

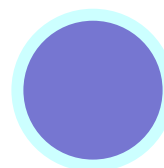
Mise à jour ITSS

Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS

30 novembre 2007 - 10 décembre 2007

Andrée Côté, médecin-conseil
Marie-Paule Gauthier, infirmière-conseil
Johanne Milette, infirmière-conseil

Équipe ITSS
Direction de santé publique



Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec



Mise à jour ITSS

- Mot de bienvenue
- Horaire de la journée
- Présentation du matériel
- Consignes : Dîner, période de questions, certificats



Objectifs de la journée

- Mettre à jour les connaissances en ITSS pour un service de dépistage régional optimal
- Outiller le personnel infirmier des SIDEPCSS afin qu'il puisse réaliser l'intervention préventive auprès des personnes atteintes de gonorrhée et syphilis infectieuse et de leurs partenaires (IPPAP)



Programme national de santé publique (PNSP)

**Les objectifs du PNSP et de la mise à jour
du programme visent la diminution de
l'incidence des ITSS.**

Ex.: Réduire le taux d'incidence de la
chlamydie génitale à moins de 100 par
100 000 personnes



Précisions sur les ITSS

Les ITSS que l'infirmier(ère) peut dépister

- L'infection gonococcique
- L'infection à *chlamydia trachomatis*
- La syphilis
- L'hépatite B
- L'hépatite C
- L'infection par le VIH

Réf.: Guide de dépistage, p.33



Précisions sur les ITSS

Les conditions pour faire le dépistage

Pour le personnel infirmier, plusieurs conditions sont essentielles pour « initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique »



Précisions sur les ITSS

Les conditions pour faire le dépistage (suite)

Se conformer au *Guide québécois de dépistage - Infections transmissibles sexuellement et par le sang*, MSSS, 2006



Précisions sur les ITSS

Les conditions pour faire le dépistage (suite)

S'assurer au préalable de l'existence d'une entente de service pour diriger vers un médecin toute personne symptomatique ou toute personne dont les résultats d'analyses seraient positifs ou indéterminés



Précisions sur les ITSS

Les conditions pour faire le dépistage (suite)

Transmettre au laboratoire la liste des noms et des numéros de pratique du personnel infirmier habilité à faire du dépistage



Précisions sur les ITSS

Les conditions pour faire le dépistage (suite)

Organiser un transport adéquat des prélèvements au laboratoire selon les normes de qualité

- Instaurer des mesures administratives facilitant la gestion des dossiers, selon les milieux d'intervention concernés



Précisions sur les ITSS

Les conditions pour faire le dépistage (suite)

Collaborer à la surveillance régionale de l'infection gonococcique et de la syphilis en faisant parvenir les sections suivantes du dossier à la Direction de santé publique (Télécopieur confidentiel : 1-866-377-6236)

- Facteurs de risque
- Données cliniques



Précisions sur les ITSS

Les conditions pour faire le dépistage (suite)

S'assurer que les dossiers appartenant à la Direction de santé publique (MADO) soient facilement repérables



Présentation des documents de référence

La consultation des documents suivants a permis d'élaborer le contenu scientifique de cette mise à jour :

- *Guide québécois de dépistage des ITSS*
- *Briser la chaîne de transmission des ITSS, la contribution de l'infirmière du service Info-Santé (INSPQ)*
- et
- *ces nouveaux documents.*



Présentation des documents de référence (suite)

Ces documents ont préséance sur les *Lignes directrices canadiennes 2006* et *l'Essentiel des Lignes directrices canadiennes 2006*.

Toutefois, ces documents demeurent la référence pour d'autres éléments de contenu.



Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Édition 2006

Agence de santé publique du Canada



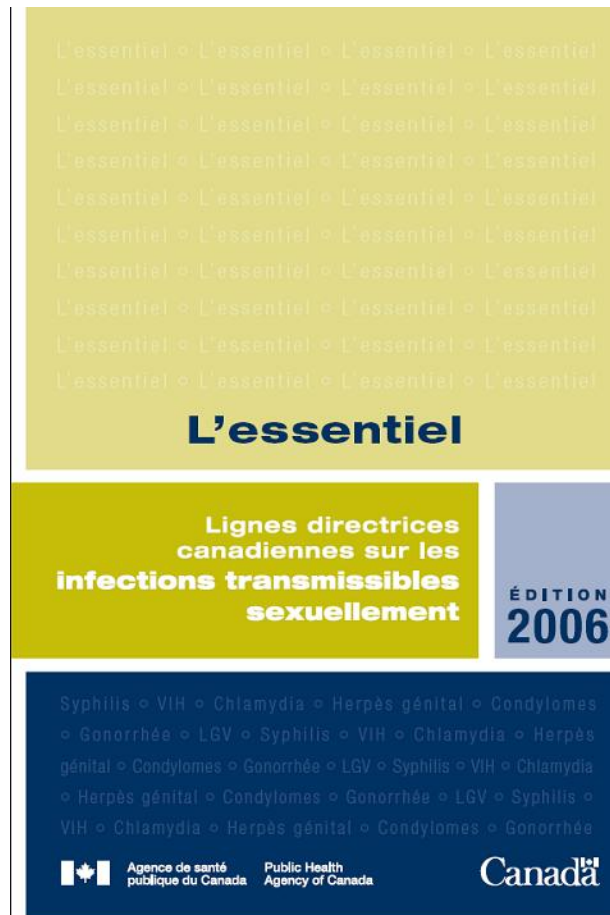
Disponible en version électronique à l'adresse suivante :

www.santepublique.gc.ca/its

L'ESSENTIEL

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Édition 2006

Agence de santé publique du Canada



Disponible en version
électronique à l'adresse
suivante :

www.santepublique.gc.ca/its

COMPLÉMENT QUÉBÉCOIS

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Édition 2006 INSPQ, MSSS



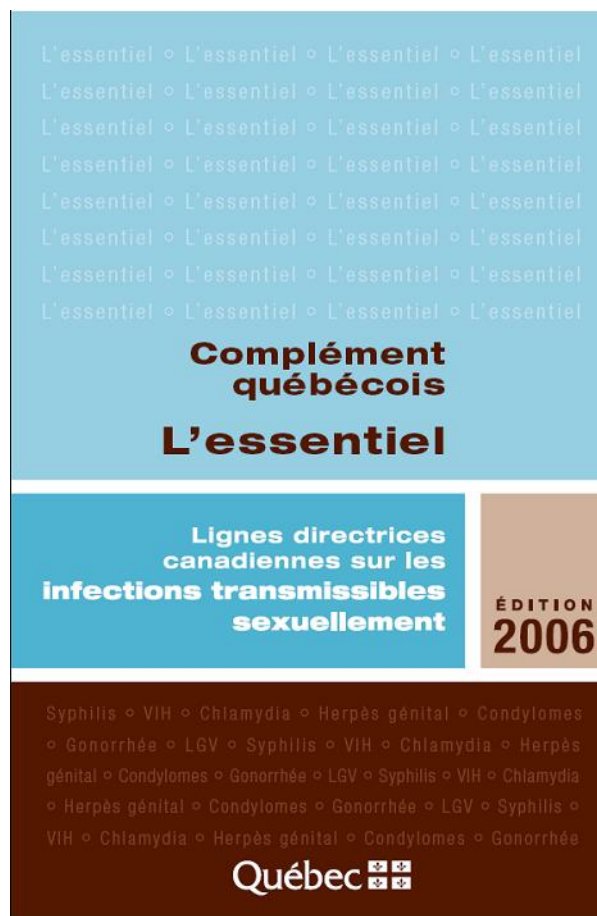
Disponible en version
électronique à l'adresse
suivante :

<http://www.inspq.qc.ca>

COMPLÉMENT QUÉBÉCOIS – L'ESSENTIEL

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Édition 2006

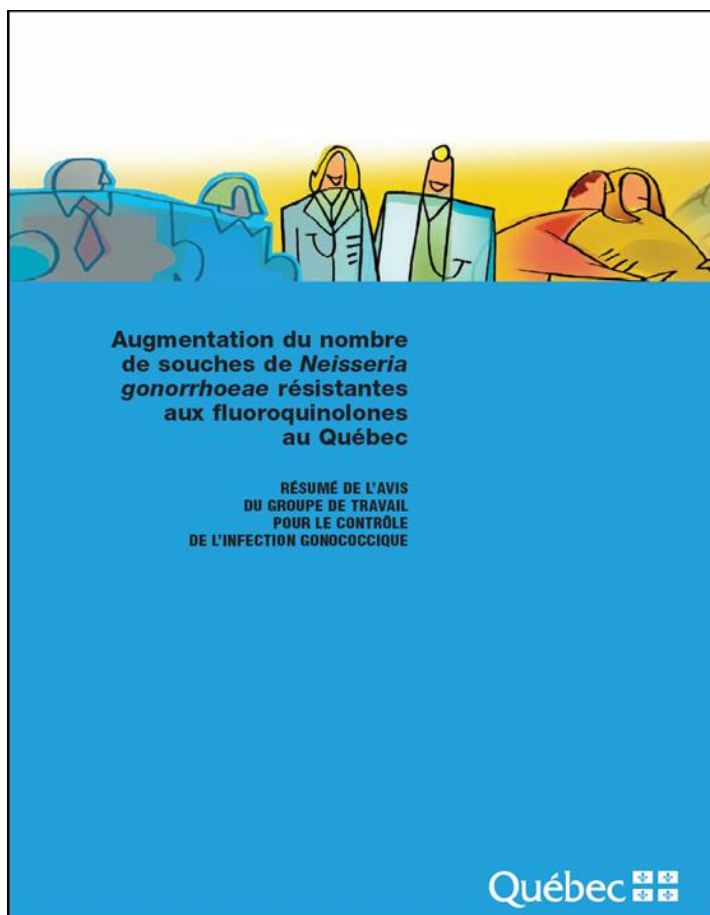
INSPQ, MSSS



Disponible en version
électronique à l'adresse
suivante :

www.msss.gouv.qc.ca section
Documentation, rubrique
Publications

Augmentation du nombre de souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux fluoroquinolones au Québec – Résumé de l'avis du groupe de travail pour le contrôle de l'infection gonococcique - 2007

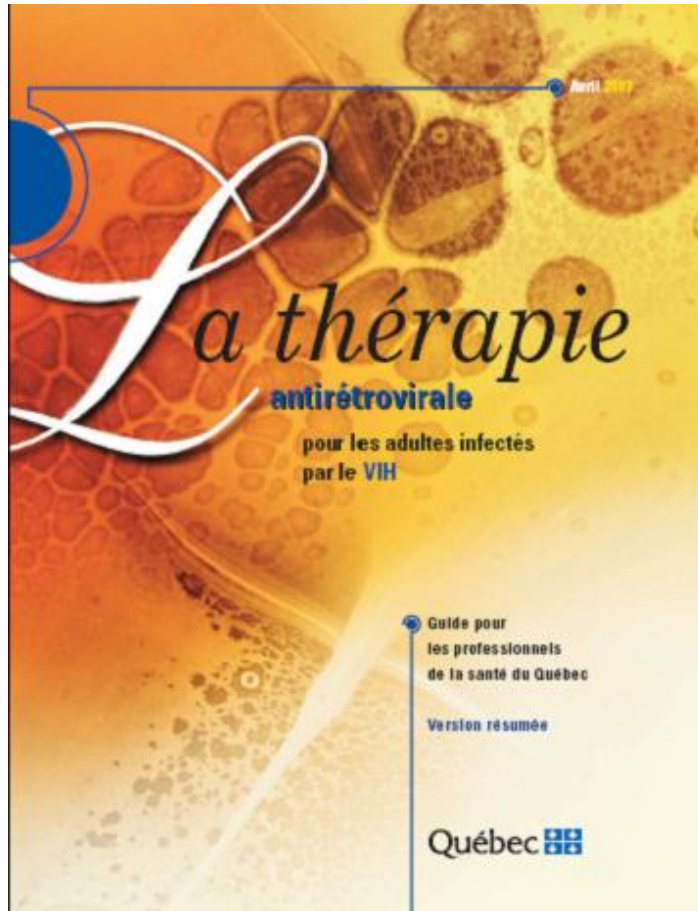


Disponible en version
électronique à l'adresse
suivante :

www.msss.gouv.qc.ca section
Documentation, rubrique
Publications

À titre d'information

La thérapie antirétrovirale pour les adultes infectés par le VIH – Guide pour les professionnels de la santé du Québec – version résumée - 2007



Disponible en version
électronique à l'adresse
suivante :

www.msss.gouv.qc.ca section
Documentation, rubrique
Publications

Portrait des ITSS

- Société Plan de Vol
- Les infections à *Chlamydia trachomatis*
- Les infections à *Neisseria gonorrhoeae*
- L'hépatite C
- La syphilis



Portrait des ITSS (suite)

Société Plan de Vol

- Système d'information sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO)
- Accès aux données de vigie et de surveillance des MADO (Québec, région, CSSS) par Internet



Portrait des ITSS (suite)

Société Plan de Vol

Site de l'Agence :

 <http://www.agence04.qc.ca>

Sur le site, cliquer sur la tuile bleue (MADO)

Adresse Internet :

 <http://www.madomcq.qc.ca>



Portrait des ITSS (suite)

