillin allergy. <i>In those persons with a history of an IgE mediated penicillin allergy (e.g., those who have had anaphylaxis, Stevens Johnson syndrome, or toxic epidermal necrolysis), the use of ceftriaxone is contraindicated.</i>	DEUXIÈME CHOIX : SI ALLERGIE AUX CÉPHALOSPORINES OU ALLERGIE DE TYPE 1 À LA PÉNICILLINE^{DD} • Azithromycine 2 g par voie orale, en dose unique • Si une infection rectale à <i>C. trachomatis</i> est documentée et que l’azithromycine avait été utilisée, un test de contrôle devrait être réalisé, par TAAN, le plus tôt possible à partir de trois semaines après la fin du traitement. ○ Si le génotypage révèle qu’il s’agissait d’une infection à <i>C. trachomatis</i> L1-3 (LGV), traiter à l’aide de doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours ○ si l’azithromycine avait été utilisée, traiter à l’aide de doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours. ○ si la doxycycline avait été utilisée, et que : ○ le traitement de 7 jours n’était pas encore terminé, prolonger le traitement pour un total de 21 jours. le traitement de 7 jours est terminé, reprendre la doxycycline 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 21 jours consécutifs.

5.5.Suivi du cas index

GPC					
	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	IUSTI 2013	CDC 2015
Rectite	Un suivi clinique est requis jusqu’à la résolution des symptômes associés à la rectite et l’obtention d’un résultat négatif au test de contrôle pour <i>C. trachomatis</i> si celui-ci est indiqué	• 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 <i>Neisseria gonorrhoeae</i> et de <i>Chlamydia trachomatis</i>.	• Tous les patients traités pour une rectite devraient subir une évaluation visant à établir leur réponse au traitement. • Dans le cas des patients traités contre une LGV, une infection à VHS ou une syphilis, consulter la section Suivi du ou des chapitres correspondants.	Non-specific proctitis Follow-up: Not necessary.	Follow-Up For proctitis associated with gonorrhea or chlamydia, retesting for the respective pathogen should be performed 3 months after treatment.

5.6.Intervention auprès des partenaires

GPC				
	INESSS 2015	LDC 2010	IUSTI 2013	CDC 2015
Rectite	Intervention auprès des partenaires - Recommander une intervention clinique auprès des partenaires suivants : - ceux qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée dans les 60 jours avant la date du prélèvement ou le début des symptômes; - le plus récent partenaire de la personne infectée s’il n’y avait aucun partenaire sexuel dans les 60 jours avant la date du prélèvement ou le début des symptômes; - ceux qui ont eu un contact sexuel avec la personne infectée avant que celle-ci ait terminé son traitement ou moins de 7 jours après un traitement à dose unique ou avant la résolution de ses symptômes. - L’intervention auprès de chaque partenaire devrait inclure : - une évaluation clinique et des facteurs de risque; - un dépistage par des analyses de laboratoire; - un traitement, même si les résultats des analyses sont manquants ou négatifs; - une démarche visant la notification des partenaires de cette personne, si les résultats du dépistage sont positifs. La direction de santé publique régionale peut offrir son soutien quant au processus de notification des partenaires et diriger ceux-ci vers les ressources compétentes pour l’évaluation clinique, les analyses de laboratoire, le traitement et l’adoption de pratiques sexuelles sécuritaires.	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 prélèvement de l’échantillon (si asymptomatique) devrait être retracé. - La période de traçabilité devrait être prolongée: 1) pour couvrir le temps additionnel jusqu’à la date du traitement; 2) si le cas index indique qu’il n’avait pas de partenaire pendant la période de traçabilité recommandée, le dernier partenaire doit alors être avisé; 3) si tous les partenaires retracés (selon la période de traçabilité recommandée) ont des résultats négatifs, alors le partenaire avant la période de traçabilité doit être avisé. - Tout partenaire 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.	Non-specific proctitis Partner notification: Not required if no pathogens are found.	Partners who have had sexual contact with persons treated for GC, CT, or LGV within the 60 days before the onset of the persons symptoms should be evaluated, tested, and presumptively treated for the respective pathogen. Partners of persons with sexually transmitted enteric infections should be evaluated for any diseases diagnosed in the person with acute proctitis. Sex partners should abstain from sexual intercourse until they and their partner with acute proctitis are adequately treated.

5.6.1. Traitement pharmacologique des partenaires

GPC				Document québécois
Rectite	INESSS 2015	LDC 2010	CDC 2015	INSPQ 2015
	Aucune exposition orale : Céfixime 800 mg, PO, en dose unique ET Azithromycine^{3,4} 1g, PO, en dose unique Exposition orale : Option A⁵ Ceftriaxone⁶ 250 mg, IM, en dose unique ET Azithromycine^{3,4} 1g, PO, en dose unique Option B⁵ Céfixime 800 mg, PO, en dose unique ET Azithromycine^{3,4} 1g, PO, en dose unique si allergie aux céphalosporines ou allergie de type 1 à la pénicilline : Azithromycine^{3,4} 2 g, PO, en dose unique 1-L’ordre de présentation des antibiotiques prend en compte les données d’efficacité et d’innocuité, la résistance aux antibiotiques et la facilité du schéma d’administration. 2-À la réception d’un résultat positif à <i>C. trachomatis</i> dont le génotypage confirme une lymphogranulomatose vénérienne (LGV) chez le cas index ou le partenaire, le traitement privilégié chez le partenaire asymptomatique est doxycycline 100 mg, PO, BID x 21 jours (contre-indiqué chez les femmes enceintes ou qui allaitent). Si le traitement a été débuté avec doxycycline ET que les résultats des tests de dépistage chez le partenaire s’avèrent négatifs pour <i>C. trachomatis</i>, cesser le traitement après 7 jours. 3-Si la personne souffre de vomissements dans l’heure suivant l’administration de l’azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d’azithromycine. 4-Chez les personnes de moins de 45 kg, une dose unique de 12 à 15 mg/kg et de 24 à 30 mg/kg est recommandée en remplacement d’une dose de 1 g et de 2 g respectivement. 5-Indicateurs pour le choix de l’option A : la disponibilité de la ceftriaxone et l’acceptabilité du mode d’administration (IM) par la personne. Indicateur pour le choix de l’option B : l’observance anticipée à une visite de contrôle advenant un résultat positif au test de dépistage. L’option B est acceptable seulement si des prélèvements pharyngés pour TAAN et culture ont été effectués chez le partenaire. 6-Pour diminuer l’inconfort associé à l’injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine. Le coût de la lidocaïne utilisée comme diluant est couvert par la RAMQ avec l’emploi des codes K et L.	Tout partenaire 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.	Partners who have had sexual contact with persons treated for GC, CT, or LGV within the 60 days before the onset of the persons symptoms should be evaluated, tested, and presumptively treated for the respective pathogen.	Traitement des personnes qui rapportent une exposition sexuelle avec une personne atteinte de rectite sans résultat de laboratoire disponible au moment de l’évaluation Le traitement épidémiologique est administré à un partenaire asymptomatique. Le traitement privilégié chez une personne asymptomatique qui rapporte une exposition sexuelle avec une personne atteinte de rectite devrait être : • Céfixime 800 mg, par voie orale, en dose unique ET • Azithromycine 1 g par voie orale, en dose unique. Suite à la réception des résultats des prélèvements chez le cas index ou des résultats des prélèvements effectués au moment de prescrire le traitement épidémiologique du partenaire, la prise en charge pourrait être réévaluée au besoin. En présence de symptômes de rectite, le partenaire devrait être évalué et traité selon les recommandations émises dans la section précédente (« Personne atteinte de rectite », section 10.2.1.2).

6. Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

6.1. Manifestations cliniques (LGV)

GPC						
	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
LGV	La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale [...] est associée aux manifestations cliniques précédentes auxquelles peuvent s'ajouter les signes et symptômes suivants : • Lymphadénopathie inguinale ou fémorale douloureuse • Bubons • Fièvre • Myalgie • Arthralgie • Ulcérations	LGV secondaire causant des symptômes ano-rectaux : • 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	MANIFESTATIONS Les signes et les symptômes de la LGV : • rectite ulcéreuse et douloureuse, avec ou sans écoulement purulent et/ou saignement; • lymphadénopathie inguinale et/ou fémorale douloureuse ou bubons; • fièvre, myalgie, arthralgie. Soupçonner un cas de LGV si l'on constate une rectite ou une lymphadénopathie inguinale ou fémorale marquée ou des bubons ET/OU si les antécédents du patient donnent à penser qu'une exposition est possible ou probable	Primary lesion • Extra-genital lesions have been reported such as ulcers and fissures in the perianal area in MSM • the lip or oral cavity (tonsil) and • extra-genital lymph nodes. LGV proctitis in MSM. • Haemorrhagic proctitis is the primary manifestation • rectal pain, • anorectal bleeding, mucoid and/or haemopurulent rectal discharge, • tenesmus, • constipation • and other symptoms of lower gastro-intestinal inflammation. • fever • malaise. • Genital ulcers and inguinal symptoms were less common; nonetheless Secondary lesions, lymphadenitis or lymphadenopathy or bubo • inflammation and swelling of lymph nodes and surrounding tissue. • tender inguinal and/or femoral lymphadenopathy • The disease process may involve one lymph node or the entire chain • bubo formation • When both inguinal and femoral lymph nodes are involved • fever • arthritis, • pneumonitis • more rarely abnormal hepatic enzymes and perihepatitis. Tertiary stage or the genito-anorectal syndrome • proctocolitis mimicking Crohn's disease, fistulae, strictures and chronic granulomatous disfiguring fibrosis	• anorectal pain, • haemopurulent discharge • bleeding per rectum; • tenesmus and • constipation are also seen due to the mucosal and perirectal oedema. • Proctoscopic examination may reveal a distal granular or haemorrhagic proctitis with purulent exudate, mucosal ulceration and tumorous masses. LGV proctitis is not usually accompanied by inguinofemoral lymphadenopathy; however radiological imaging may demonstrate pelvic node involvement. • LGV proctitis mimics chronic inflammatory bowel diseases like Crohn's disease, both clinically and in the pathological substrate. • Primary Lesion • small painless papule or pustule • may erode to form a small herpetiform ulcer. • Mucopurulent discharge may be present • Second stage: • Causes painful inflammation of the inguinal and/or femoral lymph nodes. • "buboes" may become fluctuant and rupture in one third of patients. • Inguino-femoral lymphadenopathy is mainly seen when the inoculation site is located on the external genitalia, which is the case in many male patients. The resultant intra-abdominal or retroperitoneal lymphadenopathy may lead to symptoms of lower abdominal pain or low back pain. • Constitutional symptoms • low-grade fever, chills, malaise, myalgias, arthralgias, arthritis, pneumonitis, (peri) hepatitis. • Third stage : • Patients initially develop proctocolitis followed by peri-rectal abscess, fistulas, strictures and stenosis of the rectum,	Tender inguinal and/or femoral lymphadenopathy that is typically unilateral. A self-limited genital ulcer or papule sometimes occurs at the site of inoculation. Mimicking inflammatory bowel disease, mucoid and/or hemorrhagic rectal discharge, anal pain, constipation, fever, and/or tenesmus

6.2.Étiologie (LGV)