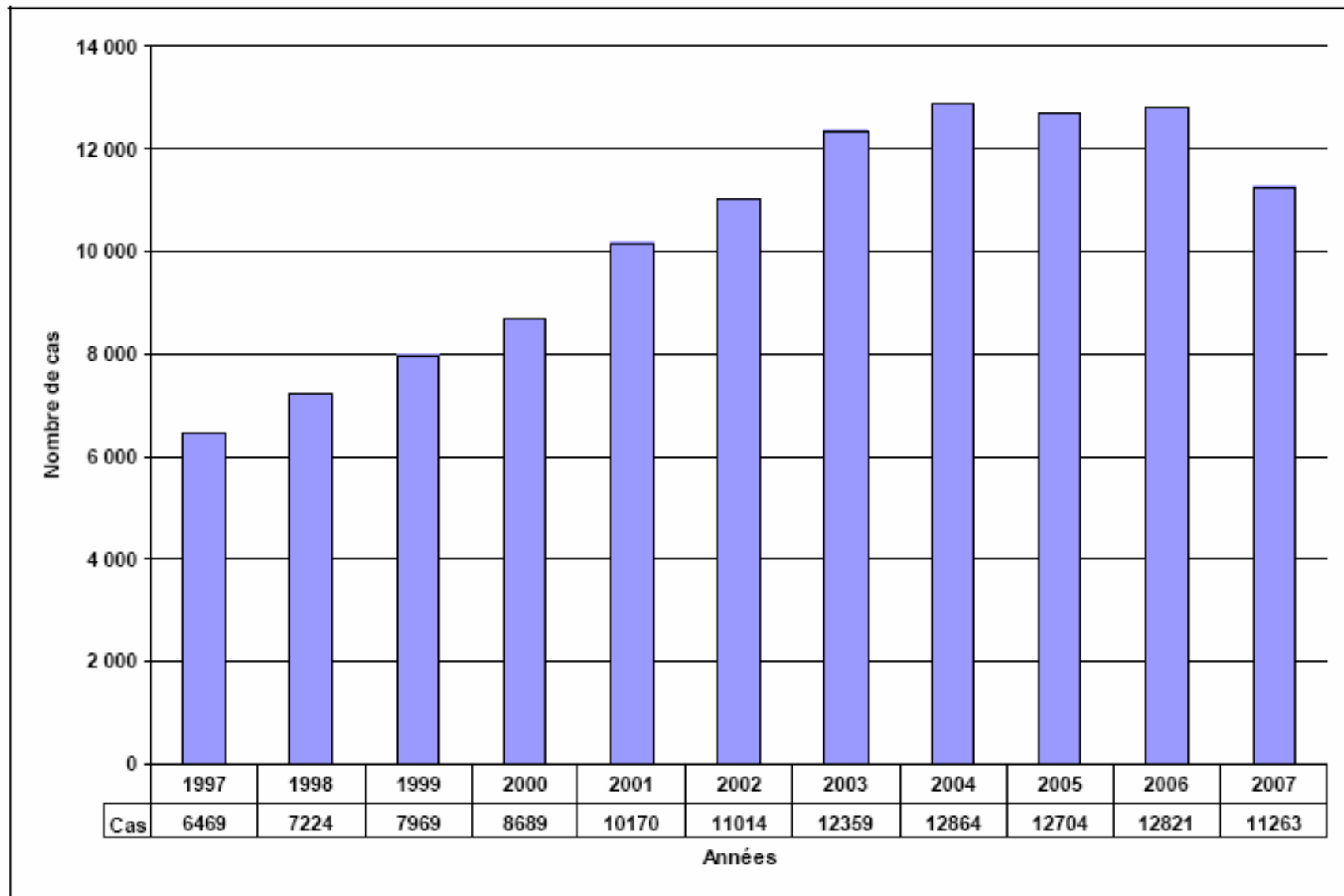
Société Plan de Vol

Accès réservé

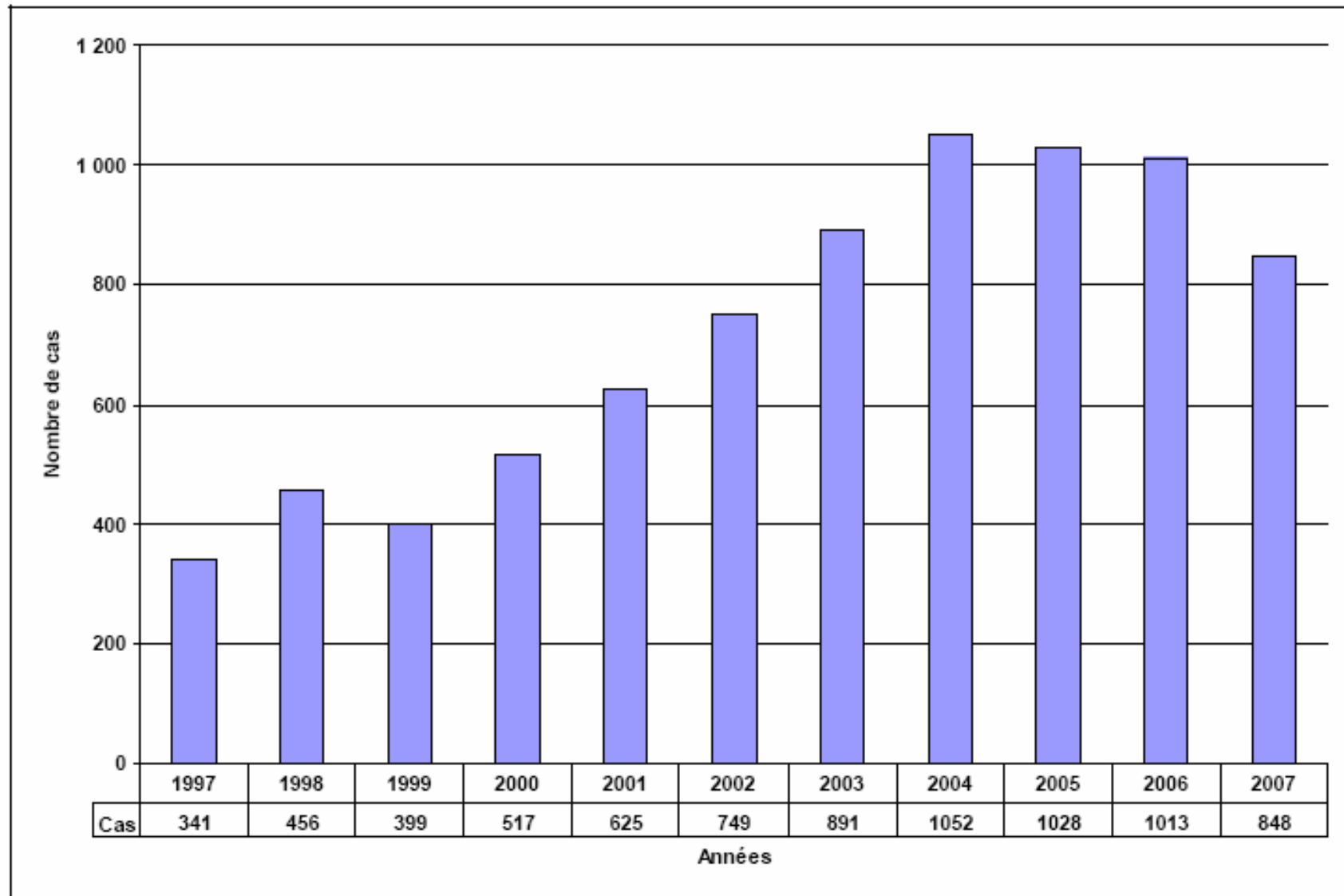
- Adresse Internet de votre établissement à votre nom
- Code d'utilisateur : 3 premières lettres du nom de famille et du prénom, suivies de 01
- Mot de passe : 12345



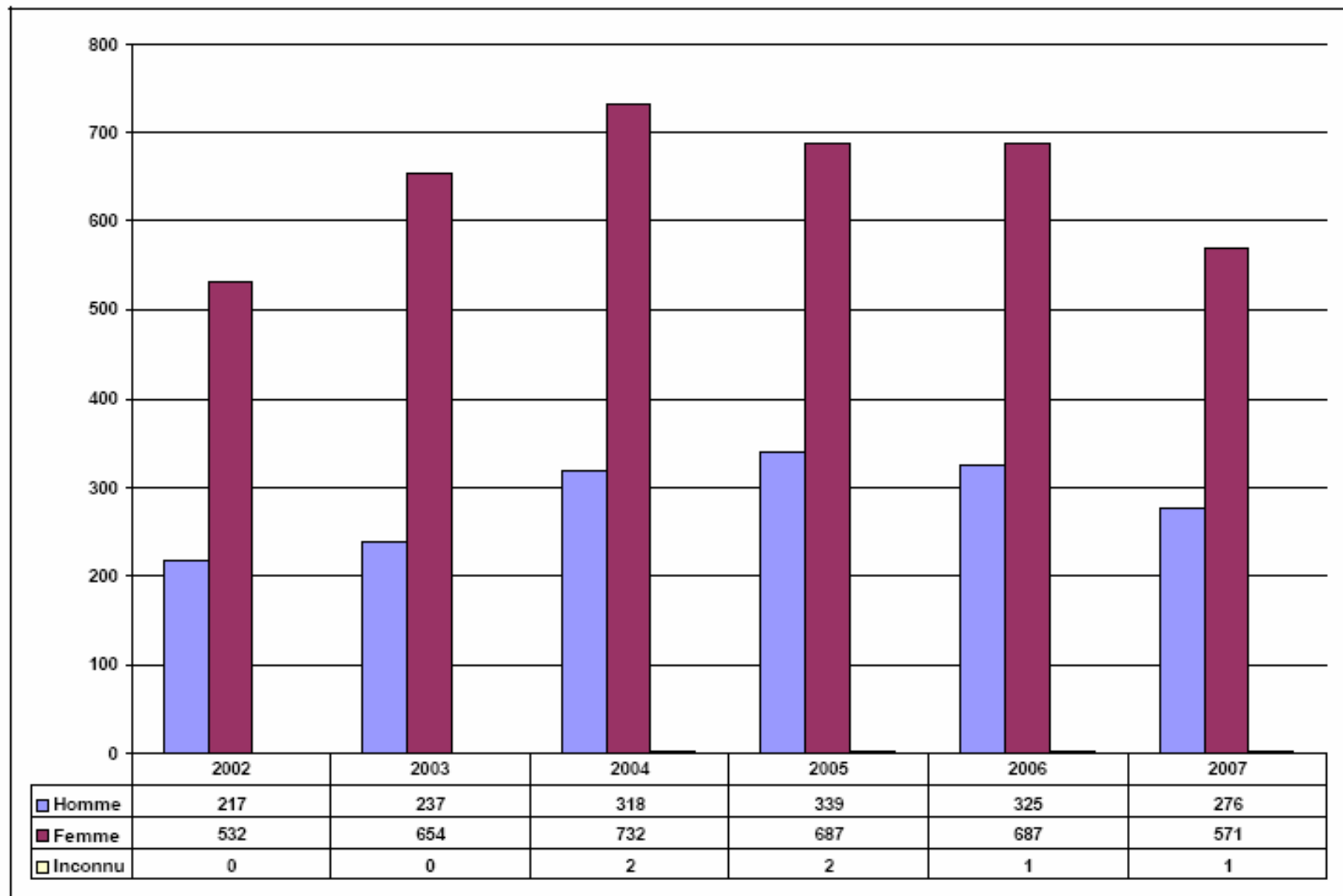
**Nombre de déclarations de « Chlamydieuse génitale » par année
Province de Québec - 1997 à 2007**



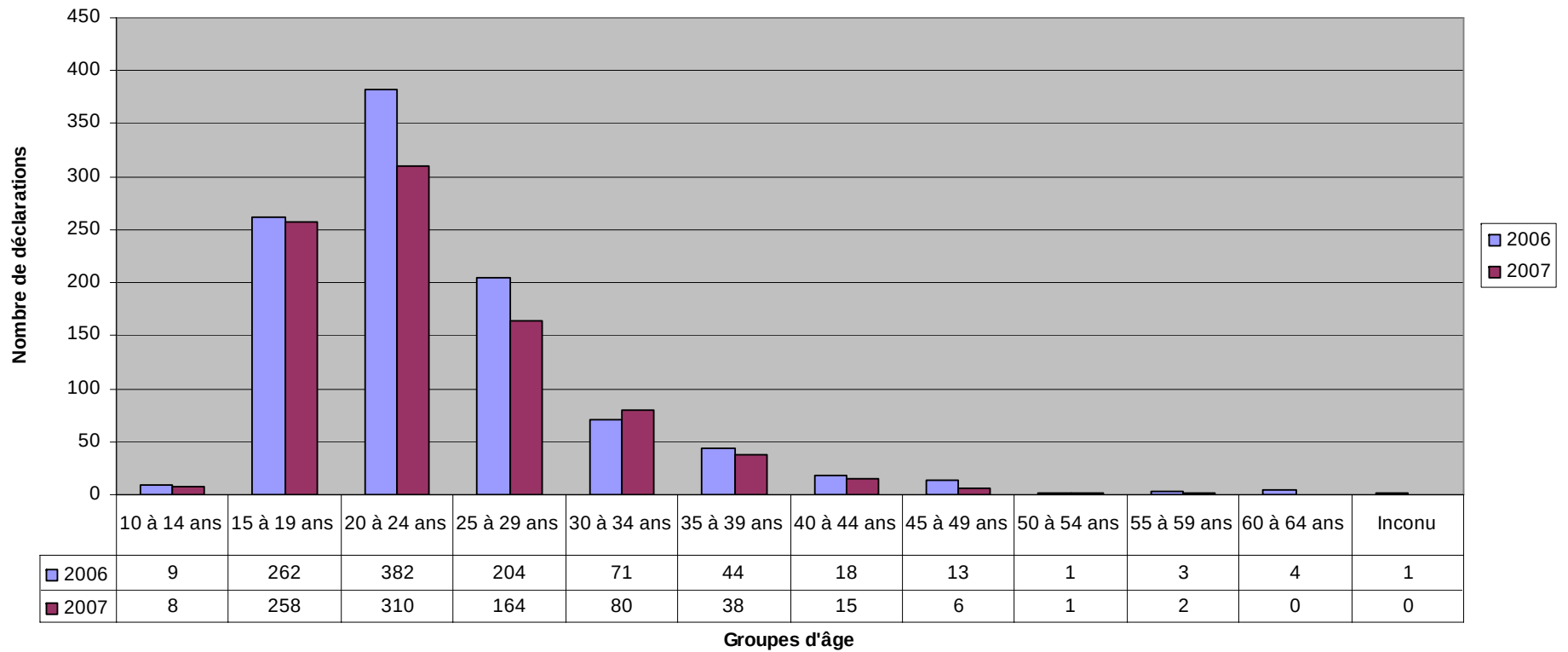
**Nombre de déclarations de « Chlamydiae génitale » par année
Région Mauricie et Centre-du-Québec - 1997 à 2007**



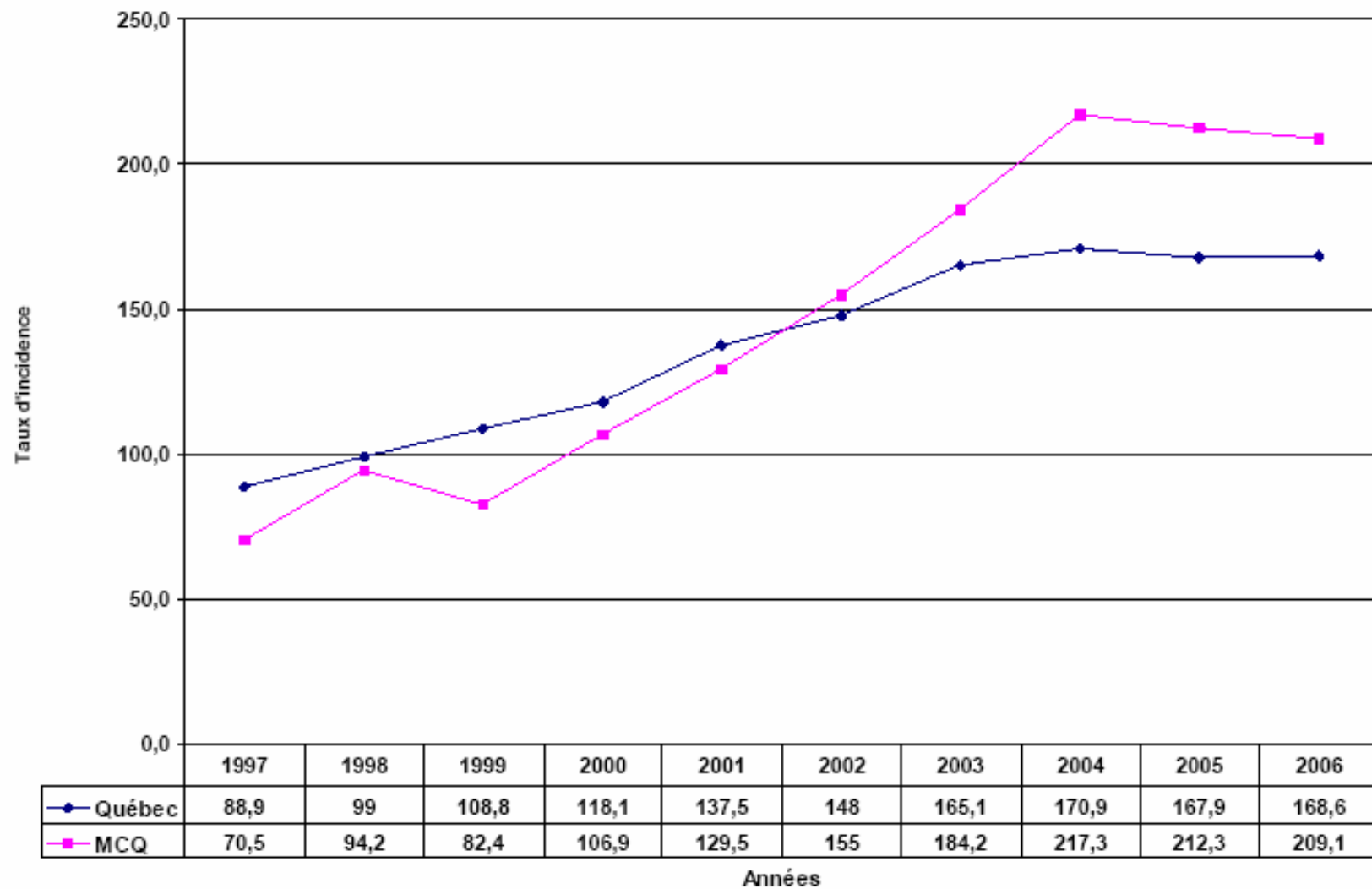
**Nombre de déclarations selon le sexe de « Chlamydie génitale »
Région Mauricie et Centre-du-Québec - 2002 à 2007**



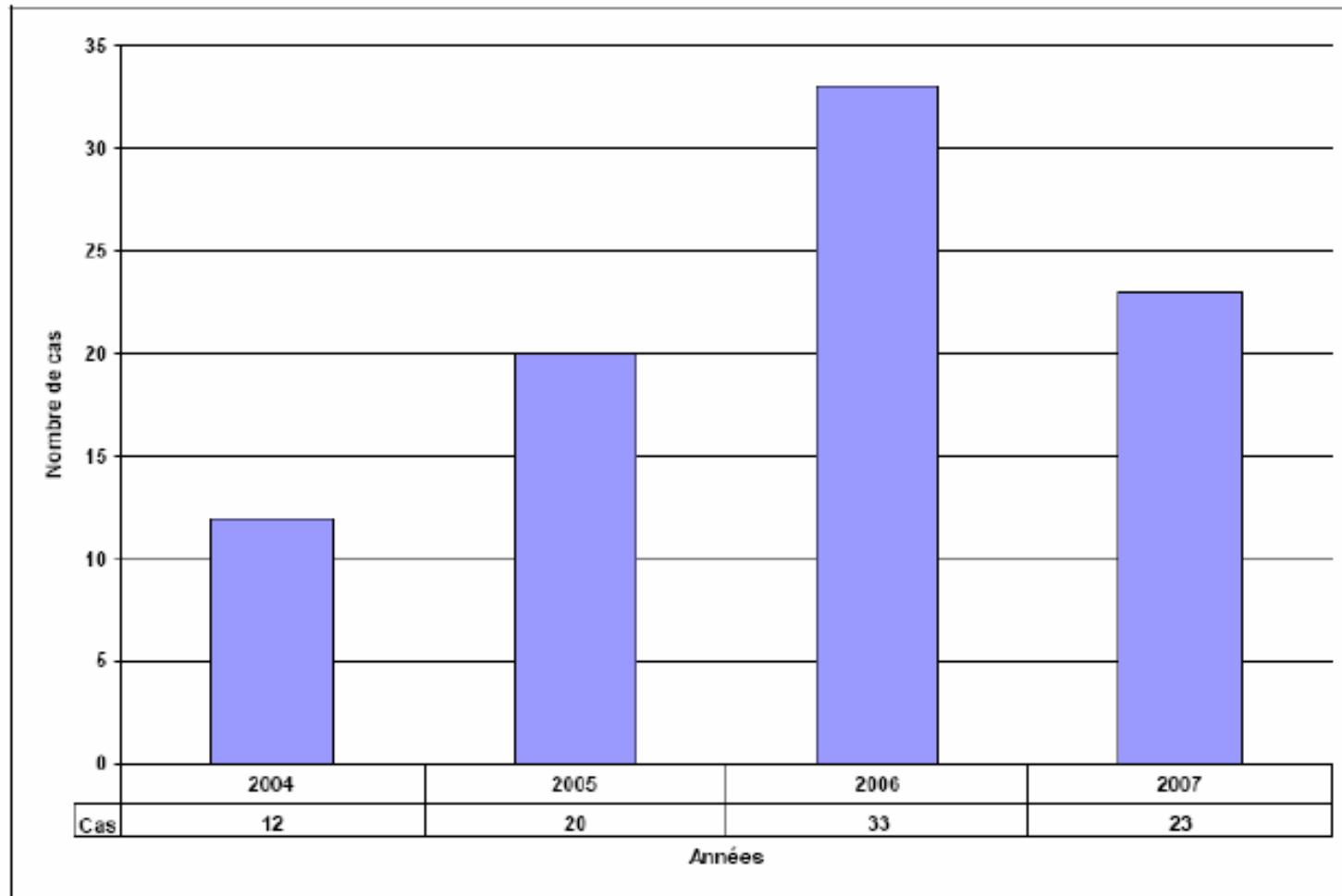
Chlamydie génitale
Nombre de déclarations selon le groupe d'âge, 2006-2007
Région Mauricie et Centre-du-Québec
(Janvier 2007 au 24 novembre 2007)