GPC						
	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
LGV	La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale, causée par les génotypes L1-3 de <i>C. trachomatis</i>	sérotypes L1, L2, L3 de <i>Chlamydia trachomatis</i> .	- sérotype L1, L2 ou L3 de <i>C. trachomatis</i>. Chez les personnes qui présentent des symptômes (rectite avec ou sans écoulement purulent ou saignement, et/ou lymphadénopathie marquée ou bubons dans la région inguinale ou fémorale, avec des signes et des symptômes d’une maladie systémique) : – demander un TAAN pour la détection de <i>C. trachomatis</i>; – demander que les échantillons positifs pour <i>C. trachomatis</i> soient envoyés au laboratoire provincial ou territorial ou au Laboratoire national de microbiologie à des fins de génotypage de la LGV.	one of three invasive serovars (L1, L2 or L3) of <i>Chlamydia trachomatis</i>, though L2 is the most common strain involved. Molecular epidemiological studies have identified L2 as the main serovar causing the current outbreaks in Europe and North America.	- Causative pathogen: <i>Chlamydia trachomatis</i> types L1, L2, and L3. - Additional variants have been described such as L2b, the strain currently found in MSM. A new LGV variant originating from a recombination of L2 and D <i>C. trachomatis</i> lineages has been reported but the extent of transmission of this hybrid organism within the community needs further investigation. In contrast to serovars A-K which remain confined to the mucosa, serovar L strains are invasive organisms that disseminate via underlying connective tissue and spread to regional lymph nodes.	<i>C. trachomatis</i> serovars L1, L2, or L3

6.3.Principe de traitement et traitement pharmacologique du cas index (LGV)

GPC						
	INESSS 2015	LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
LGV	1^{er} choix¹¹ En présence d'un résultat positif à C.trachomatis dont le génotypage confirme une LGV¹⁰ : Premier choix : Débuter ou poursuivre le traitement avec : Doxycycline⁸ 100 mg, PO, BID pour un total de 21 jours consécutifs 10. Dans le cas où une LGV est suspectée sur la base de certains critères, notamment la présence de facteurs de risque, une présentation clinique compatible avec une LGV et un contexte épidémiologique local, un traitement de doxycycline 100 mg, PO, BID pour 21 jours peut être envisagé. 11. L'azithromycine 1 g, PO, 1 x par semaine pour un total de 3 doses consécutives peut être un traitement alternatif efficace selon l'avis de certains experts, mais les données actuellement disponibles sont insuffisantes pour le confirmer.	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 Le traitement privilégié est la doxycycline, 100 mg p.o., 2 f.p.j. pendant 21 jours (dans le cas d'une infection à <i>Chlamydia</i> qui ne constitue pas un cas de LGV, le traitement dure 7 jours.	Recommended regimens <u>1st choice:</u> doxycycline 100 mg twice daily orally for 21 days (or tetracycline 2 g daily or minocycline 300 mg loading dose followed by 200 mg twice daily) (level of evidence IIb, III or IV, grading B) <u>2nd choice:</u> erythromycin 500 mg four times daily orally for 21 days (IV, B). Azithromycin 1 g weekly for 3 weeks should also be considered. Alternative regimens Azithromycin Several case reports of rectal LGV in MSM have shown clearance with azithromycin regimens of 1 g stat and 1 g weekly for 3 weeks (level of evidence IV, grading C). If effective, many clinicians may prefer a multiple-dose regimen of azithromycin to erythromycin due to improved tolerability. Allergy Patients allergic to tetracyclines should be treated with either the erythromycin or the extended azithromycin regimen. Test of cure at the completion of treatment is advised. Treatment for pregnant or breastfeeding women Pregnant and breastfeeding women should be treated with the erythromycin regimen. Extended azithromycin therapy might be considered in this scenario due to improved tolerability, but no published data are available to guide safety, dosing and efficacy in pregnancy. Test of cure is advised in pregnancy if rectal or genital LGV are diagnosed. Adverse reactions to treatment The most common doxycycline side effects are upper gastrointestinal problems including dyspepsia and nausea; diarrhoea is less frequent. These might be mitigated by taking doses after meals. Photosensitivity can occur,. Oesophageal ulceration can occur from prolonged doxycycline mucosal contact, especially with the capsule formulations. It is recommended that doxycycline be taken with a large glass of water and that patients not lie down for at least 20 min after swallowing the medication. The most common erythromycin side effects are also gastrointestinal problems including mild diarrhoea, stomach pain, nausea and vomiting.	• First line - doxycycline 100mg twice a day orally for 21 days. (IIb, B) • Second line - erythromycin 500mg four times a day orally for 21 days. (III, B) *Azithromycin in single- or multiple-dose regimens has also been proposed but evidence is lacking to recommend this drug currently. (IV, C) Doxycycline is contraindicated in pregnancy and breastfeeding.	Recommended Regimen Doxycycline 100 mg orally twice a day for 21 days Alternative Regimen Erythromycin base 500 mg orally four times a day for 21 days Although clinical data are lacking, azithromycin 1 g orally once weekly for 3 weeks is probably effective based on its chlamydial antimicrobial activity. Fluoroquinolone-based treatments also might be effective, but the optimal duration of treatment has not been evaluated. Special Considerations Pregnancy Pregnant and lactating women should be treated with erythromycin. Doxycycline should be avoided in the second and third trimester of pregnancy because of risk for discoloration of teeth and bones, but is compatible with breastfeeding. Azithromycin might prove useful for treatment of LGV in pregnancy, but no published data are available regarding an effective dose and duration of treatment.

6.4.Suivi du cas index (LGV)

GPC					
	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
LGV	Un suivi clinique est requis jusqu'à la résolution des symptômes associés à la rectite et l'obtention d'un résultat négatif au test de contrôle pour <i>C. trachomatis</i> si celui-ci est indiqué	- Les patients devraient être suivis jusqu'à l'obtention d'un résultat de test négatif de <i>Chlamydia trachomatis</i> (test de contrôle) et leur rétablissement clinique. 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). 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).	- All patients should be followed clinically until signs and symptoms have resolved. - This usually occurs within 1–2 weeks for early infection, including MSM proctitis, but may take up to 3–6 weeks for longstanding infections or sequelae. Some early LGV infections can be asymptomatic when first diagnosed and then might become symptomatic prior to or during the initial days of treatment - Routine test of cure for LGV is no longer considered necessary if the recommended 21-day course of doxycycline has been completed. - If indicated, test of cure should be performed at 2 weeks after the completion of LGV treatment to avoid detection of nonviable <i>C. trachomatis</i> DNA/RNA (level of evidence IV, grading C). - follow-up testing for syphilis and blood-borne viruses including hepatitis B, C and HIV done where necessary - HIV and HCV have been observed and serological testing should be offered for both infections after appropriate window periods have elapsed according to relevant local guidelines. - Abnormal liver enzymes should prompt further testing for HCV RNA as HCV antibody seroconversion in HIV-positive MSM might be delayed beyond 12 months.	- Tests for STI, including HIV (if not already known HIV-pos), hepatitis B and hepatitis C should be offered before starting therapy. (III, C) Follow-up - All patients diagnosed with LGV should be followed up at the end of treatment: - to ensure resolution of symptoms and signs of infection (IV, C) - to arrange suitable follow-up testing for syphilis and blood-borne viruses including hepatitis B, C and HIV (IV, C)* - Although one case of doxycycline failure in LGV has been reported, a test of cure for LGV is not considered necessary if the recommended 21 day course of doxycycline is completed. (III, B)	Patients should be followed clinically until signs and symptoms have resolved.

6.5.Intervention auprès des partenaires et leurs traitements pharmacologiques (LGV)

GPC					
Intervention et traitement auprès des partenaires (LGV)	INESSS 2015	LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
	2. À la réception d’un résultat positif à <i>C. trachomatis</i> dont le génotypage confirme une lymphogranulomatose vénérienne (LGV) chez le cas index ou le partenaire, le traitement privilégié chez le partenaire asymptomatique est doxycycline 100 mg, PO, BID x 21 jours (contre-indiqué chez les femmes enceintes ou qui allaitent). Si le traitement a été débuté avec doxycycline ET que les résultats des tests de dépistage chez le partenaire s’avèrent négatifs pour <i>C. trachomatis</i> , cesser le traitement après 7 jours.	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]	Persons who have had sexual contact with a patient who has LGV within the 4 weeks before onset of the patient’s symptoms, or the last 3 months if asymptomatic LGV is detected, should be examined, tested for rectal, pharyngeal, urethral and/or cervical chlamydial infection (as applicable) and receive presumptive treatment with 21 days of doxycycline 100 mg twice daily or an alternative regimen for the same duration (level of evidence IV, grading C). BASHH statement on partner notification for sexually transmissible infections For cases with symptoms: all contacts since and in the four weeks prior to the onset of symptoms. For cases without symptoms: all contacts in the three months prior to LGV detection Epidemiological treatment : YES	Sexual contacts within the last 3 months should be offered testing for Chlamydia/LGV and empiric treatment with antibiotic therapy commenced until Chlamydia/LGV has been excluded in the partner. (IV, C) IUSTI 2015 Period to trace contacts (from onset of symptoms) : 6 months Epidemiological treatment : yes In some cases of STI, when a person is a known contact of infection, practitioners decide to give epidemiological treatment which is therapy administered in advance of laboratory confirmation of the infection (grade C, level IV).	Persons who have had sexual contact with a patient who has LGV within the 60 days before onset of the patient’s symptoms should be examined and tested for urethral, cervical, or rectal chlamydial infection depending on anatomic site of exposure. They should be presumptively treated with a chlamydia regimen (azithromycin 1 g orally single dose or doxycycline 100 mg orally twice a day for 7 days).

10. Traitement recommandé pour partenaires asymptomatiques

10.1. Traitement pharmacologique contre *Chlamydia trachomatis*

GPC			
LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
• L’efficience et l’efficacité de l’administration d’une dose unique d’azithromycine et la doxycycline = des taux de guérison élevés, similaires dans les deux groupes; l’azithromycine est toutefois beaucoup plus coûteuse. • L’érythromycine est associée à des effets secondaires gastro-intestinaux significativement plus élevés que d’autres schémas thérapeutiques. Adultes (à l’exception des femmes enceintes ou qui allaitent) : traitement en cas d’infection urétrale, endocervicale, rectale, conjonctivale Traitement privilégié • Doxycycline, 100 mg, p.o., 2 f.p.j., pendant 7 jours [A-I] OU • Azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique si l’adhérence au traitement n’est pas garantie*[A-I] Autre traitement • Érythromycine, 2 g/jour, p.o., en doses fractionnées, pendant 7 jours† [B-II] OU • 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 9 à 18 ans : Traitement privilégié: Doxycycline, 5 mg/kg/jour, p.o., en doses fractionnées	Treatment of uncomplicated genital, rectal and pharyngeal infection and epidemiological treatment Uncomplicated urogenital infection (Level Ia, Grade A) and pharyngeal infection (Level IV, Grade C): • Doxycycline 100 mg bd for seven days (contraindicated in pregnancy) or • Azithromycin 1 g orally in a single dose. Alternative regimens (if either of the above treatments is contraindicated): • Erythromycin 500 mg bd for 10–14 days (Level IV, Grade C) or Rectal infection (non-LGV) (Level III, Grade C) Preferred treatment • Doxycycline 100mg bd for seven days Alternative treatment • Azithromycin 1 g orally in a single dose Other antimicrobials Erythromycin (Level IV, Grade C) • Erythromycin is less efficacious than either azithromycin or doxycycline. • When taken four times daily, 20–25% of individuals may experience side-effects sufficient to cause discontinuation of treatment. • There are only limited data on erythromycin 500 mg twice a day, with efficacy reported at between 73 and 95%. A 10–14 day-course appears to be more efficacious than a seven-day course of 500mg twice a day, with a cure rate >95%. HIV-positive individuals Due to the high prevalence of LGV in this population, HIV-positive individuals with rectal chlamydia who do not have a test for LGV should be treated with three weeks of doxycycline or should have a TOC (Level IV, Grade C). Treatment of chlamydia and gonorrhoea co-infection BASHH recommends treatment for uncomplicated <i>Neisseria gonorrhoeae</i> infection with ceftriaxone 500 mg given intramuscularly with 1 g of azithromycin. The azithromycin is given as an adjunct treatment to protect the ceftriaxone in order to delay the development of resistance and not to treat co-existing chlamydia, although it will also do this. It should	Recommended treatment for uncomplicated urogenital <i>C. trachomatis</i> infections First-line [Ia; A]: Doxycycline 100 mg twice a day for seven days (oral; contraindicated in pregnancy) or Azithromycin 1 g stat (oral) Second-line [II; B] (TOC should be subsequently performed) : Erythromycin 500 mg twice a day for seven days (oral) or Levofloxacin 500 mg once a day for seven days (oral; contraindicated in pregnancy) Concerns have been raised over clinical failures in <i>C. trachomatis</i>-infected patients treated particularly with azithromycin 1 g single oral dose. It has also been suggested that use of azithromycin 1 g stat increases the risk of inducing macrolide antimicrobial resistance in <i>Mycoplasma genitalium</i>. Accordingly, when a concomitant <i>M. genitalium</i> infection has been verified or can be suspected, treatment with azithromycin 500 mg day 1, followed by azithromycin 250 mg once a day for four days, should be considered [III; C] A meta-analysis of 23 RCTs comparing azithromycin 1 g stat and doxycycline 100 mg twice daily for seven days for urogenital chlamydial infections showed a statistical superiority in favour of doxycycline. However, the difference in	Recommended Regimens Azithromycin 1 g orally in a single dose OR Doxycycline 100 mg orally twice a day for 7 days Alternative Regimens Erythromycin base 500 mg orally four times a day for 7 days OR Erythromycin ethylsuccinate 800 mg orally four times a day for 7 days OR Levofloxacin 500 mg orally once daily for 7 days