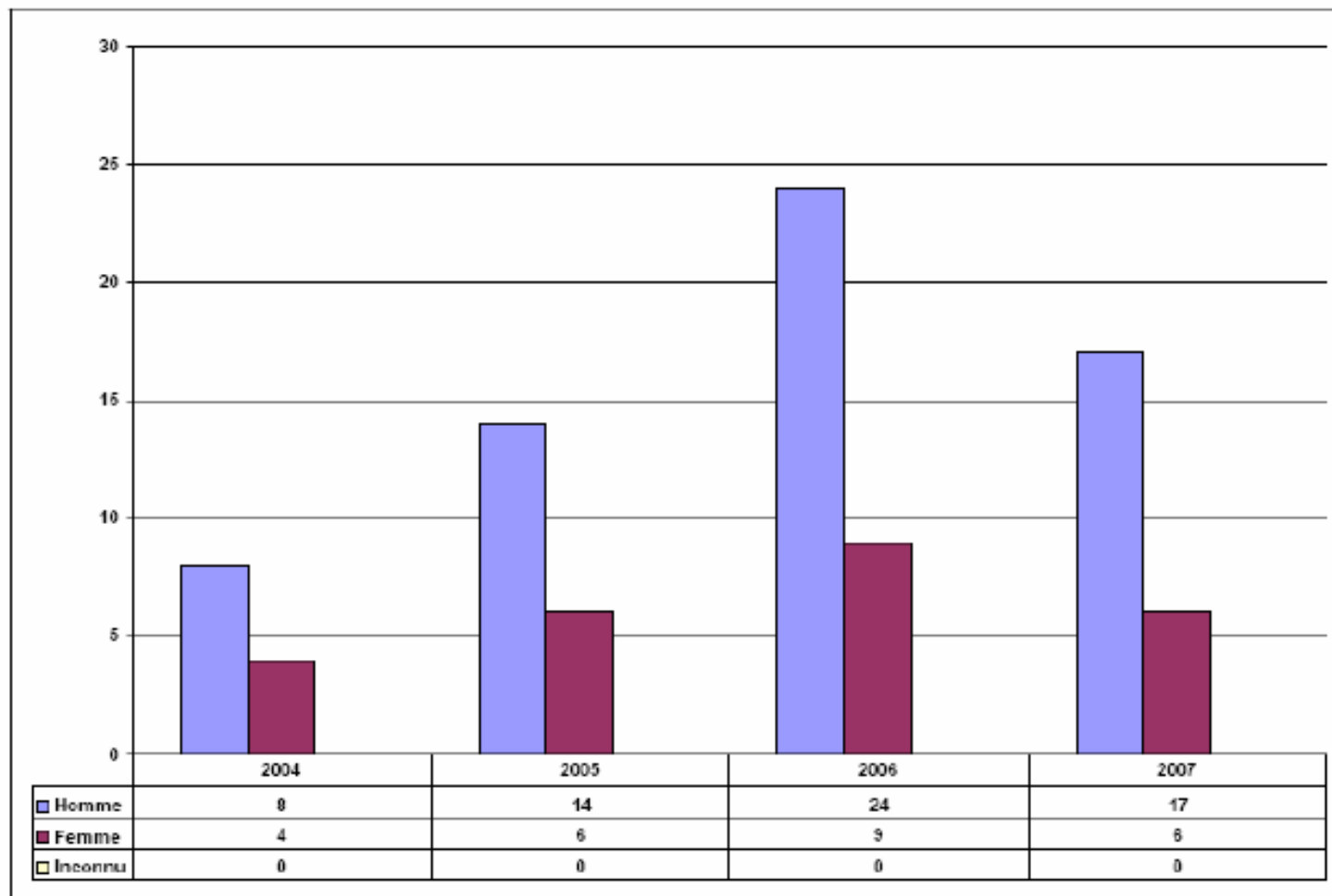
Comparatif du taux d'incidence de « Chlamydie génitale » par année
Province de Québec, Région Mauricie et Centre-du-Québec - 1997 - 2006



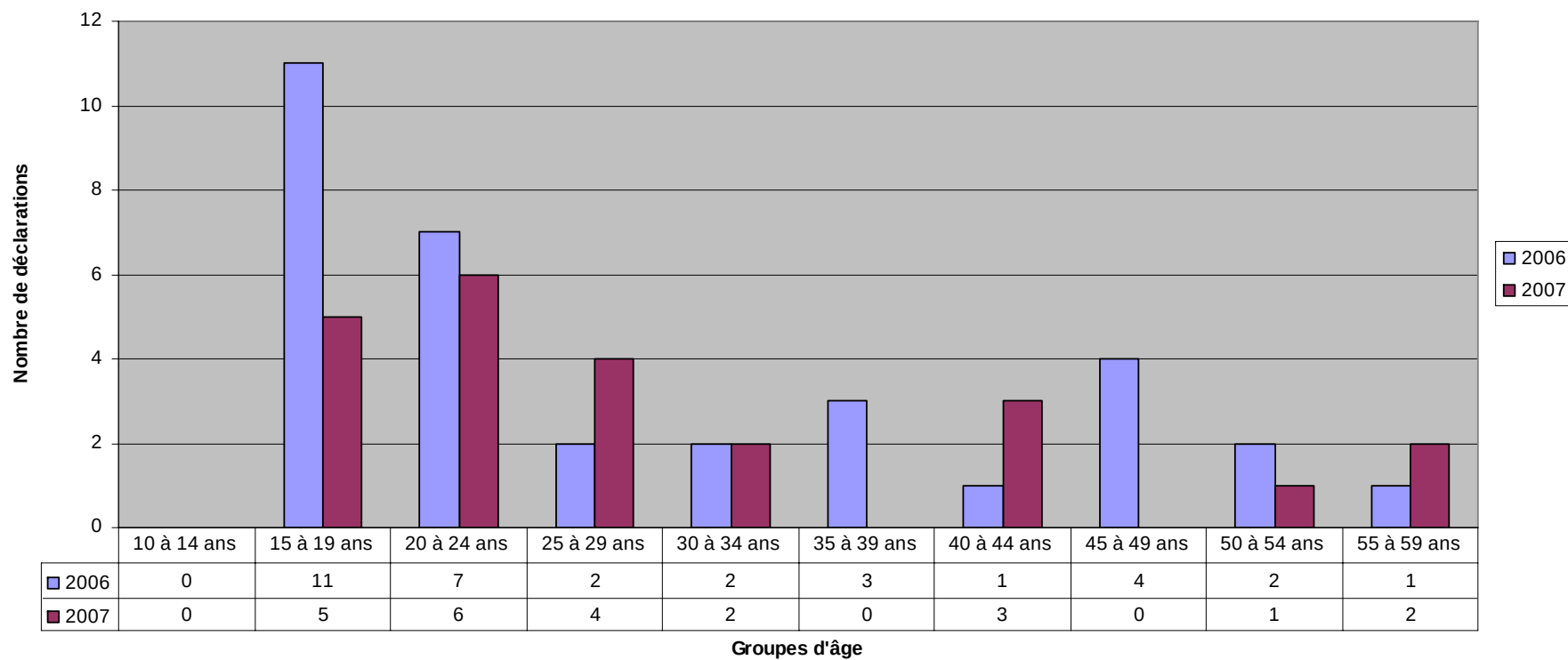
**Nombre de déclarations de « Infection gonococcique » par année
Région Mauricie et Centre-du-Québec - 2004 à 2007**



**Nombre de déclarations selon le sexe de « Infection gonococcique »
Région Mauricie et Centre-du-Québec - 2004 à 2007**



Infections gonococciques
Nnombre de déclarations selon le groupe d'âge, 2006-2007
Région Mauricie et Centre-du-Québec
(Janvier 2007 au 24 novembre 2007)



Infections gonococciques

Année	Nombre de cas déclarés	Personnes de sexe masculin	Facteurs de risque connus	Âge
2006	33	24/33	11/33 HARSAH 1 travailleur du sexe 1 sauna 1 contact Internet 1 pays endémique 1 partenaire anonyme 22/33 hétéro à risque (3 chlamydias positifs)	15-19 : 11/33 20-24 : 7/33 25-29 : 2/33 30-34 : 2/33 35-39 : 3/33 40-44 : 1/33 45-49 : 4/33 50-54 : 2/33 55-59 : 1/33 Donc 18/33 < 25 ans

Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

2007-11-30

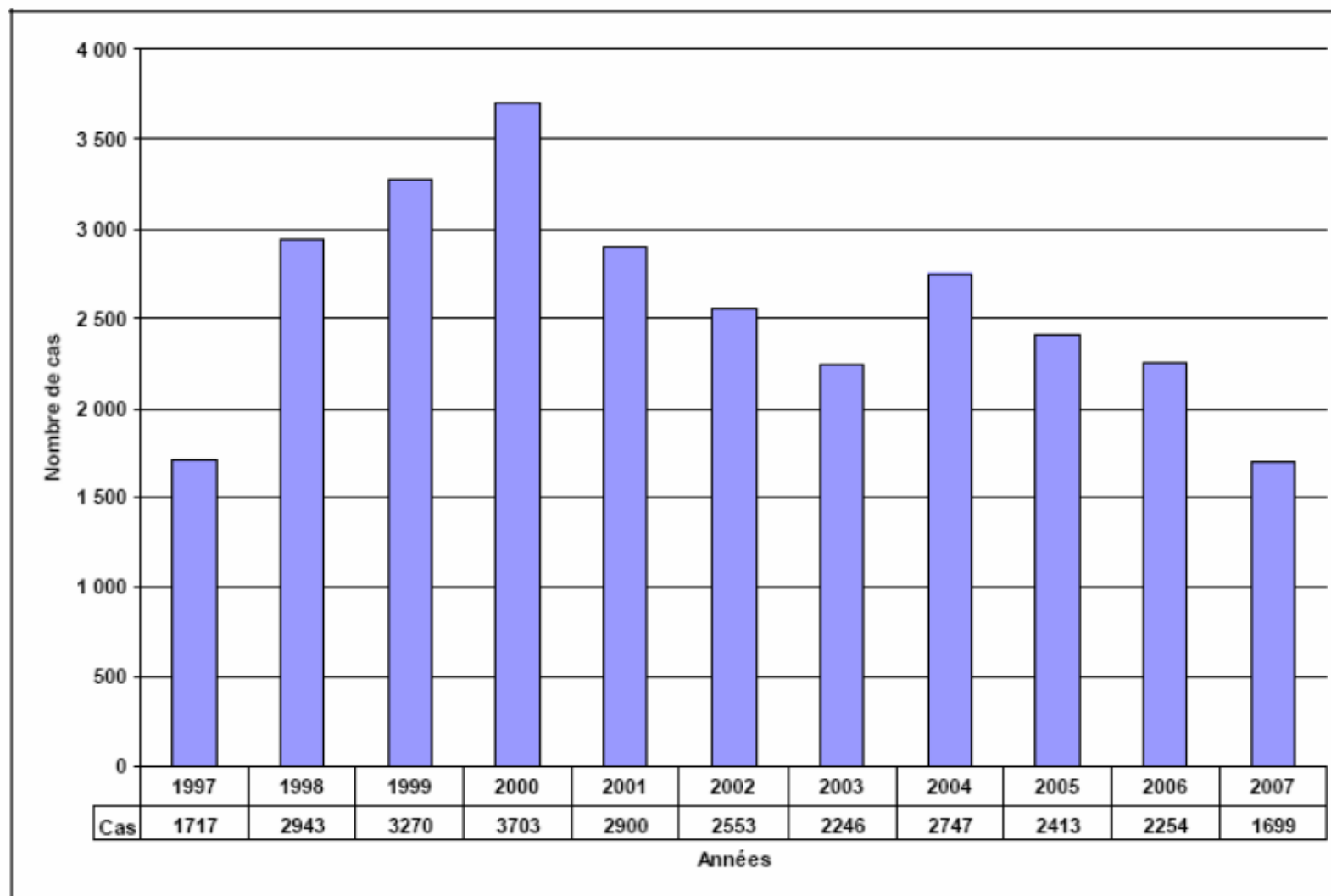
Infections gonococciques

Année	Nombre de cas déclarés	Personnes de sexe masculin	Facteurs de risque connus	Âge
2007	21 au 2007-11-18	16/21	8/21 HARSAH 2 saunas 13/21 Hétéro à risque 1 pays endémique 1 travailleur du sexe 1 communauté autochtone 1 inconnu	15-19 : 4/21 20-24 : 6/21 25-29 : 3/21 30-34 : 2/21 35-39 : 0/21 40-44 : 3/21 45-49 : 0/21 50-54 : 1/21 55-59 : 2/21 Donc 10/21 < 25 ans

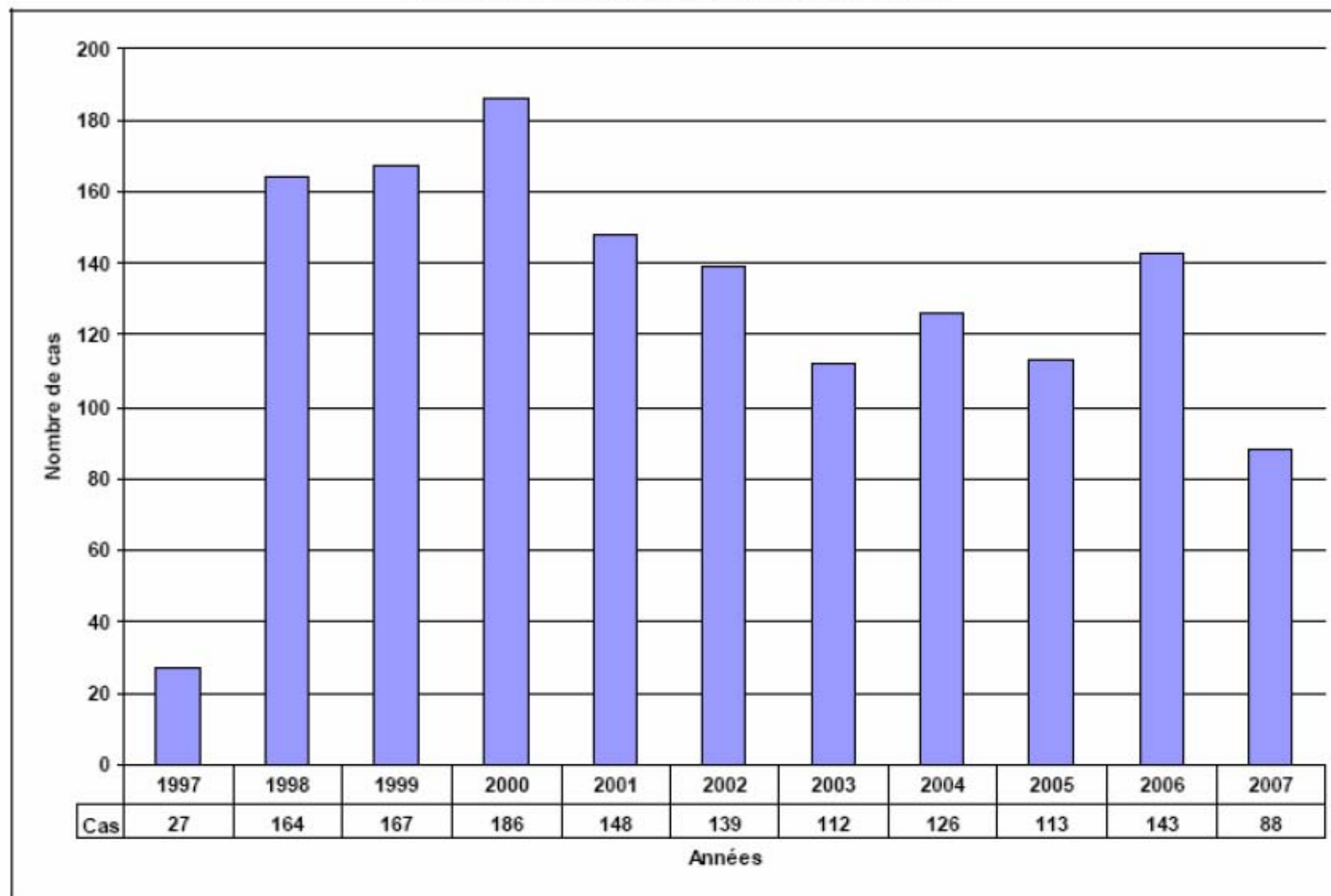
Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

2007-11-30

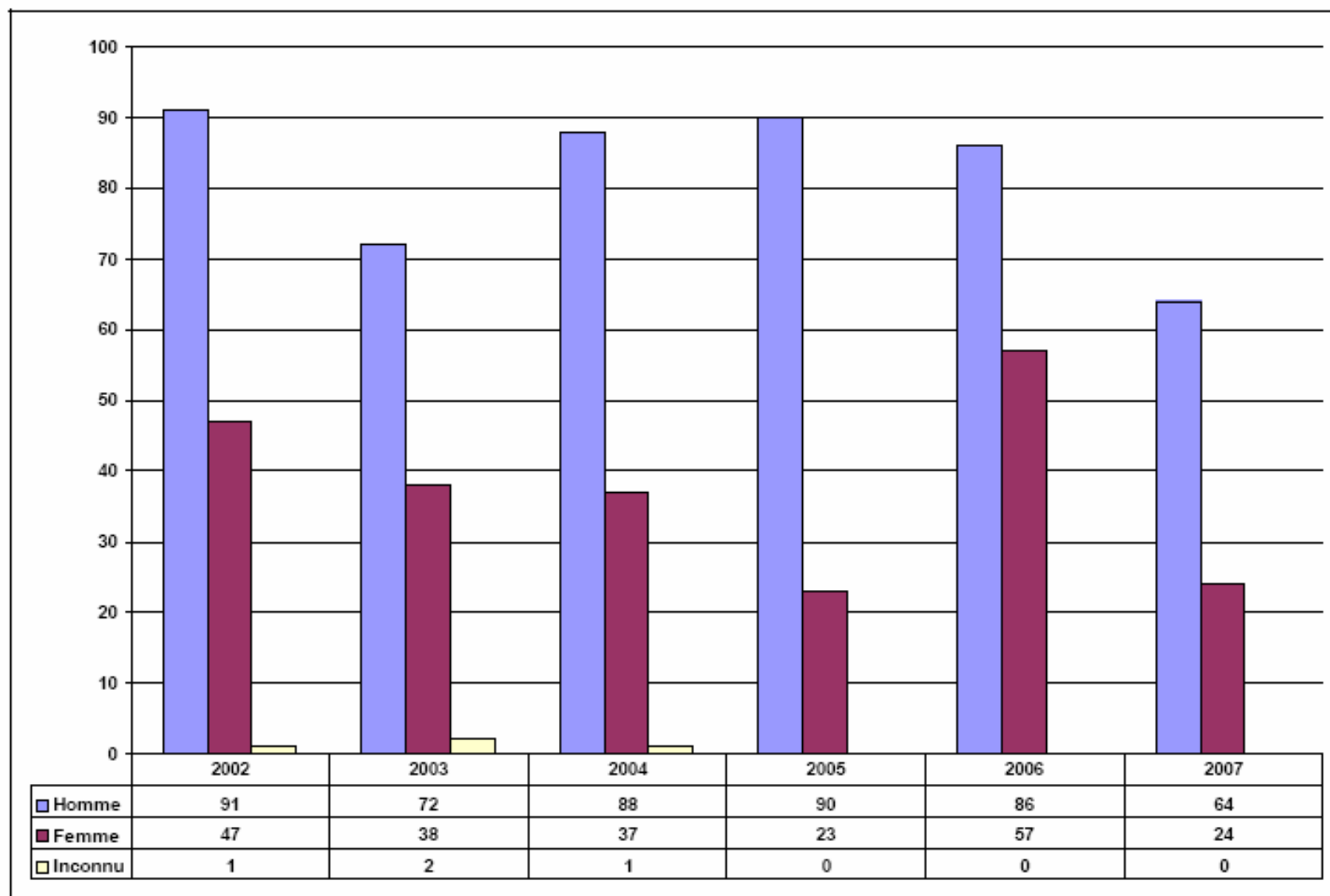
**Nombre de déclarations de « Hépatite C sans précision » par année
Province de Québec - 1997 à 2007**



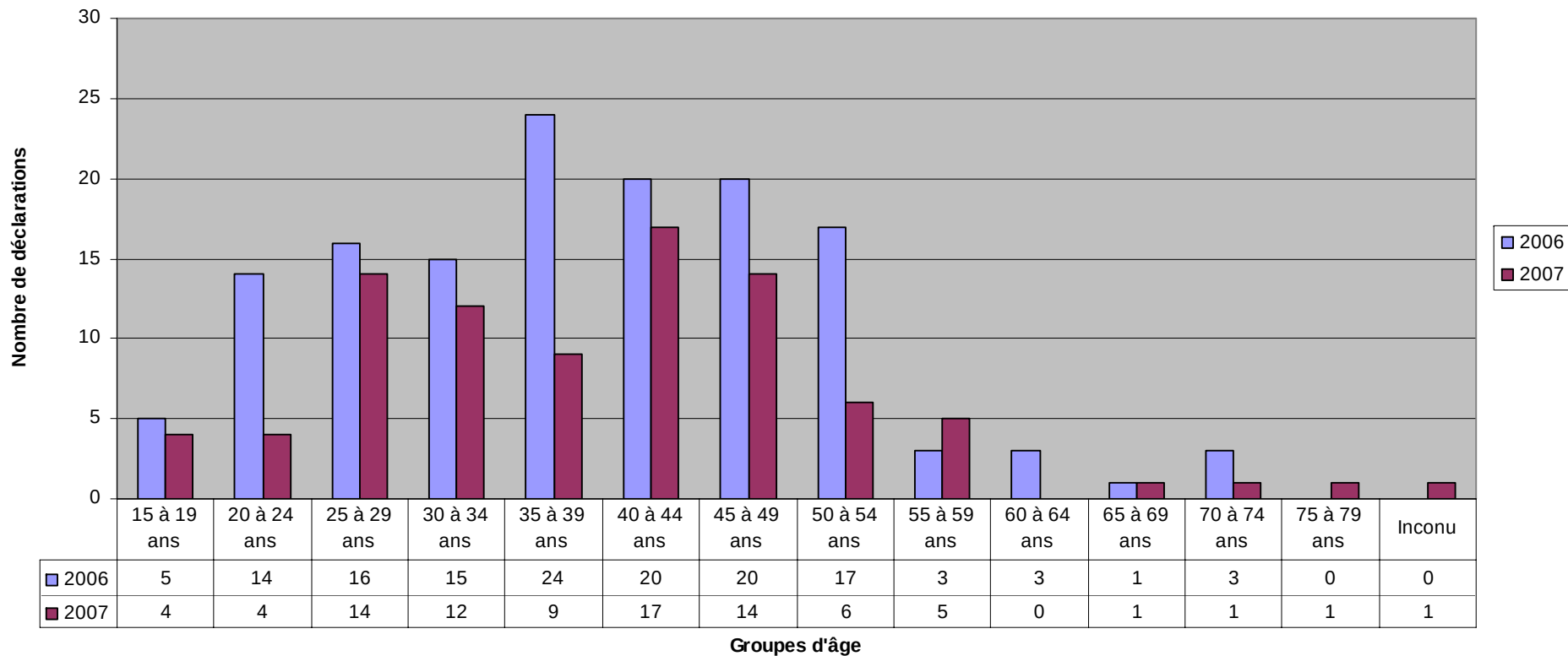
**Nombre de déclarations de « Hépatite C sans précision » par année
Région Mauricie et Centre-du-Québec - 1997 à 2007**



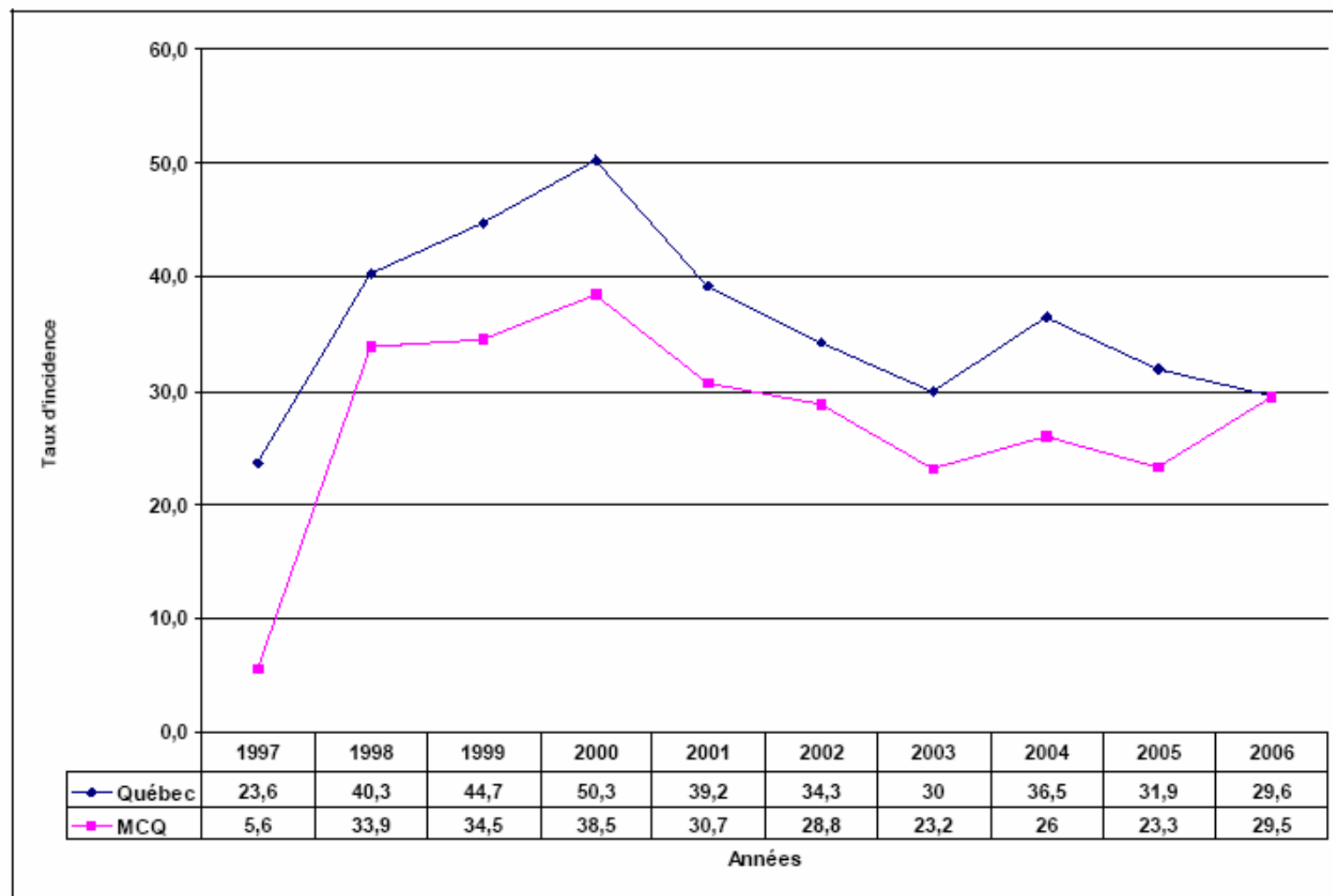
**Nombre de déclarations selon le sexe de « Hépatite C sans précision »
Région Mauricie et Centre-du-Québec - 2002 à 2007**



Hépatite C sans précision
Nombre de déclarations selon le groupe d'âge, 2006-2007
Région Mauricie et Centre-du-Québec
(Janvier 2007 au 24 novembre 2007)



Comparatif du taux d'incidence de « Hépatite C sans précision » par année
Province de Québec, Région Mauricie et Centre-du-Québec - 1997 - 2006



Syphilis infectieuse

Année	Nombre de cas déclarés	Personnes de sexe masculin	Facteurs de risque connus	Âge
2006	6	6/6	6/6 HARSAH ▪ Saunas ▪ Internet ▪ Relations anonymes	35-39 : 1/6 40-44 : 3/6 45-49 : 1/6 50-54 : 1/6

Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

2007-11-30

Syphilis infectieuse

Année	Nombre de cas déclarés	Personnes de sexe masculin	Facteurs de risque connus	Âge
Janvier 2007 au 10 novembre 2007	7	6/7	2/7 HARSAH 1 UDI 5/7 hétéro à risque - Immigrant - Milieu carcéral - Partenaires anonymes - UDI - Partenaire travailleur du sexe - Relation avec partenaire infecté	15-19 : 2/7 30-34 : 2/7 35-39 : 2/7 40-44 : 1/7

Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

2007-11-30

QUIZ

Question 1

Quelles sont les ITSS susceptibles d'affecter la population québécoise sexuellement active ?



ITSS à déclaration obligatoire

Infection à *Chlamydia trachomatis*

Infection gonococcique

Hépatites virales (A, B et C)

Syphilis

Infection par le VIH *

Sida *

Chancre mou, lymphogranulomatose
vénérienne et granulome inguinal

* Si don ou réception sang ou autres produits sanguins ou tissus.



Autres ITSS d'importance : Ne sont pas des MADO

Infection génitale par le virus de l'herpès simplex (VHS)

Infection par les virus du papillome humain (VPH)



Question 2

Quelle est l'ITSS la plus fréquente en terme d'incidence (nombre de nouveaux cas dans la population pendant une période donnée) au Québec ?



ITSS la plus fréquente

MADO

- *Chlamydia trachomatis* 168,8 par 100 000 (2006)
 - Femmes : 233,7 par 100 000
 - Hommes : 101,3 par 100 000

Non MADO

- VPH et VHS
 - Risque d'acquérir un VPH au cours de sa vie: $\pm 70\%$
 - VHS incidence annuelle (E-U, 1985) : Estimée à 8,4/1 000



Question 3

Au Québec, l'incidence des infections transmissibles sexuellement a diminué au cours des 5 dernières années.



Au Québec : Incidence des ITSS

Question 3

- Réponse : **FAUX**

Augmentations importantes de :

- *Chlamydia trachomatis* (1998-2006 : ↑ 77 %)
- Infection gonococcique (1998-2006 : ↑ 158 %)
- Syphilis (1998 : **3** ; 2006 : **367**)
- Herpès génital (+/-)



Question 4

Le groupe des femmes de 15 à 24 ans est le groupe où on retrouve le plus de cas de déclarations d'infection à *Chlamydia trachomatis* ?



Femmes et *Chlamydia trachomatis*

Question 4

– Réponse : **VRAI**

Femmes (70 %) > Hommes (30 %) en 2006

Plus de déclarations vs plus d'infections ?

Note : Infection gonococcique : Hommes (71 %) > Femmes (29 %) en 2006.



Question 5

La majorité des personnes infectées par le *Chlamydia trachomatis* ou par le *Neisseria gonorrhoeae* sont symptomatiques ?



Chlamydia trachomatis symptomatique

Question 5

– Réponse : **FAUX**

50 % des hommes et 70 % des femmes atteintes sont asymptomatiques

Période d'incubation : 2 à 6 semaines (et +)



Neisseria gonorrhoeae symptomatique

Question 5

 Réponse : **FAUX**

Plus de 20 % des hommes et 50 % des femmes atteints sont asymptomatiques

Période d'incubation : De 2 à 7 jours



Question 6

Laquelle ou lesquelles des ITSS suivante(s) peut ou peuvent se transmettre lors de la période qui précède l'apparition des symptômes ?



Transmission des ITSS

Question 6

– Réponse : **TOUTES**

- Infection gonococcique
- *Chlamydia trachomatis*
- Infection par les virus du papillome humain (condylomes et lésions précurseurs de cancer)
- Herpès génital (La majorité des personnes infectées ignorent qu'elles le sont.)
- Syphilis



Question 7

La syphilis n'est plus contagieuse après la disparition des symptômes ?



Syphilis et contagion

Question 7

● Réponse : **FAUX**

Syphilis infectieuse :

- Syphilis primaire
- Syphilis secondaire
- Syphilis latente ou asymptomatique précoce (< 1 an)



Question 8

Pour la majorité des ITSS, l'individu développe une immunité après une première infection et est ainsi protégé contre une éventuelle réinfection ?



Immunité et ITSS

Question 8

● Réponse : **FAUX**

Pas d'immunité protectrice pour :

- *Chlamydia trachomatis*
- *Neisseria gonorrhoeae*
- Tréponème pallidum (syphilis)
- Virus de l'herpès simplex

VPH :

- La majorité des personnes infectées symptomatiques vont développer une immunité et les lésions vont disparaître, mais ne protège pas contre l'infection par d'autres types du VPH ou contre la réactivation de l'infection.



Question 9

Nommez de 5 à 10
manifestations cliniques qui
permettent de suspecter une
ITSS ?



Manifestations cliniques et ITSS

Écoulement urétral ou vaginal	Ct, Ng
Dysurie, brûlements mictionnels	Ct, Ng, VHS
Douleurs lors des relations sexuelles	Ct (AIP), Ng (AIP), VHS
Douleurs aux testicules	Ct, Ng
Saignements vaginaux anormaux	Ct (AIP), Ng (AIP)
Douleurs abdominales basses	Ct (AIP), Ng (AIP)
Mal de gorge (pharyngite)	Ng, VHS
Verrues sur les organes génitaux	VPH, syphilis secondaire
Ulcères sur les organes génitaux	VHS, syphilis, GI, LGV, chancre mou



Question 10

Les symptômes systémiques (malaises, fièvre, céphalée, douleurs musculaires) sont rares lors de la primo infection par le virus de l'herpès simplex (VHS) ?



L'infection initiale primaire (primo infection)

Question 10

🌐 Réponse : **FAUX**

2 types d'infection initiale par le VHS :

- 🌐 Infection initiale primaire ou primo infection (Anti-VHS -)
- 🌐 Infection initiale non primaire (Anti-VHS +)



L'infection initiale primaire (primo infection)

Symptômes systémiques : Malaises, fièvre, céphalée, myalgies

Adénopathies inguinales douloureuses

Nombreuses lésions vésiculeuses bilatérales, diffuses, douloureuses, sur base érythémateuse suivies de :

- Pustules
- Ulcérations
- Lésions croûteuses

Méningite amicrobienne bénigne (10 à 30 %)

Durée : 2 à 4 semaines



Question 11

À laquelle (lesquelles) des ITSS sont associées les complications suivantes ?