GPC			
LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
(max. : 100 mg, 2 f.p.j.) pendant 7 jours [A-I] OU 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] 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] OU Sulfaméthoxazole, 75 mg/kg/jour, p.o., en doses fractionnées (max. : 1 g, 2 f.p.j.) pendant 10 jours† [B-II] Déclaration des cas et notification aux 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 prélèvement de l'échantillon (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.	be noted, however, that because <i>N. gonorrhoeae</i> exhibits significant tetracycline resistance, doxycycline should not be used in place of azithromycin. Individuals with gonorrhoea who require doxycycline for treatment of rectal chlamydia or LGV should be treated with all three drugs (Level IV, Grade C). Reactions to treatment and cautions Azithromycin, erythromycin, doxycycline, ofloxacin and amoxicillin may all cause gastro-intestinal upset including nausea, vomiting, abdominal discomfort and diarrhoea. These side-effects are more common with erythromycin than with azithromycin. With all macrolides, hepatotoxicity (including cholestatic jaundice) and rash may occur but are infrequent. Azithromycin may be associated with prolongation of the QT interval and should be used with caution or avoided in individuals with abnormalities of cardiac rhythm. Doxycycline may cause dysphagia and oesophageal irritation. Patients should be advised to swallow capsules whole with plenty of fluid during meals while sitting or standing and should be advised to avoid sunlamps and direct sunshine. Amoxicillin should not be administered to penicillinallergic individuals. Recommendations • Doxycycline and azithromycin are recommended as equal treatments for uncomplicated genital and pharyngeal infections (Level 1 a, Grade B). • Doxycycline is the preferred treatment for rectal infection (Level III, Grade B). • Doxycycline should not be used in pregnancy (Level IV, Grade C). • Individuals co-infected with gonorrhoea and rectal chlamydia should be treated with ceftriaxone, azithromycin and doxycycline (Level IV, Grade C). BASHH statement on partner notification for sexually transmissible infections Chlamydial infection : Male index cases with urethral symptoms: all contacts since, and in the four weeks prior to, the onset of symptoms* All other index cases (i.e. all females, asymptomatic males and males with symptoms at other sites, including rectal, throat and eye): all contacts in the six months prior to presentation* *If there have been no sexual contacts in these intervals: the most recent sexual contact beyond this interval Epidemiological treatment : YES	efficacy was small at 1.5–2.6% (approximately 97% versus 95% efficacy). This difference is not clinically significant and both azithromycin and doxycycline can be recommended as first-line regimens [Ia; A]. Recommended treatment for uncomplicated C. trachomatis non-LGV rectal and pharyngeal infections Doxycycline 100 mg twice a day for seven days (oral) [I; A] (preferred if rectal infection) or alternatively: Azithromycin 1 g stat (oral) [IIa; A] (if rectal infection, a TOC should be subsequently performed) Both regimens continue to be recommended as first-line. However, pending further studies and ideally double-blinded, placebo- controlled RCTs, if rectal chlamydia is treated with azithromycin, then a TOC should be performed [IIa, A].	

GPC			
LDC 2010	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
Femmes enceintes et mères qui allaitent : infection urétrale, endocervicale, rectale • Dans les essais cliniques qui ont comparé l’amoxicilline, l’érythromycine et l’azithromycine, = taux de guérison clinique similaires, mais l’érythromycine provoque davantage d’effets secondaires gastro-intestinaux chez la mère. • 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. • La doxycycline et les quinolones sont contre-indiquées chez les femmes enceintes et chez celles qui allaitent. 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.	Pregnancy and breast feeding Doxycycline and ofloxacin are contraindicated in pregnancy. Recommended regimens (Level Ia, Grade A) • Azithromycin 1 g as a single dose or • Erythromycin 500mg four times daily for seven days or • Erythromycin 500 mg twice daily for 14 days or • Amoxicillin 500 mg three times a day for seven days. Clinical experience and published studies suggest that azithromycin is safe and efficacious in pregnancy and the World Health Organization (WHO) recommends its use in pregnancy although the British National Formulary (BNF) states that manufacturers advise use only if adequate alternatives not available. Erythromycin has a significant side-effect profile and is less than 95% effective. It is recommended that women treated for chlamydia in pregnancy undergo a TOC (which should be performed no earlier than three weeks after completing treatment) (Level IV, Grade C).	Recommended treatment for uncomplicated urogenital C. trachomatis infection in pregnancy and during breast feeding (TOC should be subsequently performed) First-line [I; A]: Azithromycin 1 g stat (oral) Second line Amoxicillin 500 mg three times a day for seven days (oral) or Erythromycin 500 mg four times a day for seven days (oral) Azithromycin has been considered safe and effective according to clinical experience and in some studies and azithromycin is also recommended by the WHO in pregnancy. All sexual contacts within the preceding six months of onset of symptoms or diagnosis should ideally be evaluated, tested and treated [IV; C];	Pregnancy Doxycycline is contraindicated in the second and third trimesters of pregnancy. Human data suggest ofloxacin and levofloxacin present a low risk to the fetus during pregnancy, with a potential for toxicity during breastfeeding; however, data from animal studies raise concerns about cartilage damage to neonates. Clinical experience and published studies suggest that azithromycin is safe and effective. Test-of-cure to document chlamydial eradication (preferably by NAAT) 3–4 weeks after completion of therapy is recommended because severe sequelae can occur in mothers and neonates if the infection persists. In addition, all pregnant women who have chlamydial infection diagnosed should be retested 3 months after treatment. screening. Women aged <25 years and those at increased risk for chlamydia should be rescreened during the third trimester to prevent maternal postnatal complications and chlamydial infection in the infant. Recommended Regimens Azithromycin 1 g orally in a single dose Alternative Regimens Amoxicillin 500 mg orally three times a day for 7 days OR Erythromycin base 500 mg orally four times a day for 7 days OR Erythromycin base 250 mg orally four times a day for 14 days OR Erythromycin ethylsuccinate 800 mg orally four times a day for 7 days OR Erythromycin ethylsuccinate 400 mg orally four times a day for 14 days Amoxicillin is now considered an alternative therapy for <i>C. trachomatis</i> in pregnant women. The frequent gastrointestinal side effects associated with erythromycin can result in nonadherence with these alternative regimens. The lower dose 14-day erythromycin regimens can be considered if gastrointestinal tolerance is a concern. Erythromycin estolate is contraindicated during pregnancy because of drug-related hepatotoxicity. Management of Sex Partners Sexual partners should be referred for evaluation, testing, and presumptive treatment if they had sexual contact with the partner during the 60 days preceding the patient’s onset of symptoms or chlamydia diagnosis.

10.2. Traitement pharmacologique contre *Neisseria gonorrhoeae*

GPC				
LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
Jeunes âgés de 9 ans et plus et adultes Infection urétrale, endocervicale, rectale, pharyngée (sauf chez les femmes enceintes ou chez celles qui allaitent) Traitement privilégié* Céfixime, 400 mg, p.o., en dose unique†‡ [A-I] Autres traitements • 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) [A-I] OU • Ciprofloxacine, 500 mg, p.o., en dose unique* [A-I] OU • Ofloxacine, 400 mg, p.o., en dose unique* [A-I] Tous les traitements devraient être suivis d'un traitement empirique contre les infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> et les infections non gonococciques. * 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	Traitement recommandé des infections anogénitales ou pharyngées non compliquées chez les adultes et chez les jeunes de 9 ans et plus* Infection anogénitale (urétrale, endocervicale, vaginale, rectale) Traitement privilégié* Ceftriaxone, 250 mg, i.m., en dose unique [A-I] PLUS azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique† [B-II] OU Céfixime, 800 mg, p.o., en dose unique† [A-I] PLUS azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique† [B-II] Autres traitements Spectinomycine, 2 g, i.m., en dose unique [A-I] (accessible uniquement par l'entremise du PAS) PLUS azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique† [B-II] OU Azithromycine, 2 g, p.o., en dose unique§ [A-I] Infection pharyngée Traitement privilégié* Ceftriaxone, 250 mg, i.m., en dose unique [A-I] PLUS azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique† [B-III] Autres traitements Céfixime, 800 mg, p.o., en dose unique‡ [B-III] PLUS azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique† [B-III] OU Azithromycine, 2 g, p.o., en dose unique§ [A-I] *Consensus général du Groupe de travail d'experts. †Traitement d'association de remplacement : L'administration de 1 g d'azithromycine p.o. est préférable à l'administration de 100 mg de doxycycline p.o. b.i.d. x 7 jours à cause des taux élevés de résistance du gonocoque à la tétracycline et de l'incertitude quant à l'observance d'un schéma thérapeutique de 7 jours. La doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes ou allaitantes. ‡Des données scientifiques montrent que le céfixime à raison de 800 mg est sûr et efficace dans le traitement des infections gonococciques. Les études de pharmacodynamie ont révélé qu'une dose de céfixime de 800 mg, comparativement à une dose de 400 mg, allonge la période pendant laquelle la concentration du médicament libre dépasse la CMI. Par conséquent, une dose de 800 mg peut être plus efficace que la dose de 400 mg recommandée auparavant pour réduire le risque d'échec du traitement des infections gonococciques dans	Recommended treatment Uncomplicated anogenital infection in adults: • Ceftriaxone 500 mg intramuscularly as a single dose with azithromycin 1 g oral as a single dose (level of evidence IV; grade C recommendation) (Box 1); • The increasing recognition of multidrug resistant <i>N. gonorrhoeae</i> has been the driving force for the recommendation of extended spectrum cephalosporins as the preferred treatment of gonorrhoea. Concerns about the upward drift of resistance to cephalosporins justify the increased dose of ceftriaxone now recommended; • Azithromycin is recommended as co-treatment irrespective of the results of chlamydia testing (level of evidence IV, grade C recommendation), to delay the onset of widespread cephalosporin resistance. There is some in vitro evidence of synergy between azithromycin and cephalosporins, and improved eradication of pharyngeal gonorrhoea has been reported when azithromycin was combined with cephalosporin therapy. ALTERNATIVE REGIMENS All the agents below should be accompanied by azithromycin 1 g oral as a single dose.	Recommended treatments for uncomplicated <i>N. gonorrhoeae</i> infections of the urethra, cervix and rectum in adults and adolescents when the antimicrobial sensitivity of the infection is unknown Ceftriaxone 500 mg intramuscularly (IM) as a single dose together with azithromycin 2 g as single oral dose [IV; C]. Alternative regimens 1. Cefixime 400 mg oral as a single dose [Ib; A] together with azithromycin 2 g as a single oral dose [IV; C]. This regimen is only an alternative option if ceftriaxone is not available or administration of injectable antimicrobials is not possible or refused by the patient. 2. Ceftriaxone 500 mg IM as a single dose [IV; C]. This regimen is only an alternative option if azithromycin is not available or patient is unable to take oral medication. 3. Spectinomycin 2 g IM as a single dose [Ib; A] together with azithromycin 2 g as a single oral dose [IV; C]. This regimen can be used if resistance to extended-spectrum cephalosporins is identified or suspected, or patient has history of penicillin anaphylaxis or cephalosporin allergy. Co-infection with <i>C. trachomatis</i> is common in young (<30 years) heterosexual patients and MSM with gonorrhoea. If treatment for gonorrhoea does not include azithromycin, treatment with azithromycin 1 g oral as a single dose or doxycycline 100 mg oral dose twice daily for 7 days should be given for possible chlamydial co-infection unless co-infection has been excluded with	Dual Therapy for Gonococcal Infections On the basis of experience with other microbes that have developed antimicrobial resistance rapidly, a theoretical basis exists for combination therapy using two antimicrobials with different mechanisms of action (e.g., a cephalosporin plus azithromycin) to improve treatment efficacy and potentially slow the emergence and spread of resistance to cephalosporins. Use of azithromycin as the second antimicrobial is preferred to doxycycline because of the convenience and compliance advantages of single-dose therapy and the substantially higher prevalence of gonococcal resistance to tetracycline than to azithromycin among GISP isolates, particularly in strains with elevated cefixime MICs. In addition, clinical trials have demonstrated the efficacy of azithromycin 1 g for the treatment of uncomplicated urogenital GC. Limited data suggest that dual treatment with azithromycin might enhance treatment efficacy for pharyngeal infection when using oral cephalosporins. Uncomplicated Gonococcal Infections of the Cervix, Urethra, and Rectum Recommended Regimen Ceftriaxone 250 mg IM in a single dose PLUS Azithromycin 1g orally in a single