ITSS et complications

Atteinte inflammatoire pelvienne :

- *Chlamydia tr.*, infection gonoccocique

Infertilité :

- *Chlamydia tr.*, infection gonoccocique

Cancer du col de l'utérus :

- VPH

Transmission au nouveau-né (par sa mère) :

- *Chlamydia tr.*, infection gonoccocique
- VPH, VHS, syphilis
- VIH, VHB



Question 12

Tous les génotypes des virus du papillome humain (virus causant les condylomes acuminés) sont oncogènes (peuvent causer le cancer) ?



Génotypes du VPH

Question 12

🌐 Réponse : **FAUX**

Plus de 100 génotypes

40 infectent sphère génitale

Oncogènes : 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 58, 69

Non oncogènes : 6, 11, 42-44, 53

Condylomes acuminés : 6, 11



Question 13

Pour être efficace, le traitement contre les ITSS bactériennes doit être pris pendant au moins 10 jours consécutifs ?



ITSS bactériennes : Tx 10 jours

Question 13

● Réponse : **FAUX**

Traitement unidose très efficace si infection non compliquée

● Infection gonococcique et *chlamydia tr.* : Per os
● Syphilis : I.M.



ITSS bactériennes : Tx

Éviter relations sexuelles ou protection

Programme de gratuité des médicaments
contre les ITSS (personne infectée et
contacts)

- Code K : Cas
- Code L : Contact



Les infections à *Chlamydia trachomatis*

Épidémiologie au Québec

- Le nombre de déclarations a doublé entre 1997 et 2005
- En 2007, stabilisation à un niveau élevé
- MADO : Les femmes : 70 % des déclarations
- MADO : 70 % des déclarations chez les femmes : Entre 15 et 24 ans
- MAIS... répandues dans la population
- Augmentation chez les hommes depuis 5 ans



Les infections à *Chlamydia trachomatis*

Découverte en 2006, en Suède, d'une nouvelle souche de *Chlamydia* non détectée par la trousse Amplicor de Roche : Mutation
Souche non détectée en Amérique du Nord
Il est recommandé de communiquer avec la direction de santé publique, si résultat négatif, chez une personne à haut risque d'être infectée. (Complément, p.16)



Les infections à *Chlamydia trachomatis*

Ampleur du problème

Augmentation : Nouvelles techniques plus acceptables et plus sensibles (PCR urinaire)

Mais : Sous-estimation du nombre de personnes infectées

- Personnes asymptomatiques et non diagnostiquées cliniquement
- Personnes diagnostiquées mais non déclarées
- Programme de gratuité des médicaments :
Chez les hommes, 4 x plus de cas traités que déclarés



Les infections à *Chlamydia trachomatis*

Aspects cliniques

Période d'incubation

- Chez les malades présentant des symptômes
- Entre 2 et 14 jours mais peut être plus longue
MAIS...
- Plus de 50 % des hommes et 70 % des femmes peuvent être asymptomatiques !



Les infections à *Chlamydia trachomatis*

Aspects cliniques

Symptômes chez les femmes

- Pertes vaginales
- Dysurie
- Douleurs abdominales basses
- Saignements vaginaux anormaux
- Dyspareunie



Les infections à *Chlamydia trachomatis*

Aspects cliniques

Symptômes chez les hommes

- Écoulement urétral
- Dysurie
- Sensation de picotement dans l'urètre
- Douleurs aux testicules



Les infections à *Chlamydia trachomatis*

Aspects cliniques

Autres manifestations

- Nouveau-nés et nourrissons : Conjonctivite et pneumonie
- Enfants : Urétrite, vaginite, rectite, conjonctivite
- Adolescents et adultes : Cervicite, atteinte inflammatoire pelvienne, urétrite, périhépatite, rectite, conjonctivite, épидidymite, syndrome de Reiter, lymphogranulome vénérien (L1,L2,L3), pharyngite transitoire



Les infections à *Chlamydia trachomatis*

Complications

- ❖ **Même chez les personnes asymptomatiques**
- ❖ **Facteur de risque pour la transmission du VIH**
- ❖ **Femmes :**
 - **20 % développeront une AIP**
 - **Dans 25 % des cas, l'AIP évolue vers l'infertilité tubaire, la grossesse ectopique ou la douleur pelvienne chronique**
 - **Syndrome de Reiter (urétrite, conjonctivite, arthrite)**



Les infections à *Chlamydia trachomatis*

Complications

Hommes :

- 70 % des épididymites aiguës chez les hommes de moins de 35 ans sont causées par *C. trachomatis*
- Syndrome de Reiter
- Infertilité (rare)



Les infections à *Chlamydia trachomatis*

Complications

Enfants :

- 10 % des enfants nés d'une mère infectée développent une pneumonie
- 25 à 50 % développent une conjonctivite



Les infections à *Chlamydia trachomatis*

Détection en laboratoire

Culture : Non disponible dans la région

TAAN (PCR) :

- Tests d'amplification des acides nucléiques
- Validés pour prélèvements urinaires, urétraux ou cervicaux
- Si TAAN urétral ou urinaire, le patient devrait ne pas avoir uriné depuis au moins 2 heures (LDC, p. 144 et l'Essentiel, p. 11)
- Sang et mucus : Résultats faussement négatifs possibles

Sérologie : Peu utile

- Détection IgM par immunofluorescence pour le Dx de la pneumonie chez les nourrissons



Les infections à *Chlamydia trachomatis*

Sites de prélèvement chez une personne asymptomatique

Sites à prélever	Analyses recommandées	Délai entre le contact et le prélèvement
Femme : Endocol, urine Homme : Urètre, urine	TAAN	Minimal : 48 heures À faire si peu probable de revoir la personne Optimal : 14 jours À reprendre si négatif et fait < 14 jours



Les infections à *Chlamydia trachomatis*

Traitement

- ❖ Pour les adultes et adolescents, y compris les femmes enceintes ou qui allaitent, les infections non compliquées touchant l'urètre, l'endocol, le rectum, l'œil et pour la prophylaxie en cas d'agression sexuelle :
Azithromycine 1 g. p.o. en une dose
- ❖ Ne pas oublier les partenaires (60 jours ou le plus récent ou si < 7 jours traitement)
- ❖ Ne pas oublier le programme de gratuité des médicaments



Les infections à *Chlamydia trachomatis*
Durée de la contagiosité : Conseil aux
personnes atteintes

Le patient et ses partenaires doivent s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à la fin du traitement ou 7 jours après un traitement unidose et jusqu'à la disparition des symptômes.



Les infections à *Chlamydia trachomatis*

Contrôle post-traitement

- ❖ Habituellement, pas de test de contrôle si le traitement a été bien suivi et si le patient n'est pas réexposé à un partenaire non traité.
- ❖ Si manque d'observance du traitement, autre schéma thérapeutique, si le patient est un enfant ou une femme enceinte : Contrôle conseillé.
- ❖ Test effectué 3 à 4 semaines après la prise d'un traitement efficace.



Les infections à *Chlamydia trachomatis*

Nouveau :

Répéter le dépistage 6 mois plus tard
(L'Essentiel, p. 8)



Les infections à *Neisseria gonorrhoeae*

Épidémiologie au Québec

- Depuis 1996, le taux d'incidence a augmenté de 147 %
- 80 % des cas sont des hommes
- Majorité HARSAH, mais aussi des femmes et des hommes hétérosexuels



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Aspects cliniques

Période d'incubation :

- Chez les personnes symptomatiques, la période d'incubation est habituellement de 2 à 7 jours.

MAIS...

- Plus de 20 % des hommes et 50 % des femmes ne présentent aucun symptôme !



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Aspects cliniques

Symptômes chez les femmes

- Pertes vaginales
- Dysurie
- Douleurs abdominales basses
- Saignements vaginaux anormaux
- Dyspareunie profonde
- Douleurs et écoulement au rectum



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Aspects cliniques

Symptômes chez les hommes

- Écoulement urétral
- Dysurie
- Sensation de picotement dans l'urètre
- Douleurs aux testicules
- Douleurs et écoulement au rectum



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Aspects cliniques

Autres manifestations

- Pharyngite, bartholinite, infection gonococcique disséminée

Complications

- Similaires à celles causées par *Chlamydia trachomatis*
- Dommages même chez les personnes asymptomatiques
- Facilitent la transmission du VIH



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Détection en laboratoire

TAAN :

- Permettent la détection du gonocoque dans l'urine mais pas d'évaluation à la résistance aux antibiotiques

Coloration de gram : Peut être utile chez un homme qui souffre d'urétrite



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Détection en laboratoire

- ❖ La culture permet d'étudier la sensibilité aux antibiotiques
- ❖ La culture est recommandée particulièrement :
 - Dans les cas d'abus sexuels
 - Dans les cas d'agressions sexuelles
 - En cas d'échec thérapeutique
 - Si symptômes
 - Si l'infection a été acquise à l'étranger



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Résumé de l'avis du groupe de travail pour le contrôle de l'infection gonococcique

Augmentation de l'incidence : Surveillance accrue

Depuis 2004 : Augmentation importante de la proportion des souches de *N. gonorrhoeae* résistantes à la ciprofloxacinine :

6,8 % en 2004

19,1 % en 2005

27,5 % en 2006



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Prélèvements en MCQ

2006 :

- 11 cultures / 33 déclarations
- 3 résistances Cipro
- 3 résistances Pénicilline
- 2 résistances tétracycline

2007 :

- 7 cultures/ 21 déclarations
- 3 résistances Cipro, 1 R pénicilline
- 4 personnes traitées avec Cipro



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Résumé de l'avis du groupe de travail pour le contrôle de l'infection gonococcique

La culture est la méthode à privilégier pour :

- Les femmes symptomatiques ou non (prélèvement cervical)
- Les hommes symptomatiques (prélèvement urétral)
- Un prélèvement pharyngé ou rectal
- La vérification de l'efficacité d'un traitement
- Lors de l'IPPAP (surtout si cas dépisté par PCR)

Le TAAN urinaire est la méthode préconisée pour les hommes asymptomatiques



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Résumé de l'avis

Hommes symptomatiques ou femmes : Si culture est impossible : TAAN urétral, urinaire ou cervical

Si TAAN est positif : Test de confirmation fait automatiquement (recherche de l'ARN ribosomal 16S)

Si TAAN est positif, le traitement est amorcé immédiatement. La mise en culture, si elle est faite, ne doit pas retarder l'instauration du traitement.



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Hommes présentant des symptômes

La méthode détection préconisée est la culture d'un prélèvement urétral

- Si impossible d'effectuer ou d'acheminer une culture : TAAN d'un prélèvement urinaire ou urétral
- Si impossible d'effectuer un prélèvement urétral (travail de milieu auprès de clientèles à risque) : TAAN urinaire

La coloration de gram a toujours sa place dans le diagnostic d'une urétrite



Les infections à *N. gonorrhoeae* Hommes asymptomatiques

La méthode de détection préconisée est un
TAAN d'un prélèvement urinaire



Les infections à *N. gonorrhoeae* Femmes à risque présentant ou non des symptômes

La méthode de détection préconisée est la culture cervicale.

- Si impossible d'effectuer ou d'acheminer la culture : TAAN cervical
- Si impossible d'effectuer un prélèvement cervical (travail de milieu auprès des clientèles à risque) : TAAN urinaire



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Délai de prélèvement entre le contact et le prélèvement

❖ Délai minimal de 48 heures

- ❖ Si peu probable que la personne se présente de nouveau après 7 jours du contact infectant
- ❖ Si résultat négatif, un nouveau prélèvement devrait être effectué si l'exposition est significative et que la personne n'a pas été traitée

❖ Délai optimal de 7 jours



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Traitement

- ❖ Pour les adultes et adolescents, sauf les femmes enceintes ou qui allaitent, les infections non compliquées touchant l'urètre, l'endocol, le rectum : Céfixime 400 mg p.o. en une dose ou ceftriaxone 125 I.M.
- ❖ Infection pharyngée : Ceftriaxone 125 I.M.
- ❖ Traitement simultané contre la chlamydie à moins que les résultats du test chlamydia soient négatifs
- ❖ Ne pas oublier les partenaires (60 jours ou le plus récent ou < 7 jours traitement)
- ❖ Ne pas oublier le programme de gratuité des médicaments
- ❖ Envoi à la DSP des données cliniques et des facteurs de risque



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Traitement

(Recommandations du groupe de travail)

Environ le tiers des infections gonococciques déclarées au Québec sont causées par des souches résistantes aux fluoroquinolones.

Recommandation de ne plus utiliser ces antibiotiques (Cipro, Noroxin) dans le traitement empirique des infections gonococciques ou des syndromes cliniques.

Seulement si antibiogramme montre la sensibilité.



Les infections à *N. gonorrhoeae*
Durée de la contagiosité :
Conseil aux personnes atteintes

Le patient et ses partenaires doivent s'abstenir d'avoir des relations sexuelles non protégées jusqu'à la fin du traitement ou 7 jours après un traitement unidose et jusqu'à la disparition des symptômes.



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Contrôle post-traitement

- ❖ Pas de contrôle si le traitement est bien suivi et le patient n'est pas réexposé à un partenaire non traité.
- ❖ Culture de contrôle si :
 - ATCD d'échec au traitement
 - Résistance au traitement documentée
 - Observance mise en doute
 - Contrôle d'une infection pharyngée ou rectale
 - Grossesse
 - Patient réexposé
 - Etc.



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Nouveau :

Répéter le dépistage 6 mois plus tard
(L'Essentiel, p. 8)



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Application des recommandations de l'avis pour le contrôle de la gonorrhée

- Recommandation pour les laboratoires d'évaluer la pertinence de faire le dépistage non sollicité sur les prélèvements de chlamydia : Implique un changement de procédure au labo et des modifications de pratique des cliniciens : À VENIR
- Recommandation de faire plus de culture : Implique des prélèvements et un transport adéquats et une organisation au labo
- Recommandation de faire une culture et un TAAN au col : Implique des examens gynécologiques



Les infections à *N. gonorrhoeae*
Application des recommandations de l'avis
pour le contrôle de la gonorrhée
Conditions pour la culture

- Faire des prélèvements aux sites appropriés :
Col, urètre, anus-rectum, pharynx
- Les infirmières peuvent faire tous ces
prélèvements
- La formation nécessaire est sous la responsabilité
de l'établissement
- Nécessité d'un local adéquat avec une table
d'examen



Les infections à *N. gonorrhoeae*
Application des recommandations de l'avis
pour le contrôle de la gonorrhée

Conditions pour la culture (suite)

- Matériel de prélèvement : Culturette au charbon de bois
- Très fragile aux variations de température
- Conserver à la température ambiante (pas de réfrigération)
- Suggestion : Mettre dans un sac à part des autres prélèvements et inscrire sur le sac « CULTURE POUR GONORRHÉE - Ne pas réfrigérer »



Les infections à *N. gonorrhoeae*
Application des recommandations de l'avis
pour le contrôle de la gonorrhée
Conditions pour la culture (suite)

- Transport doit être rapide, idéalement dans la même journée : Des efforts doivent être faits pour faire les arrangements nécessaires
- La viabilité du *N. gonorrhoeae* peut être mise en doute dans les prélèvements vieux de plus de 24 heures.
- Procédures régionales à venir



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Application des recommandations de l'avis pour le contrôle de la gonorrhée

	Femme avec ou sans symptômes	Homme asymptomatique	Homme symptomatique
Dépistage de la chlamydie	TAAN urinaire ou cervical	TAAN urinaire	TAAN urinaire
Dépistage de la gonorrhée	1 ^{er} choix : Culture cervicale 2 ^e choix : TAAN cervical 3 ^e choix : TAAN urinaire	TAAN urinaire	1 ^{er} choix : Culture urétrale 2 ^e choix : TAAN urinaire ou urétral

Gonorrhée: Ne pas oublier de faire les cultures aux sites appropriés (anus, gorge, urètre, endocol). Voir techniques LDC, p. 35.



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Application des recommandations de l'avis pour le contrôle de la gonorrhée

Est-ce qu'il y a des infirmières dans les SIDEP qui font des cultures ?



Les infections à *N. gonorrhoeae*

Application des recommandations de l'avis pour le contrôle de la gonorrhée

- Le directeur de santé publique a pris connaissance de l'avis et souhaite l'application de ces recommandations à court terme.
- Les directeurs responsables de santé publique des CSSS en seront informés.
- En attendant l'application... On continue la même façon de faire.



Ordonnance collective

Le groupe de travail national pour faciliter l'implantation des SIDEPS, a débuté des travaux. L'OIIQ favorable à un groupe de travail pour l'ordonnance collective pour les infections à chlamydia et la gonorrhée.

Y a-t-il des CSSS qui ont déjà une ordonnance collective pour les ITSS ou qui ont débuté des travaux ?



Relations infirmières et médecins

Situations où les décisions médicales peuvent être différentes des recommandations :

- **Informations à transmettre**

Le Collège des médecins est responsable de l'évaluation de l'acte médical.



Syphilis

Aspects cliniques

Évolution clinique classique

- Chancre primaire après environ 3 semaines
- Éruption maculopapuleuse après 3 mois
- Condylomes plats après 6 mois



Syphilis

Aspects cliniques (suite)

Évolution clinique classique (suite)

- Ces symptômes disparaissent spontanément 3 à 12 semaines après leur apparition et le malade se retrouve en phase latente (ou asymptomatique).
- Après 10 à 30 ans, la syphilis tertiaire peut se manifester chez 40 % des personnes non traitées.