GPC				
LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
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. Infection urétrale, endocervicale, rectale ou pharyngée chez les femmes enceintes ou chez celles qui allaitent Traitement privilégié • Céfixime, 400 mg, p.o., en dose unique ‡* [A-I] Autres traitements • 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	les milieux où la sensibilité aux céphalosporines est réduite. §L’azithromycine à raison de 2 g p.o. en dose unique ne devrait être envisagée comme traitement de remplacement que s’il y a des antécédents d’allergie sévère aux céphalosporines. Il est important de reconnaître le risque d’échec thérapeutique lorsque l’azithromycine est administrée en monothérapie contre la gonorrhée dans un milieu où l’on observe l’émergence d’une résistance à cet antimicrobien. L’azithromycine à forte dose entraîne aussi d’importants effets indésirables gastro intestinaux. Traitement recommandé des infections anogénitales ou pharyngées non compliquées chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d’autres hommes (HARSAH)* Infection anogénitale (urétrale, rectale) Traitement privilégié* Ceftriaxone, 250 mg, i.m., en dose unique [A-I] PLUS azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique† [B-II] Autres traitements Céfixime, 800 mg, p.o., en dose unique‡ [A-I] PLUS azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique† [B-II] OU Spectinomycine, 2 g, i.m., en dose unique [A-I] (accessible uniquement par l’entremise du PAS) PLUS azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique† [B-II] OU Azithromycine, 2 g, p.o., en dose unique§ [A-I] Infection pharyngée Traitement privilégié* Ceftriaxone, 250 mg, i.m., en dose unique [A-I] PLUS azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique† [B-III] Autre traitement Céfixime, 800 mg, p.o., en dose unique‡ [B-III] PLUS azithromycine, 1 g, p.o., en dose unique† [B-III] *Consensus général du Groupe de travail d’experts. †Traitement d’association de remplacement : L’administration de 1 g d’azithromycine p.o. est préférable à l’administration de 100 mg de doxycycline p.o. b.i.d. x 7 jours à cause des taux élevés de résistance du gonocoque à la tétracycline et de l’incertitude quant à l’observance d’un schéma thérapeutique de 7 jours. ‡Des données scientifiques montrent que le céfixime à raison de 800 mg est sûr et efficace dans le traitement des infections gonococciques. Les études de pharmacodynamie ont révélé qu’une dose de céfixime de 800 mg, comparativement à une dose de 400 mg, allonge la période pendant laquelle la concentration du médicament libre dépasse la CMI. Par conséquent, une dose de 800 mg peut être plus efficace que la dose de 400 mg recommandée auparavant	• Cefixime 400 mg oral as a single dose (level of evidence 1b; grade A recommendation). Only advisable if an intramuscular injection is contraindicated or refused by the patient. Repeated treatment failures have been reported with cefixime and other oral extended spectrum cephalosporins; • Spectinomycin 2 g intramuscularly as a single dose (level of evidence 1b; grade A recommendation). ; • Other single dose cephalosporin regimens, notably cefotaxime 500 mg intramuscularly as a single dose (level of evidence 1b; grade A recommendation) or cefoxitin 2 g intramuscularly as a single dose plus probenecid 1 g oral. • Quinolones cannot generally be recommended for the treatment of gonorrhoea because of the high prevalence of quinolone resistance worldwide. When an infection is known before treatment to be quinolone sensitive, ciprofloxacin 500 mg orally as a single dose or ofloxacin 400 mg orally as a single dose have proven efficacy (level of evidence 1b; grade A recommendation); • High-dose azithromycin (2.0 g as a single dose) has shown acceptable efficacy in clinical trials, but was associated with high gastrointestinal intolerance. The clinical efficacy of azithromycin does not always correlate with in vitro sensitivity testing and high-level azithromycin	NAAT testing [GPP – good practice point]. Other single dose cephalosporin regimens Cefixime 400 mg has been widely used as an oral single dose treatment for gonorrhoea. Multiple recent reports of treatment failures and pharmacodynamic investigations have raised serious concerns over the adequacy of 400 mg of cefixime as single dose treatment. Cefixime is only an alternative option if administration of an intramuscular injection is not possible or refused by the patient. However, caution should be taken using cefixime 400 mg only, particularly for treatment of pharyngeal infection, and ideally, if used, it should always be given together with azithromycin 2 g as a single oral dose. Single dose fluoroquinolone regimens When an infection is known before treatment to be fluoroquinolone sensitive, based on appropriate laboratory susceptibility testing and there are indications against using ceftriaxone, ciprofloxacin 500 mg oral as a single dose have proven high efficacy [1b; A]. Azithromycin azithromycin has high efficacy (>98 %) as a single oral 2 g dose. However, it is not recommended for the treatment of gonorrhoea unless there is a history of penicillin anaphylaxis or cephalosporin allergy and, ideally, infection is proven before treatment to be azithromycin sensitive. High level azithromycin resistance and treatment failure have been observed in Europe and clinical outcome does not always correlate with in-vitro sensitivity.	dose As dual therapy, ceftriaxone and azithromycin should be administered together on the same day, preferably simultaneously and under direct observation. Ceftriaxone in a single injection of 250 mg provides sustained, high bactericidal levels in the blood. Extensive clinical experience indicates that ceftriaxone is safe and effective for the treatment of uncomplicated gonorrhea at all anatomic sites, curing 99.2% of uncomplicated urogenital and anorectal and 98.9% of pharyngeal infections in clinical trials. No clinical data exist to support use of doses of ceftriaxone >250 mg. Alternative Regimens If ceftriaxone is not available: Cefixime 400 mg orally in a single dose PLUS Azithromycin 1 g orally in a single dose A 400-mg oral dose of cefixime should only be considered as an alternative cephalosporin regimen because it does not provide as high, nor as sustained, bactericidal blood levels as a 250-mg dose of ceftriaxone; further, it demonstrates limited efficacy for treatment of pharyngeal gonorrhea (92.3% cure; 95% confidence interval [CI] = 74.9%–99.1%); in older clinical studies, cefixime cured 97.5% of uncomplicated urogenital and anorectal gonococcal infections (95% CI = 95.4%–99.8%). The increase in the prevalence of isolates obtained

GPC				
LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
PAS) [A-I] Tous les traitements devraient être suivis d'un traitement empirique contre les infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> et les infections non gonococciques. * 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. Déclaration des cas et notification aux 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 prélèvement de l'échantillon (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.	pour réduire le risque d'échec du traitement des infections gonococciques dans les milieux où la sensibilité aux céphalosporines est réduite. §Pour les infections anogénitales, l'azithromycine à raison de 2 g p.o. en dose unique ne devrait être envisagée comme traitement de remplacement que s'il y a des antécédents d'allergie sévère aux céphalosporines. Il est important de reconnaître le risque d'échec thérapeutique lorsque l'azithromycine est administrée en monothérapie contre la gonorrhée dans un milieu où l'on observe l'émergence d'une résistance à cet antimicrobien. L'azithromycine à forte dose entraîne aussi d'importants effets indésirables gastro intestinaux. Pour les infections pharyngées, en cas d'allergie sévère aux céphalosporines, l'azithromycine à raison de 2 g p.o. [A-I] peut être envisagée comme traitement de remplacement. Médicaments : considérations et contre-indications -Les patients devraient idéalement recevoir un traitement d'association contre la gonorrhée pour contrer la résistance accrue aux antimicrobiens : - o Ce traitement d'association comprend aussi un traitement efficace contre l'infection à <i>Chlamydia</i> à cause des taux élevés d'infections concomitantes. - o Un traitement d'association à l'aide de médicaments ayant deux modes d'action différents améliorerait l'efficacité du traitement et pourrait retarder l'apparition d'une résistance chez la souche de <i>N. gonorrhoeae</i> en cause. -Il est préférable d'administrer un traitement monodose sous observation directe. Céphalosporines • Le céfixime et la ceftriaxone ne devraient pas être donnés aux patients allergiques aux céphalosporines. • La sensibilité croisée entre la pénicilline et les céphalosporines de deuxième ou de troisième génération telles que la ceftriaxone, le céfixime, la céfoxitine et le céfotaxime est faible. Cependant, les patients ayant déjà eu une réaction d'hypersensibilité immédiate à la pénicilline (p. ex. anaphylaxie, éruption médicamenteuse, bronchospasme) peuvent présenter un risque accru de réaction similaire à toutes les céphalosporines. Si une céphalosporine est administrée à un patient hypersensible à la pénicilline, un protocole (p. ex. épinéphrine, ouverture des voies respiratoires, etc.) devrait être en place pour répondre aux réactions graves. • Le diluant recommandé pour la ceftriaxone est la lidocaïne à 1	resistance has been observed in the UK. A single dose of azithromycin 1.0 g alone is not recommended as treatment for gonorrhoea (level of evidence II; grade C recommendation); ALLERGY Third-generation cephalosporins such as cefixime and ceftriaxone show negligible cross-allergy with penicillins. Contraindications to the administration of ceftriaxone are hypersensitivity to any cephalosporin or previous immediate and/or severe hypersensitivity reaction to a penicillin or other beta-lactam drug. Recommended treatments For patients giving a history of such hypersensitivity: • Spectinomycin 2 g intramuscularly as a single dose (level of evidence Ib; grade A recommendation) with azithromycin 1 g oral as a single dose or • Azithromycin 2.0 g oral as a single dose (level of evidence Ib; grade B recommendation) or • Ciprofloxacin 500 mg orally as a single dose when the infection is known or anticipated to be quinolone sensitive. PREGNANCY AND BREASTFEEDING Pregnant and breastfeeding women should not be treated with quinolone or tetracycline antimicrobials. Azithromycin: manufacturer advises use only if adequate alternatives are	Therapy for uncomplicated gonococcal infection of the pharynx Many antimicrobials have demonstrated lower efficacy (≤90%) in eradicating <i>N. gonorrhoeae</i> from the pharynx than in eradicating genital and anorectal infection. This correlates with the pharmacokinetic properties of the individual antimicrobials. Treatment with spectinomycin has poor efficacy at eradicating pharyngeal gonorrhoea. Recommended treatment for pharyngeal infection Ceftriaxone 500 mg IM as a single dose together with azithromycin 2 g oral single dose [IV; C]. Alternative regimens Ceftriaxone 500 mg IM as a single dose [IV; C]. This regimen is only an alternative option if azithromycin is not available or patient is unable to take oral medication. -Alternative treatments for pharyngeal infection when there is a history of penicillin anaphylaxis or cephalosporin allergy and fluoroquinolone or azithromycin resistance are excluded by appropriate laboratory susceptibility testing: Ciprofloxacin 500 mg as a single oral dose or azithromycin 2 g as a single oral dose. Therapy of genital, anorectal and pharyngeal gonococcal infection when extended-spectrum cephalosporin resistance identified • Ceftriaxone 1 g IM as a single dose together with azithromycin 2 g oral single dose [IV, C]. • Gentamicin 240 mg IM as a single dose together with azithromycin 2 g oral as	through GISP with elevated cefixime MICs might indicate early stages of development of clinically significant gonococcal resistance to cephalosporins. CDC anticipates that rising cefixime MICs soon will result in declining effectiveness of cefixime for the treatment of urogenital gonorrhea. Furthermore, as cefixime becomes less effective, continued use of cefixime might hasten the development of resistance to ceftriaxone, a safe, well-tolerated, injectable cephalosporin and the last antimicrobial known to be highly effective in a single dose for treatment of gonorrhea at all anatomic sites of infection. Because of the prevalence of tetracycline resistance among GISP isolates, particularly those with elevated cefixime MICs, the use of azithromycin as the second antimicrobial is preferred. However, in the case of azithromycin allergy, doxycycline (100 mg orally twice a day for 7 days) can be used in place of azithromycin as an alternative second antimicrobial when used in combination with ceftriaxone or cefixime. Spectinomycin, which is useful in persons who cannot tolerate cephalosporins, is expensive, has poor efficacy against pharyngeal infection (51.8%; 95% CI = 38.7%–64.9%), and is not being produced in the United States. However, it has been effective in clinical trials, curing 98.2% of uncomplicated urogenital and