Syphilis - Stades

Primaire	Stades infectieux Risque de transmission : 60 %
Secondaire	
Latente précoce < 1 an (asymptomatique)	
Latente > 1 an (asymptomatique)	Transmission rare
Tertiaire	Non-infectieux : Cardiovasculaire Neurosyphilis Gomme
Congénitale	Précoce < 2 ans Latente > 2 ans

Syphilis primaire

Incubation : 10 à 90 jours après le contact infectieux (moyenne 21 jours)

CHANCRE

- ❖ Plusieurs personnes ne se souviennent pas avoir eu un chancre
- ❖ Unique
- ❖ L'ulcère est indolore, à bord régulier, très superficiel avec une base indurée qui peut atteindre 1 cm de diamètre. Des adénopathie régionales indolores peuvent être associées.



Syphilis primaire (suite)

CHANCRE

- ❖ Peut être douloureux si infecté
- ❖ Apparaît habituellement sur le site de l'inoculation (gland, pénis, pubis, organes génitaux externes, col utérin, anus, bouche, rectum, bouche, amygdales, lèvres, langue ou ailleurs sur le corps)
- ❖ Guérit spontanément entre 3 et 8 semaines



Syphilis primaire - pénis





Syphilis secondaire

Incubation : Environ 3 mois après le contact infectieux

- ❖ Syndrome grippal (T^0 , céphalées, myalgies, arthralgies, fatigue) avec ou sans adénopathies généralisées et éruption cutanée non prurigineuse



Syphilis secondaire (suite)

- ❖ L'éruption cutanée précoce consiste en des macules rondes rosées ou d'un rouge cuivré, parfois discrètes généralement sans squame.
- ❖ Plus tard, l'éruption devient maculopapuleuse puis papuleuse. Après 6 mois, les papules deviennent érosives et suintantes et peuvent former des condylomes plats.



Syphilis secondaire (suite)

Autres manifestations cliniques

Alopécie, chute des cils et du tiers latéral des sourcils, méningite, uvéite, rétinite



Syphilis

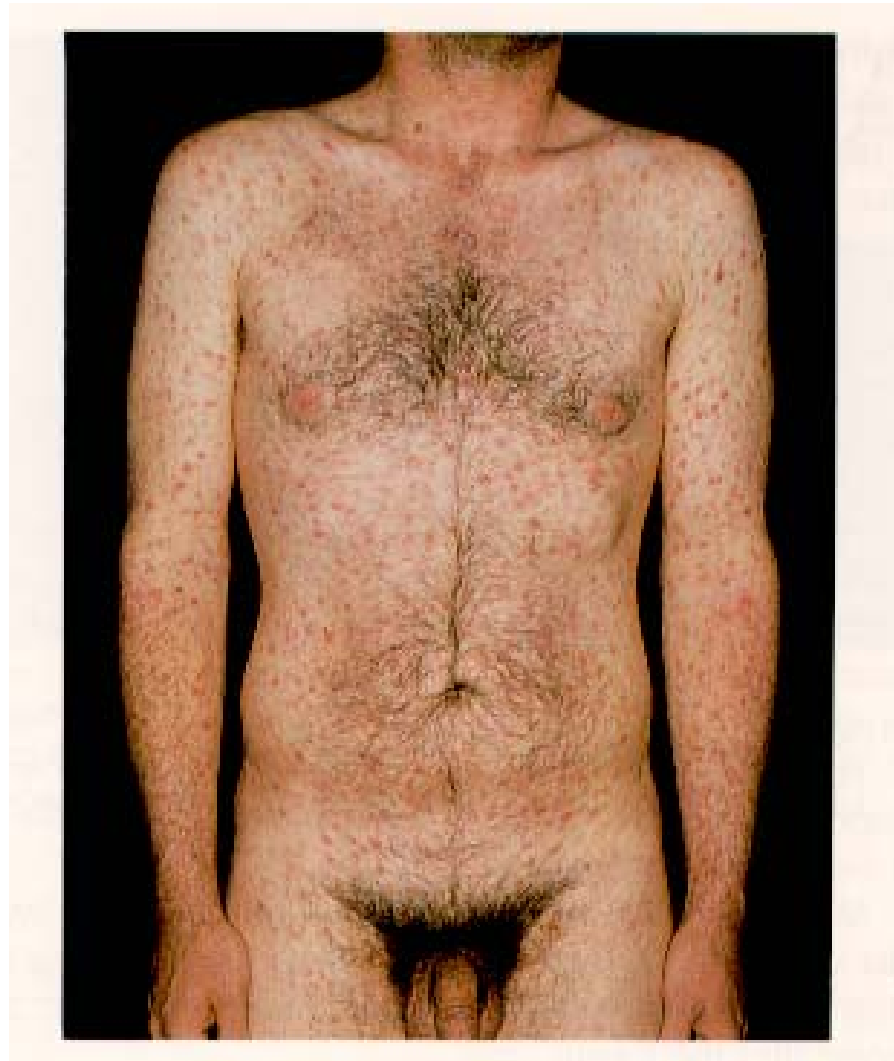
Période de contagiosité (suite)

Il est possible que de nouvelles attaques de lésions de la phase secondaire surviennent jusqu'à 4 ans après le contact infectieux.





Syphilis secondaire



Syphilis secondaire (condylomata lata)



Syphilis secondaire

- ❖ Dans la phase plus avancée, les papules peuvent prendre une allure psoriasiforme dans la paume des mains et sur la plante des pieds



Syphilis secondaire (lésions palmaires)



Syphilis secondaire (suite)

- ❖ Une forme pustuleuse et ulcérée est de plus en plus associée à une infection concomitante au VIH.
- ❖ Régresse en 3 à 12 semaines et la maladie entre dans la phase latente asymptomatique.



Syphilis latente asymptomatique

Aucune manifestation de la maladie malgré l'évidence sérologique de celle-ci

- Syphilis latente précoce : Si l'infection est apparue il y a moins de 1 an (syphilis infectieuse)
- Syphilis latente tardive : Si l'infection dure depuis plus d'un an



Syphilis tertiaire

Incubation : Environ 10 et 30 ans après
le contact infectieux

- ❖ La syphilis tertiaire se manifeste chez environ 40 % des personnes non traitées
- ❖ Lésions gommeuses (masses nécrosées sur la peau, les os, les tissus sous-cutanés)



Syphilis tertiaire (suite)

- ❖ Atteinte cardiovasculaire (atteinte de l'aorte)
ou
- ❖ Atteinte neurologique isolée (démence, atteinte oculaire ou otique)
ou
- ❖ Atteinte neurologique généralisée (méningite syphilitique, syphilis cérébrovasculaire ou parenchymateuse)



Syphilis congénitale

- ❖ Risque de transmission de 50 % au fœtus si la mère est atteinte d'une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.
- ❖ Risque d'avortement spontané, d'accouchement prématuré ou d'un enfant mort-né.



Syphilis congénitale (suite)

- ❖ Nouveau-nés souvent asymptomatiques à la naissance (2/3 des cas) et peuvent être séronégatifs si la mère a été traitée vers la fin de la grossesse.
- ❖ On peut observer les manifestations suivantes : Faible poids, rhinite, hépatosplénomégalie, éruption cutanée, anémie...



Syphilis congénitale (suite)

Syphilis congénitale précoce (moins de deux ans après la naissance)

Infection fulminante disséminée, lésions mucocutanées, ostéochondrite, anémie, hépatosplénomégalie, neurosyphilis



Syphilis congénitale (suite)

Syphilis congénitale tardive (deux ans après la naissance)

Kératite interstitielle, adénopathies, hépatosplénomégalie, lésions osseuses, anémie, dents de Hutchinson, neurosyphilis



Syphilis

Transmission

Par contact direct avec les exsudats infectieux des lésions de la peau ou des muqueuses et, le plus souvent, lors de relations sexuelles.

Le chancre syphilitique se développe au point de contact.



Syphilis

Transmission (suite)

- ❖ Transmission transplacentaire de la mère infectée à son fœtus
- ❖ Par transfusion sanguine si le donneur est dans les premières phases de la maladie (< 1 an)



Syphilis

Transmission (suite)

- ❖ Des professionnels de la santé ont développé des lésions primaires sur les mains à la suite d'examens cliniques de patients



Syphilis

Transmission (suite)

- ❖ Les baisers sur la bouche, le partage des aiguilles ou du matériel d'injection, les transfusions sanguines et l'inoculation accidentelle font rarement partie des voies de transmission rapportées.



Syphilis

Détection par le laboratoire

- ❖ Observation microscopique de *Treponema pallidum* dans un prélèvement de la lésion cutanée ou muqueuse (rare)
- ❖ Sérologie :
 - Analyses non tréponémiques
 - Analyses tréponémiques spécifiques
- ❖ Analyse du liquide céphalorachidien



Syphilis

Détection par le laboratoire (suite)

Sérologies :

Analyses non tréponémiques

- ❖ Utilisées pour le dépistage
- ❖ VDRL (dans la région), **RPR, TRUST**



Syphilis

Détection par le laboratoire (suite)

Sérologies :

Analyses non tréponémiques (VDRL, RPR, TRUST)

- ❖ Positives de une à quatre semaines après l'apparition du chancre (environ 6 semaines après l'exposition).



Syphilis

Détection par le laboratoire (suite)

Interprétation des analyses non tréponémiques (VDRL, TRUST, RPR)

- ❖ Les résultats sont présentés sous forme de dilution représentant l'intensité de la réaction. Il s'agit du titre d'anticorps (Ex.: 1:1, 1:2, 1:4, 1:8 ...)
- ❖ Si le titre est $>$ que 1:8, indicateur de probabilité de syphilis infectieuse



Syphilis

Détection par le laboratoire (suite)

Sérologies :

Analyses tréponémiques spécifiques

- ❖ Analyses faites au LSPQ
- ❖ Tous les spécimens dont le résultat des analyses non-tréponémiques est positif sont envoyés au LSPQ pour confirmation au moyen des analyses tréponémiques spécifiques



Syphilis

Détection par le laboratoire (suite)

Sérologies :

- ❖ Dans la région, les spécimens dont le résultat du VDRL est négatif ne sont pas envoyés au LSPQ pour confirmation à moins d'une demande spéciale du médecin



Syphilis

Détection par le laboratoire (suite)

Sérologies :

Analyses tréponémiques spécifiques

- ❖ TP-PA, FTA-ABS, ÉLISA
- ❖ Deviennent positives avant les analyses non tréponémiques
- ❖ TP-PA, premier test de confirmation qui est fait : Délai des résultats, environ 3 à 4 semaines



Syphilis

Détection par le laboratoire (suite)

Sérologies :

Analyses tréponémiques spécifiques

- Si le TP-PA est négatif ou indéterminé, un autre test de confirmation est utilisé:

FTA-ABS, le délai des résultats est de 3 à 4 autres semaines



Syphilis

Période de contagiosité

Aussi longtemps que des lésions cutanéo-muqueuses humides de la syphilis primaire et secondaire sont présentes.

Il est donc logique de déduire que, lorsque les lésions sont disparues après l'administration du traitement recommandé, la personne n'est plus contagieuse.



Syphilis

Période de contagiosité (suite)

MAIS...

Les lésions, non douloureuses, passent parfois inaperçues (ex.: ulcères dans la bouche, au rectum) ou ne sont pas reconnues (ex.: lésions cutanées)



Syphilis

Période de contagiosité (suite)

PAR CONSÉQUENT...

Pour confirmer que la personne n'est plus contagieuse, il faudrait un examen physique complet fait par une personne expérimentée avant chaque relation sexuelle tant que les tests sérologiques n'ont pas confirmé la guérison !!!

D'où la recommandation qui suit :



Syphilis

Période de contagiosité (suite)

Comme il n'y a pas de test confirmant la guérison, on doit suivre les résultats des titres des analyses non-tréponémiques pour confirmer la guérison, jusqu'à ce qu'elles soient séronégatives ou que les titres soient bas et stables.



Syphilis

Période de contagiosité (suite)

Le meilleur indicateur de l'activité de la maladie et de l'efficacité du traitement est la réponse au traitement. Celle-ci est évaluée à la fois par l'évolution des symptômes cliniques ainsi que par la diminution du titre des tests non-tréponémiques.



Syphilis

Période de contagiosité (suite)

Une différence significative entre deux résultats doit comporter un changement du titre d'anticorps de 4 fois, ce qui équivaut à deux dilutions

Donc, une baisse de deux dilutions = le titre diminue de 4 fois (ex.: passage des dilutions de 1:32 à 1:8)



Syphilis

Suivi sérologique

Surveillance des analyses non-tréponémiques (LDC 2006, p. 274, tableau 6)

Syphilis primaire, secondaire, latente précoce (syphilis infectieuse) :
1,3,6 et 12 mois après le traitement



Syphilis

Traitement

- ❖ L'infection persiste aussi longtemps qu'elle n'est pas traitée.
- ❖ Traitement de la syphilis infectieuse
Pénicilline G benzathine 2,4 millions d'unités i.m. en dose unique



Syphilis

Traitement

Traitement à la pénicilline

- Recommandations pour l'administration de la pénicilline benzathine (pochette)
- Réaction possible
 - Jarisch-Herxheimer
 - Fièvre, céphalée, myalgie, frissons, tremblements dans les 8 à 12 heures suivant le traitement et s'atténuant dans les 24 heures
 - Traitée par des antipyrétiques
 - Informer la personne de cette possible réaction



Syphilis -Traitement (suite)

Réponses sérologiques adéquates

Syphilis primaire	Baisse de 2 dilutions après 6 mois ; Baisse de 3 dilutions après 12 mois ; Baisse de 4 dilutions après 24 mois.
Syphilis secondaire	Baisse de 3 dilutions après 6 mois et de 4 dilutions après 12 mois
Syphilis latente précoce	Baisse de 2 dilutions après 12 mois



Syphilis

Prévention

- S'abstenir de relations sexuelles tant que les titres des analyses non-tréponémiques n'ont pas diminué de façon adéquate
- Pour prévenir la réinfection, s'abstenir de relations sexuelles avec les partenaires antérieurs non traités
- Promouvoir l'utilisation du condom avec tous les partenaires sexuels infectés ou non, pour les relations vaginales, anales ou orales



Counselling prétest

Se référer au *Guide de dépistage*, p.49-50
(en révision)

- Niveau de risque et infections à dépister
- Pour un consentement libre et éclairé à l'intervention
- Rechercher les facteurs pouvant favoriser l'intervention ou en limiter la portée



Counselling prétest

- Counselling préventif en fonction des risques décelés
- Assister la personne dans la prise de décision quant à l'adoption et au maintien de comportements plus sécuritaires
- Favoriser la présence à la visite de suivi



Questionnaire dépistage des ITSS

- Se référer au Guide de dépistage p.109-118 (en révision) et au Guide d'utilisation p.121-133
- Proposé par le MSSS pour s'assurer que tous les aspects soient couverts
- Objectifs
 - ✦ Établir la nature de la demande
 - ✦ Évaluer les antécédents cliniques
 - ✦ Déceler les facteurs de risque
 - ✦ Planifier, réaliser et consigner une ou plusieurs interventions de prévention
- Première visite, visite de suivi
- Voir pochette



Tableau ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés

- Se référer aux documents : Complément québécois et L'Essentiel du Complément québécois
- Pochette



Tableau « Dépistage des ITSS : Prélèvements et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée »

- Se référer aux documents : Complément québécois et L'Essentiel du Complément québécois
- Pochette



Fréquence de dépistage

- Selon jugement clinique
- Aux 6 mois si facteurs de risque présents de façon continue

Attention :

- Personne atteinte d'ITSS à répétition
- Personne faisant partie de noyaux de transmetteurs
- Personne ayant des partenaires multiples
- Personne qui consulte pour dépistage à répétition

Mises en situation

Dépistage



Clientèles vulnérables aux ITSS

- Toute personne sexuellement active
 - Toute personne exposée à du sang (transfusions sanguines, milieu de travail, UDI)
- Cependant, le niveau de risque peut varier



Concept de vulnérabilité

- Fragilité de l'individu
- Probabilité d'être atteint ↗
- Réalité individuelle
- Cumul de facteurs de risque



Groupes de personnes vulnérables aux ITSS

- Adolescents et jeunes adultes de moins de 25 ans
- Jeunes en difficulté (marginaux, jeunes de la rue)
- HARSAH
- UDI (UD)
- Travailleurs et travailleuses du sexe (et leurs clients)
- Autochtones
- Femmes vulnérables



Groupes de personnes vulnérables aux ITSS

- Individus originaires de pays à haute endémicité
- Personnes incarcérées ou l'ayant été
- Voyageurs internationaux
- * Personnes ayant eu plus de 2 partenaires sexuels au cours des 2 derniers mois ou plus de 5 partenaires au cours de la dernière année ou un partenaire anonyme au cours de la dernière année



Counselling, changement de comportement

Conditions gagnantes

- Mode coopération : Participation active de l'utilisateur
- Orienté vers un objectif précis (demande de l'utilisateur ou solution à un problème)
- Centré sur l'utilisateur ; raisonnable, faisable, solutions possibles, difficultés, obstacles, bienfaits, risques, coûts, etc.
- Parfois très bref : 5 à 10 min.
- Souvent répété



Modèles de changement de comportements proposés pour le counselling en ITSS

Modèle des 5 «A»

- Structure le counselling

Modèle transthéorique de Prochaska :

- Intéressant pour le counselling (comportements sexuels, réduction des méfaits, tabagisme, etc.)
- Est centré sur l'individu
- Identifie l'étape de changement de comportement
- Permet d'adapter le counselling selon l'intervention et la motivation

Module auto-apprentissage, Le cas de Terry, Prochaska-DiClemente

Modèle des 5 «A»

Counselling structuré

-  Assess (Évaluer)
-  Advise (Conseiller)
-  Agree (S'entendre)
-  Assist (Aider)
-  Arrange (Soutenir)

Réf.: Clapperton, mai 2005. *La prévention pratico-pratique*, Le Médecin du Québec, volume 40, n° 5, p.35.