GPC				
LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
	% sans épinéphrine jusqu'à une concentration finale de 250 à 350 mg/mL parce qu'il réduit l'inconfort. Des données scientifiques montrent que le céfixime à raison de 800 mg est sûr et efficace dans le traitement des infections gonococciques. Les études de pharmacodynamie ont révélé qu'une dose de céfixime de 800 mg, comparativement à une dose de 400 mg, allonge la période pendant laquelle la concentration du médicament libre dépasse la CMI. Par conséquent, une dose de 800 mg peut être plus efficace que la dose de 400 mg recommandée auparavant pour réduire le risque d'échec du traitement des infections gonococciques dans les milieux où la sensibilité aux céphalosporines est réduite. – Il n'existe aucune donnée concernant l'efficacité d'une dose de céfixime de 800 mg pendant la grossesse. Cependant, d'après les données d'innocuité et d'efficacité d'une dose de céfixime de 400 mg, une dose unique de céfixime de 800 mg peut être envisagée chez les femmes enceintes. – La pénétration du céfixime dans l'oropharynx n'est pas idéale, et des cas d'échec du traitement par le céfixime ont été signalés. – Il existe peu de données concernant l'efficacité réelle d'une dose de céfixime de 800 mg p.o. contre les infections pharyngées. – Il existe davantage de données sur l'efficacité de la ceftriaxone que sur celle du céfixime dans le traitement des infections non compliquées et dans les situations où une plus grande pénétration tissulaire est nécessaire à la guérison (par exemple dans les infections pharyngées et les cas compliqués tels les cas d'atteinte inflammatoire pelvienne, d'épididymite ou d'épididymo-orchite. Une dose de 250 mg de ceftriaxone administrée par voie intramusculaire (i.m.) est maintenant recommandée contre les infections pharyngées, les atteintes inflammatoires pelviennes, l'épididymite et l'épididymo-orchite. – Vu les récents cas d'échec du traitement par le céfixime signalés principalement chez les HARSAH, la ceftriaxone est le médicament privilégié contre les infections gonococciques dans cette population (consulter le <i>tableau 8</i>).	not available. Recommended regimens: - Ceftriaxone 500 mg intramuscularly as a single dose with azithromycin 1 g oral as a single dose (level of evidence IV; grade C recommendation) or - Spectinomycin 2 g intramuscularly as a single dose. (level of evidence Ib; grade A recommendation) with azithromycin 1 g oral as a single dose PHARYNGEAL INFECTION Single-dose antimicrobials treatments have in general demonstrated lower efficacy ($\leq 90\%$) in eradicating <i>N. gonorrhoeae</i> from the pharynx than in eradicating genital infection. Failure has even been reported with ceftriaxone. Recommended treatments: - Ceftriaxone 500 mg intramuscularly as a single dose with azithromycin 1 g as a single dose (level of evidence IV; grade C recommendation) or - Ciprofloxacin 500 mg orally as a single dose if <i>N. gonorrhoeae</i> known to be quinolone sensitive (level of evidence Ib; grade B recommendation) - Single dose treatment with spectinomycin has poor efficacy in eradicating gonococcal infection of the pharynx. Public Health England GRASP Steering Committee and BASHH CEG Position Statement on the Treatment of Gonorrhoea, 2015	single dose [IV, C]. This combination is currently under clinical study and may be valuable if infection persists after treatment with ceftriaxone. Therapy of gonococcal infections in pregnancy or when breastfeeding Recommended treatment Ceftriaxone 500 mg IM as a single dose [Ib; A]. Alternative regimen Spectinomycin 2 g IM as a single dose (has poor efficacy for treatment of pharyngeal gonorrhoea). The safety of azithromycin in pregnancy has not been confirmed but clinical experience indicates that it may be safely used. It should only be used under medical supervision if the expected benefit to the mother is thought to be greater than the possible risk to the foetus. Azithromycin passes into breast milk and is not recommended whilst breast feeding. Pregnant and breastfeeding women should not be treated with fluoroquinolone or tetracycline antimicrobials. Therapy of gonococcal infections in patients with penicillin allergy Third-generation cephalosporins show negligible cross-allergy with penicillins and allergy to these cephalosporins is rare. If allergy is not excluded and third-generation cephalosporins still need to be given, the patient should be under medical supervision for at least 30 minutes. Recommended treatment for patients with a history of penicillin anaphylaxis or cephalosporin allergy:	anorectal gonococcal infections. When available, spectinomycin is an effective alternative for the treatment of urogenital and anorectal infection. Monotherapy with azithromycin 2 g orally as a single dose has been demonstrated to be 99.2% effective against uncomplicated urogenital gonorrhea (95% CI = 97.3%–99.9%). However, monotherapy is no longer recommended because of concerns over the ease with which <i>N. gonorrhoeae</i> can develop resistance to macrolides, and because several studies have documented azithromycin treatment failures. Strains of <i>N. gonorrhoeae</i> circulating in the United States are not adequately susceptible to penicillins, tetracyclines, and older macrolides (e.g., erythromycin), and thus use of these antimicrobials cannot be recommended. Uncomplicated Gonococcal Infections of the Pharynx Most gonococcal infections of the pharynx are asymptomatic and can be relatively common in some populations. Gonococcal infections of the pharynx are more difficult to eradicate than are infections at urogenital and anorectal sites. Few antimicrobial regimens, including those involving oral cephalosporins, can reliably cure >90% of gonococcal pharyngeal infections. Providers should ask their patients with urogenital or rectal GC about oral

GPC				
LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
	Quinolones -Les quinolones ne devraient être employées comme traitement de remplacement que SI : - o on dispose des résultats de l'épreuve de sensibilité aux antimicrobiens et la sensibilité aux quinolones a été démontrée; OU - o la résistance locale aux quinolones est inférieure à 5 % ET un test de contrôle post-traitement peut être réalisé. -Les quinolones devraient être évitées chez les enfants prépubertaires. Azithromycine -L'azithromycine ne devrait être employée en monothérapie que si les céphalosporines sont contre-indiquées (p. ex. antécédents de réaction anaphylactique à la pénicilline ou allergie à une céphalosporine), car des cas de résistance ont été signalés. -La dose de 2 g d'azithromycine recommandée contre les infections gonococciques est associée à de fréquents effets indésirables gastro-intestinaux. - o Si des vomissements surviennent dans l'heure qui suit l'administration, une autre dose devrait être donnée. -L'azithromycine peut causer une arythmie menaçant le pronostic vital, en particulier chez les personnes qui prennent ce médicament pendant plusieurs jours et qui : - o présentent un allongement de l'intervalle QT; - o présentent une bradycardie cliniquement importante; - o souffrent d'arythmie; - o souffrent d'insuffisance cardiaque; - o prennent un antiarythmique ou un autre médicament dont on sait qu'il allonge l'intervalle QT; - o ont un faible taux sérique de potassium ou de magnésium; - o sont âgées Déclaration des cas et notification aux partenaires Toute personne ayant eu des relations sexuelles avec le cas index dans les 60 jours précédant l'apparition des symptômes ou la date de prélèvement de l'échantillon (si le cas index est	•Co-infection with rectal chlamydia: There are no randomised controlled trials to provide a strong evidence base for the optimum antimicrobial treatment of rectal chlamydial infection. Guidance cannot be extrapolated from studies to assess treatment for genital chlamydia. A few studies and a meta-analysis have found 1 g of azithromycin p.o. to be inferior to 7 days of doxycycline 100 mg twice daily for the treatment of rectal chlamydia. It is likely that further clinical studies are needed to resolve the issue. Until this evidence is available, we would recommend specific treatment of each infection i.e. ceftriaxone combined with azithromycin for the gonorrhoea, with the addition of doxycycline for the concurrent rectal chlamydia. This advice is to be included in the updated BASHH Chlamydia treatment guidelines. BASHH statement on partner notification for sexually transmissible infections Gonorrhoea infection : Male index cases with urethral symptoms: all contacts since, and in the two weeks prior to, the onset of symptoms* All other index cases (i.e. all females, asymptomatic males and males with symptoms at other sites, including rectal, throat and eye): all contacts in the three months prior to presentation*	Spectinomycin 2 g IM as a single dose [Ib; A] together with Azithromycin 2 g oral single dose. Alternative treatments in patients with known penicillin anaphylaxis or cephalosporin allergy when fluoroquinolone or azithromycin sensitivity has been confirmed by appropriate laboratory susceptibility testing: Ciprofloxacin 500 mg oral as a single dose or azithromycin 2 g as a single oral dose [Ib; B]. CONTACT TRACING AND MANAGEMENT OF SEX PARTNER(S) • Sex partners should be contacted and offered testing together with treatment and counseling for gonorrhoea and chlamydial infection [IV; C]; • For cases of gonorrhoea, all sex partners within the preceding 60 days of onset of symptoms or diagnosis should be evaluated and treated [IV; C]. If a patient's last sexual contact was more than 60 days prior to their diagnosis, their last sexual partner should be evaluated. 2015 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections Table 1 Partner management lookback periods Period to trace contacts(from onset of symptoms) : 3 months Epidemiological treatment : YES	sexual exposure; if reported, patients should be treated with a regimen with acceptable efficacy against pharyngeal gonorrhea infection. Recommended Regimen Ceftriaxone 250 mg IM in a single dose PLUS Azithromycin 1 g orally in a single dose Special Considerations Allergy, Intolerance, and Adverse Reactions Use of ceftriaxone or cefixime is contraindicated in persons with a history of an IgE-mediated penicillin allergy (e.g., anaphylaxis, Stevens Johnson syndrome, and toxic epidermal necrolysis) Data are limited regarding alternative regimens for treating gonorrhea among persons who have either a cephalosporin or IgE-mediated penicillin allergy. Potential therapeutic options are dual treatment with single doses of dual treatment with single doses of intramuscular gentamicin 240 mg plus oral azithromycin 2 g. Spectinomycin for treatment of urogenital and anorectal gonorrhea can be considered when available. Pregnancy Pregnant women infected with <i>N. gonorrhoeae</i> should be treated with dual therapy consisting of ceftriaxone 250 mg in a single IM dose and azithromycin 1 g orally as a single dose. When cephalosporin allergy or other considerations preclude

GPC				
LDC 2010	LDC 2013-2014	BASHH 2010-2013	IUSTI 2013	CDC 2015
	asymptomatique) devrait être avisée, subir un test et recevoir un traitement empirique quelles que soient les observations cliniques et sans attendre les résultats des analyses.	*If there have been no sexual contacts in these intervals: the most recent sexual contact beyond this interval Epidemiological treatment : YES		treatment with this regimen and spectinomycin is not available, consultation with an infectious-disease specialist is recommended. Management of Sex Partners Recent sex partners (i.e., persons having sexual contact with the infected patient within the 60 days preceding onset of symptoms or gonorrhea diagnosis) should be referred for evaluation, testing, and presumptive dual treatment. If the patient's last potential sexual exposure was >60 days before onset of symptoms or diagnosis, the most recent sex partner should be treated.

12. Tests de contrôle recommandés

12.1. Chlamydia trachomatis : indications

Documents québécois		GPC	
INESSS 2015	INSPQ-A 2015	LDC 2010	CDC 2015
• Persistance ou apparition de signes ou symptômes • Grossesse • Problème anticipé d’observance 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)	Procéder à un test de contrôle dans les situations suivantes seulement : • En présence de persistance (ou apparition) de signes ou symptômes; • Grossesse; • Problème anticipé d’observance au traitement; • Utilisation d’un schéma thérapeutique autre que ceux recommandés au Québec par les guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l’INESSS*; • Infection rectale traitée par azithromycine; • Infection à <i>C. trachomatis</i> L1-3 (LGV); • Chez les enfants prépubères	Urétrite • Des tests de contrôle devraient être offerts à tous les enfants.	Urétrite : with a specific diagnosis of chlamydia, gonorrhea, or trichomonas should be offered partner services and instructed to return 3 months after treatment for repeat testing because of high rates of reinfection.

12.2. Chlamydia trachomatis : prélèvements et analyses

Documents québécois		GPC	
INESSS 2015	INSPQ-A 2015	LDC 2010	CDC 2015
TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement	Le test de contrôle, dans le cas d’une infection à <i>C. trachomatis</i> , doit être réalisé par TAAN, le plus tôt possible à partir de trois semaines après la fin du traitement.	Urétrite • Des tests de contrôle devraient être offerts à tous les enfants.	Urétrite : with a specific diagnosis of chlamydia, gonorrhea, or trichomonas should be offered partner services and instructed to return 3 months after treatment for repeat testing because of high rates of reinfection.

12.3. *Neisseria gonorrhoeae* : indications

Documents québécois		GPC
INESSS 2015	INSPQ-A 2015	LDC 2013-2014
• Un test de contrôle devrait être effectué dans tous les cas d’infections gonococciques. le test de contrôle est particulièrement important dans les situations suivantes • Persistance ou apparition de signes ou symptômes • Grossesse • Problème anticipé d’observance au traitement • Utilisation d’un schéma thérapeutique autre que ceux recommandés • Infection pharyngée (même si traitée avec ceftriaxone) • Traitement en monothérapie (incluant 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	Un test de contrôle devrait être effectué dans tous les cas d’infections gonococciques. Le test de contrôle est particulièrement important dans les situations suivantes : • En présence de persistance (ou apparition) de signes ou symptômes; • Infection pharyngée (même si traitée avec ceftriaxone); • Grossesse; • Problème anticipé d’observance au traitement; • Utilisation d’un schéma thérapeutique autre que ceux recommandés au Québec par les guides sur le traitement pharmacologique des ITSS de l’INESSS*; • Traitement en monothérapie (incluant azithromycine 2 g, même si la souche est sensible à l’azithromycine)*; • Résistance à l'un des antibiotiques utilisés; • Partenaire d’un patient chez qui une résistance à l'un des antibiotiques utilisés a été démontrée; • Chez les enfants prépubères	<i>Section suivi du chapitre des infections gonococciques 2013 :</i> Suivi • Chez toutes les personnes ayant eu un diagnostic d’infection gonococcique, il est recommandé de refaire un test de détection 6 mois après le traitement, • Une culture de contrôle de tous les sites positifs devrait être effectuée de 3 à 7 jours après la fin de traitement, en particulier dans les cas suivants : – toute infection pharyngée; – signes ou symptômes persistants après le traitement; – cas traité par un schéma autre que la ceftriaxone, lorsque la ceftriaxone est le traitement de première intention; – traitement par une quinolone administré sans qu’une épreuve de sensibilité aux antimicrobiens n’ait été effectuée; – cas lié à un autre cas affichant une résistance confirmée aux antimicrobiens administrés contre l’infection gonococcique; – résistance établie aux antimicrobiens administrés; – cas associé à un cas d’échec thérapeutique qui a été traité par le même antibiotique; – échec d’un traitement antérieur contre la gonorrhée chez le cas; – observance du traitement incertaine; – nouvelle exposition à un partenaire non traité; – infection pendant la grossesse (86); – infection gonococcique disséminée; – test de contrôle à envisager pour les cas d’atteinte inflammatoire pelvienne chez lesquels <i>N. gonorrhoeae</i> a été isolé au départ et; – chez les femmes qui subissent une interruption volontaire de grossesse (IVG) et dont le test révèle une infection gonococcique, car ces femmes présentent un risque accru d’atteinte inflammatoire pelvienne. • Si le TAAAN est le seul test de contrôle possible, il ne devrait pas être effectué moins de 2 ou 3 semaines suivant le traitement en raison de la possibilité de résultats faussement positifs dus à la présence de bactéries non viables.

12.4. Neisseria gonorrhoeae : prélèvements et analyses

Documents québécois	
INESSS 2015	INSPQ-A 2015
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. En cas d’infections autres 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. 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.	Chez les personnes symptomatiques au moment du test de contrôle, il est recommandé de procéder à un test de contrôle par culture, le plus tôt possible à partir de trois jours après la fin du traitement^{bb}. Dans un contexte où il n’aura pas été possible de procéder au prélèvement pour culture dans un délai de moins de deux semaines suivant la fin du traitement, il est recommandé d’effectuer un prélèvement pour TAAN à partir de deux semaines après la fin du traitement, et de procéder de façon concomitante à un prélèvement pour culture^{cc}. En cas d’infection pharyngée (symptomatique ou non), il est recommandé de procéder à un test de contrôle par culture, le plus tôt possible à partir de trois jours après la fin du traitement À partir de deux semaines après la fin du traitement, en plus de la culture, un TAAN pourrait être effectué, mais il faut reconnaître que des résultats faussement positifs sont possibles. bb Le clinicien aura toujours la possibilité de répéter un prélèvement pour TAAN à partir de deux semaines (en l’absence de données probantes, les membres du CALI ne se prononcent toutefois pas sur les critères qui justifieraient un tel prélèvement supplémentaire). cc Dans le contexte d’une infection pharyngée, les membres du CALI et les experts consultés reconnaissent que la culture est moins sensible que le TAAN, mais cette stratégie semble le meilleur compromis, car : • Le test de contrôle est fait plus tôt par culture que par TAAN; • La culture permet d’obtenir la souche pour épreuve de sensibilité; • Certains laboratoires québécois utilisent des trousse de TAAN qui ont une moins bonne spécificité pour les prélèvements pharyngés, avec risque d’émission d’un résultat faussement positif par détection de <i>Neisseria</i> autre que <i>N. gonorrhoeae</i>. Chez les personnes asymptomatiques au moment du test de contrôle et dont le site d’infection est autre que le pharynx, il est recommandé de procéder à un test de contrôle par TAAN, le plus tôt possible à partir de deux semaines après la fin du traitement. En présence d’un résultat positif au TAAN de contrôle, il est souhaitable de procéder à un prélèvement pour culture si cela ne retarde pas le traitement. Un prélèvement pour culture pourrait aussi être effectué dans les situations suivantes, selon le jugement du clinicien et l’acceptabilité par le patient : • En même temps que le prélèvement pour TAAN, à partir de deux semaines après la fin du traitement; • Entre trois jours et deux semaines après la fin du traitement, si la personne est revue par le clinicien durant cet intervalle de temps. Puisque la culture est moins sensible que le TAAN, le clinicien pourrait proposer un prélèvement ultérieur pour TAAN à partir de deux semaines post-traitement (en l’absence de données probantes, les membres du CALI ne se prononcent toutefois pas sur les critères qui justifieraient un tel prélèvement supplémentaire). Certains laboratoires serveur n’offrent pas l’analyse par TAAN pour <i>N. gonorrhoeae</i>. Dans ce contexte, le test de contrôle devra être effectué par culture, dès le troisième jour post-traitement, même si la personne est asymptomatique.

Tableau F-2 : Extraction des données (grossesse et allaitement)

Antibiothérapie en grossesse – ITSS

Azithromycine			
GUO ITSS 2015	Utilisation en grossesse	Références	Suggestion GUO ITSS 2016
Aucune information relative à l’azithromycine en grossesse	L’azithromycine peut être utilisée tous les trimestres de la grossesse. ITSS : Traitement de première intention en chlamydirose (1000 mg PO x 1 dose) et de deuxième intention pour la gonorrhée (2 g PO x 1 dose) <u>Gonorrhée</u> : L’azithromycine est efficace contre les infections gonococciques non compliquée à une dose de 2g. Elle fait partie des recommandations québécoises en cas d’allergie aux céphalosporines ou allergie de type I à la pénicilline même si l’usage dans cette indication n’a pas été évalué chez la femme enceinte. <u>Chlamydia</u> : Les lignes directrices canadiennes et québécoises considèrent l’azithromycine comme le traitement de première intention à tous les trimestres de la grossesse.	Ferreira E, et al. Grossesse et allaitement : guide thérapeutique. 2013 ; p. 618, 708, 709, 713 et 714.	Azithromycine compatible avec la grossesse.
	Pregnancy recommendation : compatible The human pregnancy data do not suggest an embryo-fetal risk of developmental toxicity from azithromycin. The antibiotic has not been associated with an increased risk of pyloric stenosis.	Briggs GG et Freeman RK. Drugs in pregnancy and lactation: A reference guide to fetal and neonatal risk. 2015.	
	Aucune étude comparative rigoureuse n’a été menée chez la femme enceinte. Il ne faut administrer ZITHROMAX à la femme enceinte que si les bienfaits escomptés pour cette dernière l’emportent sur les risques éventuels pour le fœtus.	Monographie azithromycine, révisée 2016	