Modèle des 5 «A»

Étapes :

1- Collecte d'information (évaluer, assess)

- ▣ Informations clés, explorer l'intention, identifier les motivations personnelles (balance décisionnelle, aides et barrières perçues, bienfaits et inconvénients, etc.)
- ▣ Résumer et valider l'information, les intentions

2- Message clair : Afficher sa position, discuter des différentes options, répondre aux questions (conseiller, *advise*)

3- Entente négociée (s'entendre, *agree*)

4- Offre de service (aider, *assist*)

5- Suivi (soutenir, *arrange follow-up*)



Modèle transthéorique de Prochaska

Les 5 étapes de changement de comportement

- Préréflexion
- Réflexion
- Préparation
- Action
- Maintien/Rechute

Modèle transthéorique de Prochaska

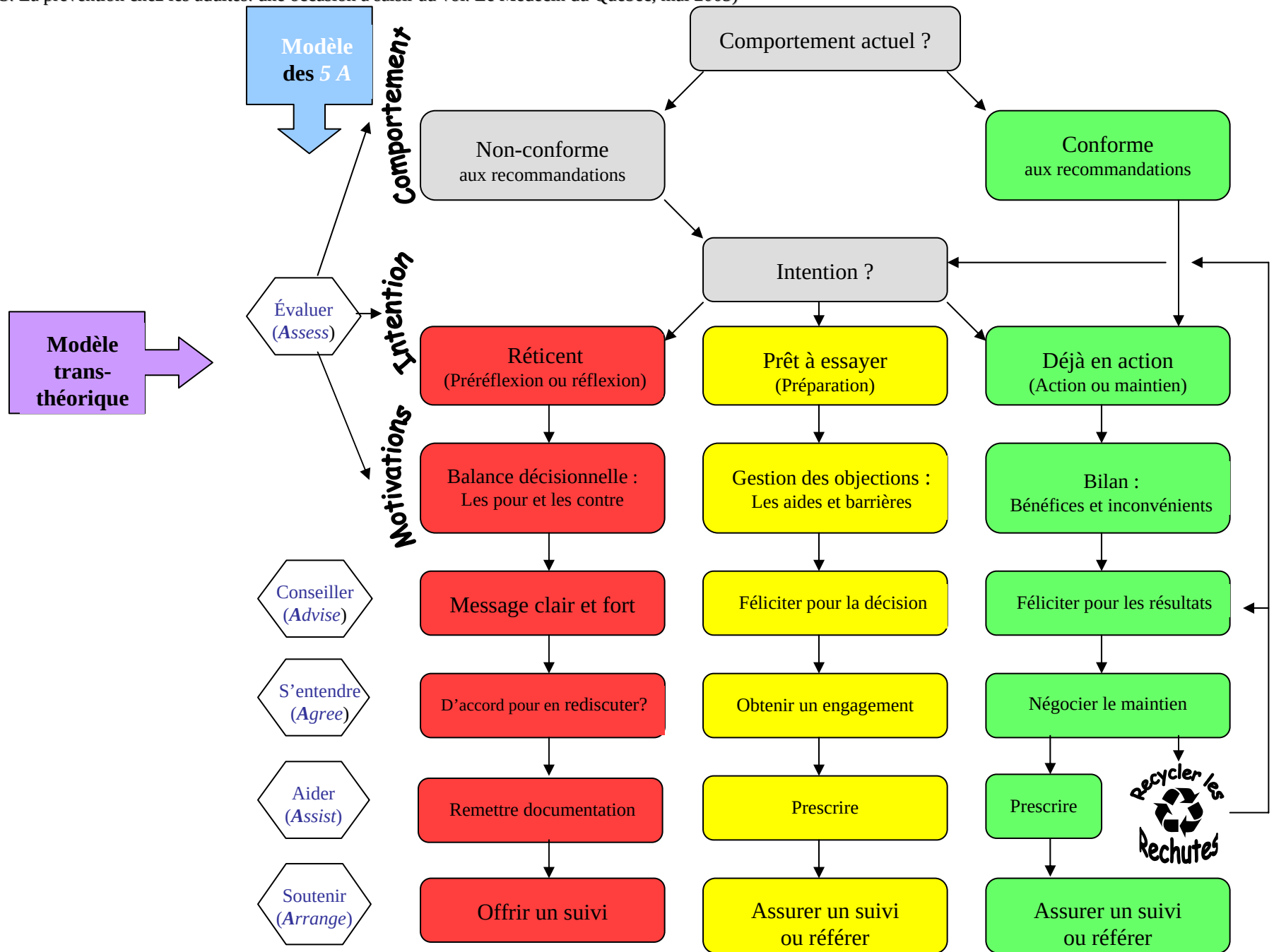
À retenir :

- Découvrez les motivations émotionnelles de l'individu
- Mettez ses arguments, ses obstacles, ses désavantages, ses inconvénients dans « la balance »
- Un dépistage positif = un patient sensibilisé ;
 - ↑ sa réceptivité aux messages préventifs ;
 - ↑ son efficacité du counselling



Figure 1: Algorithme de counselling combinant le modèle transthéorique et celui des 5 A.

(Groulx S. La prévention chez les adultes: une occasion à saisir au vol. Le Médecin du Québec, mai 2005)



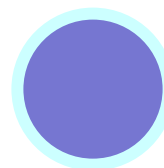
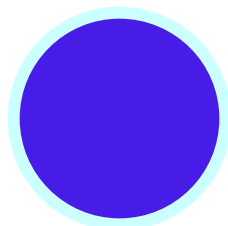
Counselling post-test

Se référer au Guide de dépistage, p.59-68 et aux fiches cliniques, p.77-93 (en révision)

Fiches cliniques :

- Chlamydiose
- Gonorrhée
- Syphilis
- Hépatite A
- Hépatite B
- Hépatite C
- VIH
- Nouvelles : Herpès, LGV, condylomes acuminés (pochette)





Mise à jour ITSS

Services intégrés de dépistage et de
prévention des ITSS

IPPAP

30 novembre 2007 - 10 décembre 2007

Andrée Côté, médecin-conseil
Marie-Paule Gauthier, infirmière-conseil
Johanne Milette, infirmière-conseil

Équipe ITSS
Direction de santé publique

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec

Québec



Objectifs IPPAP

- Éviter la réinfection de la personne infectée
- Interrompre la chaîne de transmission dans la communauté
- Prévenir l'apparition de complications liées à une infection non traitée, en offrant un traitement précoce aux partenaires



Offre de services IPPAP

Historique

Avant juin 2005

- Pas fait de façon systématique pour les cas de chlamydirose
- Approche plus passive
 - ✚ Traitement du partenaire actuel seulement, 30 à 40 % des partenaires n'étaient pas avisés, pas de relance auprès de la personne atteinte
- IPPAP réalisée de façon systématique par les infirmières de la DSP
 - ✚ Pour les cas de gonorrhée, syphilis, hépatite B, hépatite C*, ITS rares, dépistés par les CSSS et les médecins en bureau ou à l'urgence

* Hépatite C : Hémovigilance et lettre au médecin



Offre de services IPPAP

Historique

Depuis juin 2005

- **Implantation du programme québécois IPPAP**
 - ▮ Approche négociée
 - ▮ Traitement épidémiologique, suivi au médecin, etc.
- **Responsabilisation des CSSS pour l'IPPAP des cas de chlamydiae dépistés par les médecins en bureau ou à l'urgence**
 - ▮ Réalisée par les infirmières des SIDEPS/CSSS
 - ▮ La majorité des médecins contactés ont accepté systématiquement
- **IPPAP continue d'être réalisée par les infirmières de la DSP**
 - ▮ Pour les cas de gonorrhée, syphilis, hépatite B, hépatite C, ITS rares



Offre de services IPPAP

Historique

- IPPAP pour les cas de chlamydiae dépistés par les autres organismes ou établissements
 - ▀ UQTR, réalisée par l'infirmière de l'UQTR
 - ▀ Domrémy, Centres jeunesse, ententes de services avec les CSSS, conclues ou à venir



Offre de services IPPAP

Historique

Au 7 janvier 2008

- Responsabilisation des CSSS pour l'IPPAP des cas de gonorrhée et de syphilis infectieuse dépistés par eux et par les médecins en bureau ou à l'urgence
- IPPAP continue d'être réalisée par les infirmières de la DSP pour les cas d'hépatite B, hépatite C, ITS rares *
- * En collaboration avec les SIDEPS si cas dépistés par eux et lors de situations particulières



Infections gonococciques

Année 2006 et janvier 2007 au 10 novembre 2007

CSSS	Nombre de déclarations d'infections gonococciques et territoire de résidence des cas		Personnes qui avaient aussi la chlamydie génitale et territoire de résidence des cas		Infections gonococciques dépistées par les SIDEp	
	2006	Janvier 2007 au 10 novembre 2007	2006	Janvier 2007 au 10 novembre 2007	2006	2007
Trois-Rivières	13	5	2	0	5	0
Drummond	8	7	4	0	3	0
Maskinongé	1	1	0	0	0	0
Arthabaska-et-de l'Érable	4	6	0	0	0	2
Vallée-de-la-Batiscan	1	0	0	0	0	0
Haut Saint-Maurice	1	0	1	0	0	0
	Obedjwan					
Bécancour-Nicolet-Yamaska	3	1	3	0	1	0
Énergie	2	1	0	0	0	0
TOTAL	21	21	10	0	9	2

Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

2007-11-30

Syphilis infectieuse

En 2006, la Direction de santé publique a reçu 6 déclarations de syphilis infectieuse. Parmi ces déclarations, 2 personnes ont été dépistées par un SIDEP.

Nombre de cas par année	
2003	6
2004	4
2005	1
2006	6
Janvier 2007 au 10 novembre 2007	7

Syphilis infectieuse - 2006

CSSS	Déclarations par territoire de résidence	Dépistées par les SIDEP
CSSS de l'Énergie	1	---
CSSS d'Arthabaska-et-de l'Érable	2	---
CSSS de Trois-Rivières	3	2
TOTAL	6	2

Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

2007-11-30

Syphilis infectieuse

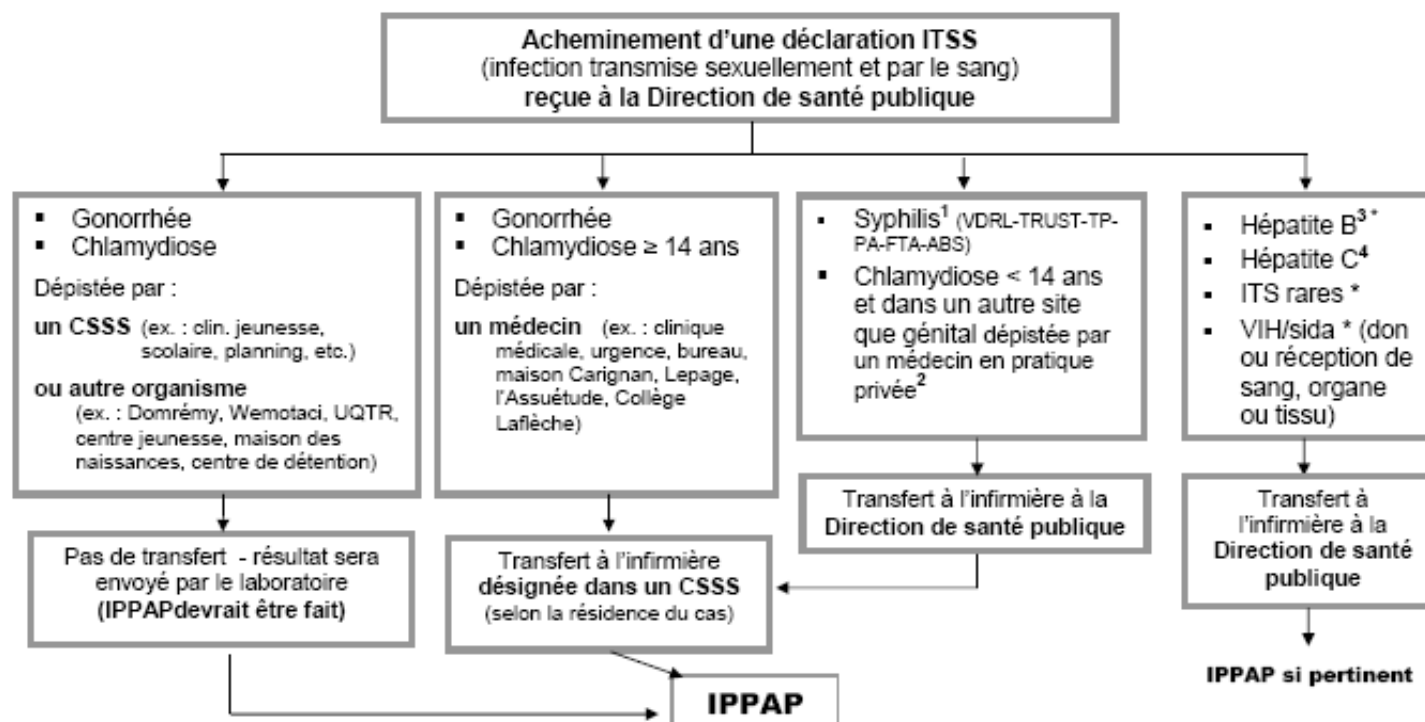
En 2007 (janvier 2007 au 10 novembre 2007), la Direction de santé publique a reçu 7 déclarations de syphilis infectieuse. Parmi ces déclarations, 2 personnes ont été dépistées par un SIDÉP.

Syphilis infectieuse – Janvier 2007 au 10 novembre 2007

CSSS	Déclarations par territoire de résidence du cas	Dépistées par les SIDÉP
CSSS de l'Énergie	1	1
CSSS de Trois-Rivières	6	1
TOTAL	7	2

Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

2007-11-30



¹ Syphilis : L'infirmière à la Direction de santé publique contacte le prescripteur pour obtenir le contexte du dépistage, pour les données cliniques, le diagnostic (stade de l'infection) et fournir la pénicilline au besoin puis transfère les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire, latente précoce < 1 an) à l'infirmière SIDEPE pour faire l'IPPAP.

² Chlamydirose < 14 ans et autres sites que génital : L'infirmière de la Direction de santé publique contacte le médecin pour obtenir le contexte du dépistage, pour les données cliniques et transfère à l'infirmière du SIDEPE pour faire l'IPPAP si nécessaire.

³ Hépatite B : L'infirmière de la DSP contacte le prescripteur pour obtenir le contexte du dépistage et pour les données cliniques. Elle contacte la personne atteinte pour trouver la source d'infection et protéger les contacts.

⁴ Hépatite C : L'infirmière de la DSP envoie un formulaire à Héma-Québec pour savoir si don de sang déjà fait. La secrétaire envoie une lettre au prescripteur (médecin, SIDEPE).

* En collaboration avec les SIDEPE si cas dépistés par eux et selon certaines situations particulières.

IPPAP par les SIDEPS/CSSS

Avantages pour la clientèle

- Gammes de services offerts sur place
 - Dépistage, vaccination, counselling, examen médical au besoin, traitement, suivi, lien de confiance qui se développe
- Personnel compétent dans le domaine
- Évite le dédoublement des actions auprès de la personne atteinte dans les cas de gonorrhée et de syphilis dépistés par les SIDEPS (DSP/SIDEP), ex.: poser les mêmes questions à la personne atteinte, counselling



Rôles de la Direction de santé publique

Soutien

Expertise

Promotion de pratiques cliniques optimales

- Formation
- Diffusion des recommandations provinciales
- Réponses aux demandes téléphoniques

Vigie et surveillance des ITSS



VHC

Interventions de la DSP

- Pas de contact avec la personne atteinte
- Les infirmières de la DSP vérifient auprès d'Héma-Québec (formulaire) si la personne a fait un don de sang
- La secrétaire envoie une lettre et une brochure aux prescripteurs (médecins, infirmières) pour les informer des interventions recommandées (voir pochette)



VHC

Interventions recommandées

Counselling (références)

- Pages 89-90 du *Guide québécois de dépistage*
- Brochures pour le patient
- Brochures pour le médecin
 - Conseils aux personnes infectées par le VHC (p. 27-28)
 - Pochette

● Proposer un dépistage pour les autres ITSS selon les facteurs de risque.

● Contribuer à la sécurité du système du sang ou des produits sanguins et à la sécurité des transplantations (questions à poser)



VHC

Interventions recommandées

Les infirmières des SIDEP

- Réfèrent les personnes infectées à un médecin (ententes de services ou médecin traitant) pour une évaluation médicale avec la lettre reçue de la Direction de santé publique

■ Informent les médecins des interventions réalisées



VHB

Interventions de la DSP

L'infirmière contacte le prescripteur pour obtenir le contexte du dépistage, les données cliniques et l'informer qu'elle fera l'enquête auprès de la personne

- Contacte le médecin pour obtenir le diagnostic (aigu, chronique)

But de l'enquête

- IPPAP si partenaires sexuels
- Protéger les contacts autres que sexuels (familiaux, garderie)
- Trouver la source d'infection surtout si autres que sexuels



VHB

Interventions de la DSP

Interventions possibles

- Counselling
- Sérologie pré et postvaccinale pour les contacts familiaux et les partenaires sexuels
- Référence pour la vaccination des contacts : Sexuels, familiaux, nouveau-nés de mère porteuses et en garderie
- Sérologie postvaccinale pour les enfants vaccinés en garderie et les nouveau-nés de mères porteuses
- Suivi sérologique de la personne atteinte à 6 mois (aigu ou porteur)
- Collaboration des SIDEPS, si cas dépisté par eux (qui fait quoi ?)