GUO ITSS 2015	Utilisation en grossesse	Références	Suggestion GUO ITSS 2016
Céfixime			
Aucune information relative au céfixime en grossesse	Les céphalosporines peuvent être utilisées tous les trimestres de la grossesse. ITSS : Traitement de première intention de la gonorrhée en grossesse	Ferreira E, et al. Grossesse et allaitement : guide thérapeutique. 2013 ; p. 615 et 714	Céfixime compatible avec la grossesse.
	Pregnancy recommendation : compatible The limited human pregnancy data do not suggest embryo-fetal risk. In addition, no detectable teratogenic risk with cephalosporin antibiotics was found in a large 2001 study (see Cephalexin).	Briggs GG et Freeman RK. Drugs in pregnancy and lactation: A reference guide to fetal and neonatal risk. 2015.	
	L'innocuité de SUPRAX dans le traitement des infections chez la femme enceinte n'a pas été établie. Étant donné que les résultats des études de reproduction animale ne permettent pas toujours de prédire quelle sera la réponse chez l'humain, le médicament ne doit être utilisé au cours de la grossesse que si les avantages escomptés de l'administration de SUPRAX l'emportent sur les risques éventuels pour le foetus ou la mère.	Monographie céfixime, révisée en 2016	
Ceftriaxone			
Aucune information relative à la ceftriaxone en grossesse	Les céphalosporines peuvent être utilisées tous les trimestres de la grossesse. ITSS : Traitement de première intention de la gonorrhée en grossesse	Ferreira E, et al. Grossesse et allaitement : guide thérapeutique. 2013 ; p. 615 et 714	Ceftriaxone compatible avec la grossesse.
	Pregnancy recommendation : compatible No detectable teratogenic risk with cephalosporin antibiotics was found in a large 2001 study (see Cephalexin).	Briggs GG et Freeman RK. Drugs in pregnancy and lactation: A reference guide to fetal and neonatal risk. 2015.	
	L'innocuité de ROCEPHIN dans le traitement des infections chez la femme enceinte n'a pas été établie. ROCEPHIN ne devrait être utilisé durant la grossesse que si les avantages escomptés l'emportent sur les risques possibles pour le foetus ou la mère.	Monographie ceftriaxone, révisée 2010	

Doxycycline			
GUO ITSS 2015	Utilisation en grossesse	Références	Suggestion GUO ITSS 2016
Mention dans le texte et note de bas de page : Contre-indiqué chez les femmes enceintes ou qui allaitent	L'exposition à une tétracycline au premier trimestre ne requiert pas de suivi obstétrical particulier. Les tétracyclines sont à éviter pendant la grossesse, en particulier à partir de 16 semaines , car il existe un risque de décoloration des dents chez l'enfant exposé <i>in utero</i> . Son utilisation est déconseillée à partir de 16 semaines de grossesse. ITSS : Les tétracyclines ne sont pas recommandées pour le traitement de la chlamydie durant la grossesse.	Ferreira E, et al. Grossesse et allaitement : guide thérapeutique. 2013 ; p. 626 et 708	
	Pregnancy recommendation : Contraindicated in 2nd and 3rd Trimesters Tetracyclines are a class of antibiotics that should be used with extreme caution, if at all, in pregnancy. These agents can cause significant maternal and fetal toxicity. Problems attributable to the use of the tetracyclines during or around the gestational period can be classified into four areas : Adverse effects on fetal teeth and bones, Maternal liver toxicity, Congenital defects and Miscellaneous effects.	Briggs GG et Freeman RK. Drugs in pregnancy and lactation: A reference guide to fetal and neonatal risk. 2015.	
	Doxycycline (sous forme de capsules ou de comprimés) ne doit pas être administré aux femmes enceintes, sauf si , de l'avis du médecin, les bienfaits potentiels pour la mère l'emportent sur les risques encourus par le fœtus. Il faut savoir que l'administration d'hyclate de doxycycline, au cours de la formation des dents (durant le dernier trimestre de la grossesse, l'allaitement, la période néonatale et la première enfance jusqu'à l'âge de 8 ans), risque d'altérer la teinte des dents de façon permanente (en jaune, gris ou brun). [...] Par conséquent, on déconseille d'administrer Doxycycline (sous forme de capsules ou de comprimés) à ces groupes d'âge, sauf quand les autres antibiotiques ne sont pas efficaces ou qu'ils sont contre-indiqués.	Monographie doxycycline, révisée en 2015	

Métronidazole			
GUO ITSS 2015	Utilisation en grossesse	Références	Suggestion GUO ITSS 2016
Aucune information relative au métronidazole en grossesse	Le métronidazole peut être utilisé tous les trimestres de la grossesse . Chez les femmes qui présentent un risque élevé d'accouchement prématuré, les études d'efficacité du métronidazole ont montré des résultats contradictoires.	Ferreira E, et al. Grossesse et allaitement : guide thérapeutique. 2013 ; p. 620	
	Pregnancy recommendation: Human Data Suggest Low Risk. Although some of the available reports have arrived at conflicting conclusions as to the safety of metronidazole in pregnancy, most of the published evidence suggests that the anti-infective does not represent a significant risk of structural defects to the fetus . For other indications [not trichomoniasis or bacterial vaginosis], metronidazole can be used during pregnancy if there are no other alternatives with established safety profiles. The use of metronidazole for trichomoniasis or vaginosis during the 2nd and 3rd trimesters is acceptable. For other indications, metronidazole can be used during pregnancy if there are no other alternatives with established safety profiles.	Briggs GG et Freeman RK. Drugs in pregnancy and lactation: A reference guide to fetal and neonatal risk. 2015.	
	Le métronidazole traverse la barrière placentaire et passe rapidement dans la circulation du fœtus. Bien que des femmes enceintes aient déjà été soumises à Flagyl sans complication apparente, on ignore quels sont les effets de ce médicament sur l'organogenèse humaine. Il est donc préférable de ne pas administrer Flagyl aux femmes enceintes et de s'abstenir de l'employer pendant le premier trimestre de la grossesse. Si dans des cas d'infections anaérobies graves chez des femmes enceintes on croit nécessaire d'administrer Flagyl, on ne devra le faire que si l'on juge que les bénéfices thérapeutiques qui en résulteront l'emportent sur les risques auxquels le fœtus est exposé. Chez l'humain, on a analysé les dossiers de 2500 femmes qui avaient reçu Flagyl à divers stades de la grossesse. La fréquence globale des anomalies congénitales a été la même que celle qui est connue chez les mères non traitées, et l'examen des données compilées n'a révélé aucune tendance ou morphologie typique dans les anomalies rapportées, ni aucun signe d'une relation de cause à effet .	Monographie métronidazole, révisée en 2017	

Antibiothérapie en allaitement – ITSS

Azithromycine			
GUO ITSS 2015	Utilisation en allaitement	Références	Suggestion GUO ITSS 2016
Aucune information relative à l’azithromycine en allaitement	L’érythromycine, la clarithromycine et l’azithromycine sont compatibles avec l’allaitement . ITSS : Traitement de première intention de la chlamydia (1000 mg PO x 1 dose, même traitement que la population générale) et de deuxième intention pour la gonorrhée (2 g PO x 1 dose) à utiliser en cas d’allergie aux céphalosporines ou allergie de type I à la pénicilline.	Ferreira E, et al. Grossesse et allaitement : guide thérapeutique. 2013 ; p. 652, 710 et 714.	Azithromycine compatible avec l’allaitement
	Breast-feeding recommendation : compatible .	Briggs GG et Freeman RK. Drugs in pregnancy and lactation: A reference guide to fetal and neonatal risk. 2015.	
	En conséquence, il ne faut administrer ZITHROMAX à la femme qui allaite que si les bienfaits escomptés pour cette dernière l’emportent sur les risques pour le nourrisson.	Monographie azithromycine, révisée 2016	

Céfixime			
GUO ITSS 2015	Utilisation en allaitement	Références	Suggestion GUO ITSS 2016
Aucune information relative au céfixime en allaitement	Les céphalosporines sont compatibles avec l’allaitement vu la faible exposition de l’enfant par l’allaitement et le bon profil de tolérance en pédiatrie. Quelques cas de diarrhées chez des nourrissons ont été notifiés, mais cet état est fréquent chez un bébé allaité et non spécifique. ITSS : Traitement de première intention de la gonorrhée en allaitement	Ferreira E, et al. Grossesse et allaitement : guide thérapeutique. 2013 ; p. 647 et 714	Céfixime compatible avec l’allaitement
	Breast-feeding recommendation: compatible . The American Academy of Pediatrics classifies other cephalosporin antibiotics as compatible with breastfeeding (for example, see Cefadroxil and Cefazolin).	Briggs GG et Freeman RK. Drugs in pregnancy and lactation: A reference guide to fetal and neonatal risk. 2015.	
	On ne sait pas si SUPRAX est excrété dans le lait maternel. Étant donné que plusieurs médicaments le sont, il faut exercer une certaine prudence lors de l’administration de SUPRAX à une femme qui allaite.	Monographie céfixime, révisée en 2016	

Ceftriaxone			
GUO ITSS 2015	Utilisation en allaitement	Références	Suggestion GUO ITSS 2016
Aucune information relative à la ceftriaxone en allaitement	Les céphalosporines sont compatibles avec l'allaitement vu la faible exposition de l'enfant par l'allaitement et le bon profil de tolérance en pédiatrie. Quelques cas de diarrhées chez des nourrissons ont été notifiés, mais cet état est fréquent chez un bébé allaité et non spécifique. ITSS : Traitement de première intention de la gonorrhée en allaitement	Ferreira E, et al. Grossesse et allaitement : guide thérapeutique. 2013 ; p. 647 et 714	Ceftriaxone compatible avec l'allaitement
	Breast-feeding recommendation: compatible . The American Academy of Pediatrics classifies ceftriaxone as compatible with breastfeeding	Briggs GG et Freeman RK. Drugs in pregnancy and lactation: A reference guide to fetal and neonatal risk. 2015.	
	La ceftriaxone passe dans le lait humain en faibles concentrations (les concentrations maximales de médicament total dans le lait se situaient entre 0,45 et 0,65 µg/mL, environ 5 heures après l'administration i.v. ou i.m. d'une dose de 1 g). Comme on ne connaît pas l'importance clinique de ce phénomène, il faut faire preuve de prudence lorsque ce médicament est administré à des femmes qui allaitent.	Monographie ceftriaxone, révisée 2010	

Métronidazole			
GUO ITSS 2015	Utilisation en allaitement	Références	Suggestion GUO ITSS 2016
Aucune information relative au métronidazole en allaitement	Le métronidazole est utilisé en néonatalogie et en pédiatrie et présente un bon profil de tolérance. Il n'est pas nécessaire de cesser l'allaitement en cas de traitements avec des doses uniques ou multiples de 200 à 500 mg. L'Académie américaine de pédiatrie recommande un arrêt de l'allaitement pendant 12-24 heures après une dose unique de 2g de métronidazole. Cette recommandation s'applique surtout aux prématurés et aux nouveau-nés chez qui la T1/2 du métronidazole est prolongée (24-75 heures). Cependant, le clinicien peut décider, même dans ce contexte, de ne pas interrompre l'allaitement.	Ferreira E, et al. Grossesse et allaitement : guide thérapeutique. 2013 ; p. 653 et 654	
	Breast-feeding recommendation : Hold Breastfeeding (Single Dose) Limited Human Data - Potential Toxicity (Divided Dose) Except for this one case [diarrhea and secondary lactose intolerance], no reports of adverse effects in metronidazole-exposed nursing infants have been located. However, because the drug is mutagenic and carcinogenic in some test species, unnecessary exposure to metronidazole should be avoided .	Briggs GG et Freeman RK. Drugs in pregnancy and lactation: A reference guide to fetal and neonatal risk. 2015.	
	Le métronidazole est sécrété dans le lait maternel à des concentrations voisines de celles que l'on retrouve dans le plasma. On ne doit donc pas administrer Flagyl aux mères qui allaitent .	Monographie métronidazole, révisée en 2017	

Doxycycline			
GUO ITSS 2015	Utilisation en allaitement	Références	Suggestion GUO ITSS 2016
Mention dans le texte et note de bas de page : Contre-indiqué chez les femmes enceintes ou qui allaitent	L'utilisation des tétracyclines à court terme (par ex., moins de 3 semaines) n'est pas contre-indiquée si elles sont nécessaires à la prise en charge de la mère. L'utilisation sur une longue période n'est cependant pas recommandée en raison d'une crainte théorique d'un effet sur la croissance ou sur la coloration des dents de l'enfant exposé. Aucun cas de coloration des dents ou de retard de croissance n'a toutefois été rapporté à ce jour chez des enfants allaités. La liaison au calcium et aux protéines du lait des tétracyclines pourrait limiter l'exposition par le lait maternel en diminuant l'absorption par l'enfant. Cet effet est cependant moins probable avec la doxycycline et la minocycline, pour lesquelles la liaison est plus faible. Les facteurs de risque de coloration des dents incluent la dose, la durée de traitement et le type d'agent utilisé. Puisque l'exposition attendue par le lait maternel est faible, on ne s'attend pas à ce qu'un traitement de courte durée (par ex., moins de 3 semaines) entraîne une coloration des dents. Les tétracyclines peuvent être utilisées durant l'allaitement pour des traitements de courte durée (3 semaines). Résumé : Aucun effet indésirable lié à l'allaitement maternel rapporté à ce jour ; crainte théorique d'une altération des dents et de la croissance osseuse en cas d'utilisation prolongée (> 3 semaines) ITSS : Traitement de première intention de la chlamydie	Ferreira E, et al. Grossesse et allaitement : guide thérapeutique. 2013 ; p. 107, 660 et 710	
	Breast-feeding recommendation : compatible. The American Academy of Pediatrics classifies tetracycline as compatible with breastfeeding. Three potential problems may exist for the nursing infant even though there are no reports in this regard: modification of bowel flora, direct effects on the infant, and interference with the interpretation of culture results if a fever workup is required.	Briggs GG et Freeman RK. Drugs in pregnancy and lactation: A reference guide to fetal and neonatal risk. 2015.	
	Les tétracyclines sont excrétées dans le lait maternel. Par conséquent, l'administration d'hyclate de doxycycline n'est pas recommandée chez les femmes qui allaitent. Mise en garde idem qu'en grossesse (risque d'altérer la teinte des dents de façon permanente)	Monographie doxycycline, révisée en 2015	

ANNEXE G

Évaluation des références spécialisées en grossesse et allaitement

Tableau G-1 : Déterminer la fiabilité de l'information, autres documents

	BRIGGS [BRIGGS ET FREEMAN, 2015]		EMA FERREIRA [FERREIRA ET AL., 2013]	
Évaluateurs	1	2	1	2
Évaluer l'auteur. Critères : identification, réputation, affiliation, expertise, publications, références, fréquence de citations				
L'auteur est-il clairement identifié? (Attention : parfois, l'anonymat est un choix de l'éditeur.)	Oui	Oui	Oui	Oui
L'auteur est-il réputé?	Oui	Oui	Oui	Oui
L'auteur est-il affilié à une organisation ou à une institution? Si oui, est-ce clairement indiqué?	Oui	Oui	Oui	Oui
Le sujet du document fait-il partie du champ d'expertise de l'auteur?	Oui	Oui	Oui	Oui
L'auteur a-t-il d'autres publications à son actif? (Monographies, articles, etc.)	Oui	Oui	Oui	Oui
L'auteur cite-t-il ses sources? Les cite-t-il correctement? (Notes de bas de page complètes OU références dans le texte et la bibliographie)	Oui	Oui	Oui	Oui
L'auteur est-il cité? Si oui, est-ce dans des sources fiables?	Oui	Oui	Oui	Oui
Évaluer l'éditeur. Critères : identification, réputation, expertise				
Y a-t-il un éditeur? Est-il clairement identifié?	Oui	Oui	Oui	Oui
L'éditeur est-il connu et réputé?	Oui	Oui	Oui	Oui
L'éditeur est-il spécialisé dans le domaine du sujet traité dans le document?	Non	Non	Oui	Oui
Évaluer le contenu. Critères : adéquation, exactitude, spécificité, objectivité, registre de langue, rédaction, actualité, méthodologie employée, support graphique				

L'information présentée dans le document répond-elle adéquatement à votre besoin d'information ?	Oui	Oui	Oui	Oui
Les données et les faits présentés sont-ils vérifiables?	Oui	Oui	Oui	Oui
Le raisonnement est-il bien construit?	Oui	Oui	Oui	Oui
L'information présentée est-elle suffisamment spécifique pour votre besoin d'information? Est-elle trop générale?	Oui	Oui	Oui	Oui
Peut-il y avoir conflit d'intérêts de l'auteur ou de l'éditeur?	Information non disponible	Information non disponible	Information non disponible	Information non disponible
Quel est le registre de langue utilisé?	Registre soutenu	Registre soutenu	Registre soutenu	Registre soutenu
La rédaction du document est-elle correcte et claire?	Oui	Oui	Oui	Oui
Le contenu est-il suffisamment récent pour être utilisé pour votre travail? A-t-il été réédité, mis à jour?	Oui	Oui	Oui	Oui
Présente-t-on de l'information quant au type de méthodologie employé?	Non	Non	Non	Non
Si cela est pertinent, retrouve-t-on des graphiques ou des images pour appuyer le contenu? Si oui, constituent-ils une valeur ajoutée par rapport au texte?	Non applicable	Non applicable	Oui	Oui
Recommandation de l'utilisation de l'ouvrage	Oui	Oui	Oui	Oui

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement [Des sections du site Web Lignes directrices canadiennes (LDC) ont été mises à jour en 2013 et en 2014]. Ottawa, ON : ASPC; 2010. Disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php>.
- Agostini A, Bourret A, Derniaux É, Garbin O, Huchon C, Lamy-Zuily C, Quentin R. Les infections génitales hautes. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2012;41(8):930-4.
- Australasian Sexual Health Alliance (ASHA). Australasian STI management guidelines for use in primary care [site Web]. Sydney, Australie : Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine (ASHM); 2016. Disponible à : <http://www.sti.guidelines.org.au/>.
- Briggs GG et Freeman RK. Drugs in pregnancy and lactation, Tenth edition. Philadelphie, PA : Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins Health; 2015.
- British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). BASHH Guidelines [Le site Web contient des documents produits entre 2010 et 2015 sur plusieurs infections transmises sexuellement et par le sang présentées dans l'Annexe F]. Macclesfield, Royaume-Uni : BASHH; 2016. Disponible à : <https://www.bashh.org/guidelines>.
- Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CALI). Tests de contrôle à la suite de la détection d'une infection à *C. trachomatis* ou d'une infection à *N. gonorrhoeae* : indications et analyses recommandées. Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2015. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/test_de_controle_c_trachomatis_et_n_gonorrhoeae.pdf.
- Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, Whiteman MK. U.S. Selected practice recommendations for contraceptive use, 2016. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). MMWR Recomm Rep 2016;65(4):1-66.
- Ferreira E, Martin B, Morin C. Grossesse et allaitement : guide thérapeutique. 2^e éd. Montréal, Qc : Éditions du CHU Sainte-Justine; 2013.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Urétrites et cervicites non compliquées : stratégie diagnostique et thérapeutique de prise en charge - Fiche mémo. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2015. Disponible à : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2038472/fr/uretrites-et-cervicites-non-compliquees-strategie-diagnostique-et-therapeutique-de-prise-en-charge.
- Hoffmann-La Roche Limitée. Rocephin® (ceftriaxone sodique stérile). Monographie. Mississauga, ON : Hoffmann-La Roche Limitée; 2010. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00010029.PDF.
- Infectious Diseases Society of Taiwan, Taiwan AIDS Society, Taiwan Urological Association, Taiwan Association of Obstetrics and Gynecology, Medical Foundation in Memory of Dr. Deh-Lin Cheng, Foundation of Professor Wei-Chuan Hsieh for Infectious Diseases Research and Education, CY Lee's Research Foundation for Pediatric Infectious Diseases and Vaccines. Guideline on antimicrobial therapy of sexually transmitted diseases in Taiwan. J Microbiol Immunol Infect 2010;43(1):81-3.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Traitement pharmacologique ITSS - Approche syndromique. Guide d'usage optimal. Québec, Qc : INESSS; 2015. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Syndromes_majdec2015.pdf.
- International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI). Current European Guidelines - Management of syndromes [Le site Web contient des documents produits entre 2012 et 2016 sur plusieurs infections

transmises sexuellement et par le sang présentées dans l'Annexe F]. Southampton, Royaume-Uni : IUSTI; 2016. Disponible à : <http://www.iusti.org/regions/europe/euroguidelines.htm>.

Kong FY, Tabrizi SN, Fairley CK, Vodstrcil LA, Huston WM, Chen M, et al. The efficacy of azithromycin and doxycycline for the treatment of rectal chlamydia infection: A systematic review and meta-analysis. *J Antimicrob Chemother* 2015;70(5):1290-7.

Kong FY, Tabrizi SN, Law M, Vodstrcil LA, Chen M, Fairley CK, et al. Azithromycin versus doxycycline for the treatment of genital chlamydia infection: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Infect Dis* 2014;59(2):193-205.

Labbé A-C, Trudelle A, Venne S, Fafard J, Charest L, Fortin C, et al. Lymphogranulomatose vénérienne : avis sur le dépistage, la prise en charge clinique et la surveillance au Québec. Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2015. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2130_lymphogranulomatose_venerienne.pdf (consulté le 16 novembre 2016).

Lazaro N. Sexually transmitted infections in primary care. Second Edition. Londres, Angleterre : Royal College of General Practitioners (RCGP), British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2013. Disponible à : <http://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/clinical-resources/sexually-transmitted-infections-in-primary-care.aspx>.

New Zealand Sexual Health Society (NZSHS) Incorporated. Best practice guidelines [site Web]. Auckland, Nouvelle-Zélande : NZSHS; 2015. Disponible à : <http://www.nzshs.org/guidelines>.

Pfizer Canada inc. Zithromax^{MD} - Antibiotique. Monographie. Kirkland, Qc : Pfizer Canada inc.; 2016. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00035926.PDF.

Pickard R, Bartoletti R, Bjerklund-Johansen TE, Bonkat G, Bruyère F, Çek M, et al. EAU guidelines on urological infections. Arnheim, Pays-Bas : European Association of Urology (EAU); 2016. Disponible à : <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urological-Infections-2016.pdf>.

Sanis Health Inc. Capsules^{Pr} Doxycycline : capsules d'hyclate de doxycycline, USP. Comprimés^{Pr} Doxycycline : comprimés d'hyclate de doxycycline, USP. Renseignements thérapeutiques. Dieppe, NB : Sanis Health Inc.; 2015. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00030664.PDF.

Sanofi-Aventis Canada Inc. Flagyl[®] (métronidazole) - Antibactérien – Antiprotozoaire. Monographie de produit. Laval, Qc : Sanofi-Aventis Canada Inc.; 2017. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00038286.PDF.

Sanofi-Aventis Canada Inc. Suprax[®] - Antibiotique. Monographie de produit. Laval, Qc : Sanofi-Aventis Canada Inc.; 2016. Disponible à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00033567.PDF.

Western Australia Department of Health (WA Health). Silver book – Guidelines for managing sexually transmitted infections and blood-borne viruses [site Web]. Perth, Australie : WA Health; 2016. Disponible à : <http://ww2.health.wa.gov.au/Silver-book>.

Workowski KA et Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Recomm Rep* 2015;64(RR-03):1-137.