VIH

Interventions recommandées

- Hémovigilance
- IPPAP
- Soutien par la DSP
- Formation et outils adaptés à venir
- Soutien psychosocial



Syphilis - Interventions de la DSP

Déclaration de VDRL

- $< 1/8$: Attend la confirmation du LSPQ
- $\geq 1/8$:
 - Contacte le prescripteur (SIDEp, bureau) pour vérifier si diagnostic de syphilis même sans confirmation en se basant sur le contexte du dépistage, les données cliniques, les facteurs de risque
 - Si non, attend la confirmation
 - Si oui, enquête débutée

Confirmation du LSPQ : Enquête débutée



Syphilis - Interventions de la Direction de santé publique

Enquête

- Obtenir le stade de la syphilis (Dx du médecin)
 - ▮ Syphilis primaire, secondaire... (Réf. : Définitions nosologiques)
- Si syphilis non infectieuse
 - ▮ Latente tardive > 1 an
 - ▮ Tertiaire
 - Neurosyphilis
 - Cardiovasculaire
 - Autres formes : Osseux, cutané
 - Sans précision ou ancienne syphilis
 - ▮ Poursuivre l'enquête avec la collaboration des SIDEPS si cas dépisté par eux et lors de situations particulières



Syphilis - Interventions de la Direction de santé publique

Enquête et IPPAP, syphilis non infectieuse

● Latente tardive >1 an

- ✦ Dépister le conjoint ou les partenaires de longue date et les enfants

● Tertiaire ou ancienne syphilis

- ✦ Vérifier si déjà traité
- ✦ Si non, et traitement recommandé, fournir pénicilline
- ✦ IPP cas par cas
- * en collaboration avec les SIDEPS pour les cas dépistés par eux et lors de situations particulières



Syphilis - Interventions de la Direction de santé publique

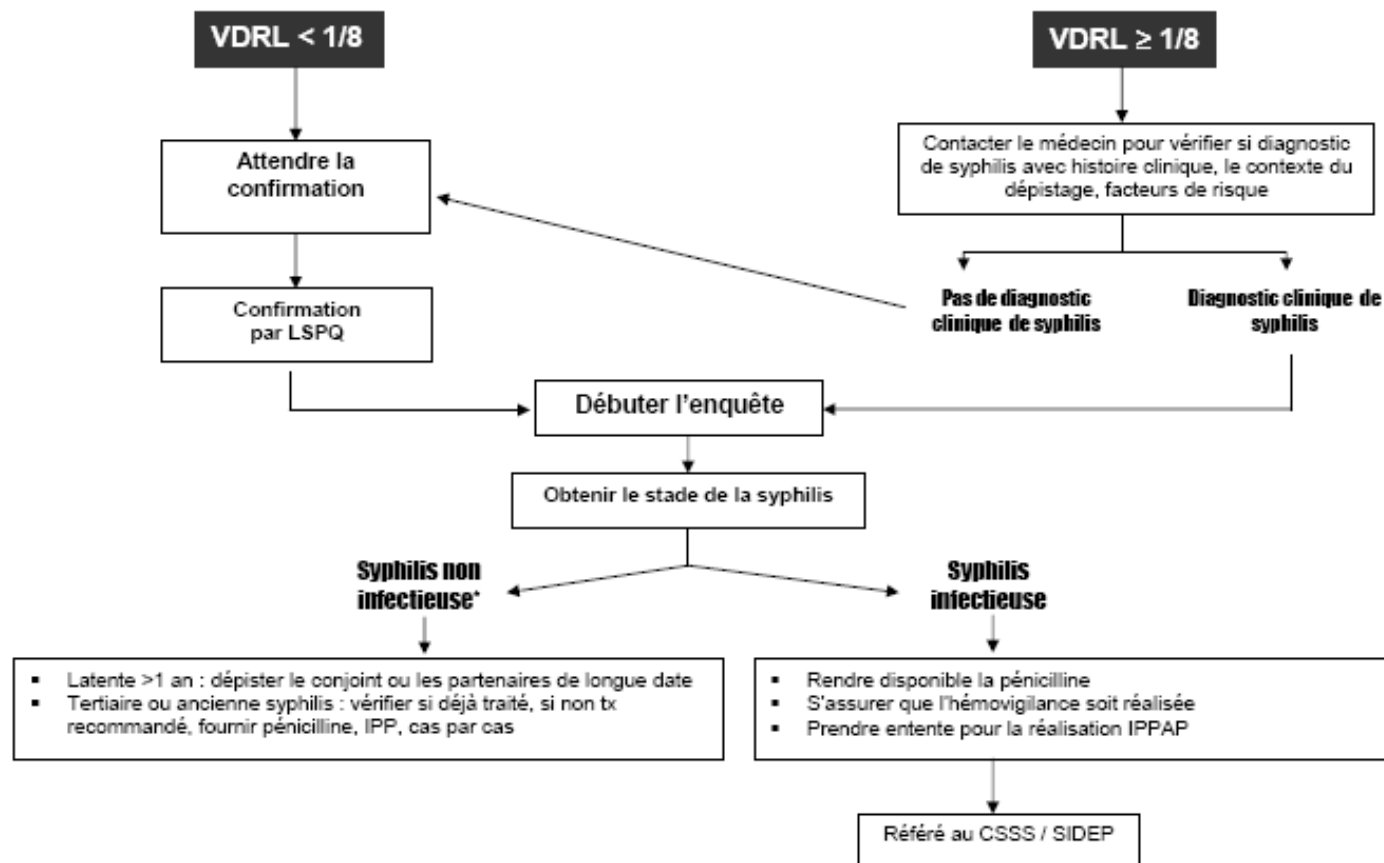
Si syphilis infectieuse (primaire, secondaire, latente précoce)

- Rendre disponible la pénicilline benzathine pour le traitement que le médecin prescrira
- S'assurer que l'hémovigilance soit réalisée
- Prendre entente pour la réalisation de l'IPPAP
 - IPPAP réalisée par les infirmières des CSSS/SIDEP, demander au médecin d'aviser le cas
 - S'il veut la faire lui-même, lui fournir les documents et lui demander de nous donner un suivi
- L'informer que nous n'assurons pas le suivi sérologique
- Transmettre les informations pertinentes au CSSS/SIDEP concerné pour l'IPPAP



SYPHILIS Interventions de la Direction de santé publique lors de la réception d'un résultat de VDRL positif

Algorithme 2



* En collaboration avec les SIDEP si cas dépistés par eux et selon certaines situations particulières.

Syphilis infectieuse - Interventions des CSSS/SIDEP

Suite à l'appel de la DSP

- IPPAP selon les procédures habituelles
- Donner le traitement de pénicilline
- Pour la recherche de contacts
 - ✦ Syphilis primaire
 - 3 mois avant l'apparition des symptômes
 - ✦ Syphilis secondaire
 - 6 mois avant l'apparition des symptômes
 - ✦ Syphilis latente précoce < 1an
 - Un an avant le diagnostic



Syphilis infectieuse - Interventions des CSSS/SIDEP

- Dépistage, examen et traitement épidémiologique des partenaires
- Traitement épidémiologique des partenaires (ordonnance)

Cas de syphilis primaire, secondaire, latente précoce, ou tardive lorsque le titre du VDRL est élevé (1/32 et plus)

et

Que le partenaire a été exposé **dans les 90 jours** précédant le diagnostic chez le cas

ou

Que le partenaire a été exposé **plus de 90 jours** avant le diagnostic chez le cas, que les résultats des tests du partenaire ne seront pas disponibles à très brève échéance et/ou **que la probabilité de revoir ce partenaire est faible**



Interventions des CSSS/SIDEP pour les déclarations de syphilis infectieuse

Suite du traitement épidémiologique des partenaires

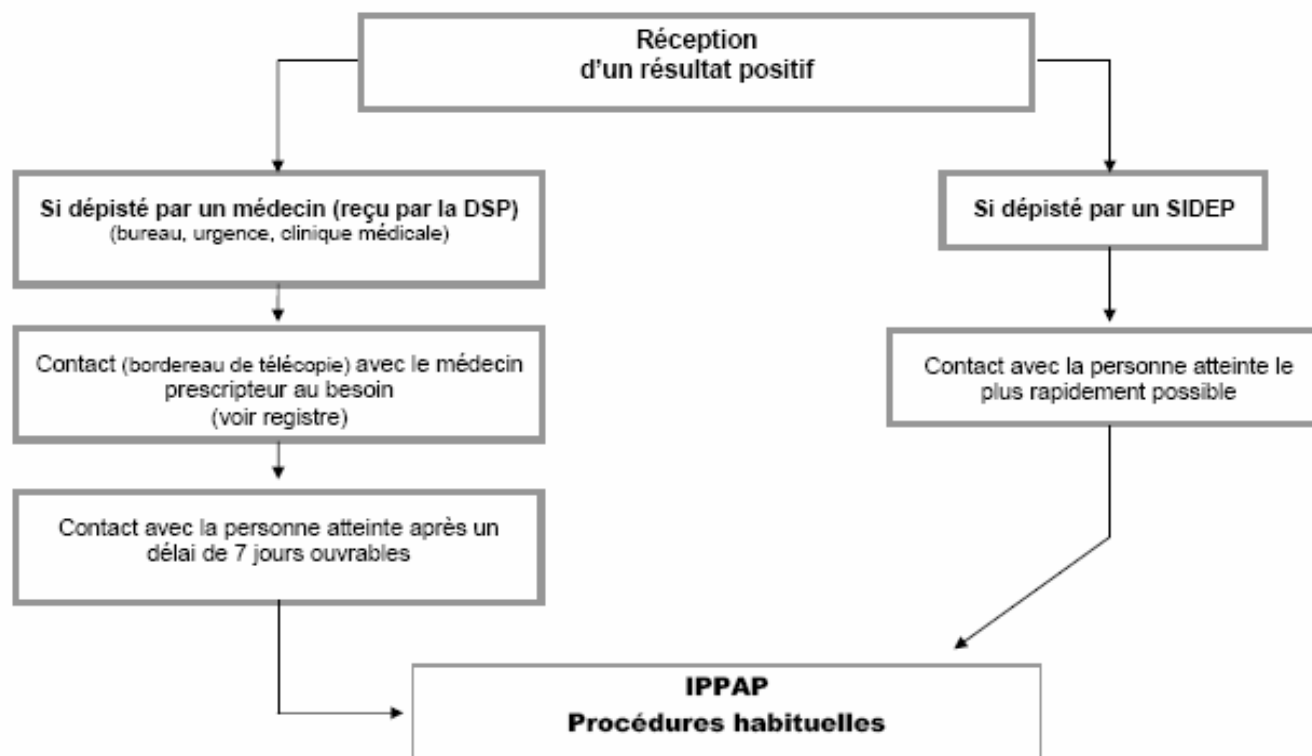
-  Les autres partenaires (**non traités**) d'une personne atteinte de l'un ou l'autre de ces types de syphilis qui ont été exposés **plus de 90 jours** avant le diagnostic chez le cas doivent être traités en fonction de leur examen clinique et sérologique



IPPAP - Étapes pour les déclarations de chlamydie et de gonorrhée

Algorithme 4

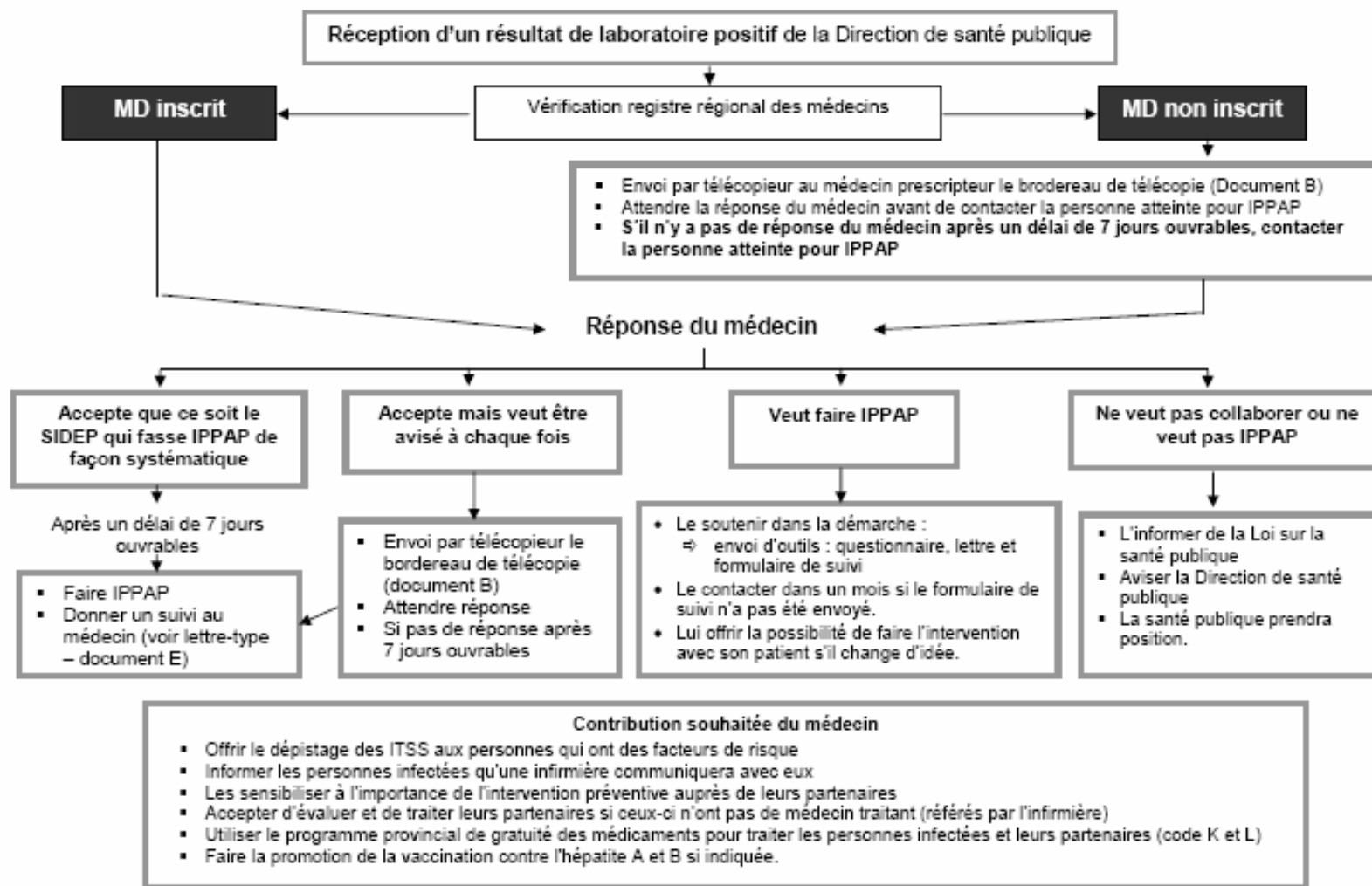
Procédures IPPAP Étapes pour les déclarations de chlamydie et de gonorrhée



Intervention préventive auprès d'une personne atteinte d'une infection à *chlamydia trachomatis* ou d'une infection gonococcique et auprès de ses partenaires sexuels (IPPAP)

Contact avec le médecin prescripteur

(bureau, urgence, clinique médicale)



IPPAP - Étapes pour les déclarations de chlamydiae et de gonorrhée

Contact avec le médecin prescripteur

Algorithme pour le contact avec le médecin prescripteur

● Document A

Bordereau de télécopie pour envoi aux médecins prescripteurs

● Document B

Registre régional

● Document C

Formulaire de suivi et lettre pour le médecin qui veut faire l'IPPAP

● Document D

Lettres types de suivi destinées au médecin suite à l'IPPAP par le
SIDE

● Document E (collaboration ou non du cas)



IPPAP – Étapes pour toutes les ITS

Intervention auprès de la personne atteinte

3 volets

Counselling général

 Ex. : Information sur l'infection, sur les méthodes barrières, référence au médecin pour le traitement

Counselling relatif à l'intervention préventive auprès des partenaires

 Ex. : Avantages, importance, responsabilité,

Notification des partenaires

 Ex. : Liste, contrat, soutien, suivi après une semaine



IPPAP - Étapes

Intervention auprès de la personne atteinte

Période visée pour la recherche des partenaires dans les cas de chlamydie ou gonorrhée

- Jusqu'à 60 jours (2 mois) avant l'apparition des symptômes
ou si le patient est asymptomatique, avant que le diagnostic ait été posé (date de prélèvement)
et
jusqu'à ce qu'un traitement ait été complété (inclure 7 jours après un traitement unidose)
- S'il n'y a pas eu de partenaire durant cette période, remonter jusqu'au plus récent partenaire



IPPAP – Étapes pour toutes les ITS

Intervention auprès des partenaires

Par le SIDEP ou la personne atteinte selon l'entente

- Information sur l'infection présente et sur les autres ITSS
- Conseils sur les pratiques sexuelles sécuritaires
- Dépistage et traitement épidémiologique
 - Traiter sans tenir compte des résultats
 - Même si résultats ne sont pas encore disponibles et même si résultats négatifs (période fenêtre)
- Le nom de la personne atteinte ne doit jamais être divulgué



IPPAP – Intervention auprès des partenaires des personnes avec syndrome clinique suggestif d'ITS (nouveau)

Évaluation médicale, dépistage, counselling et traitement épidémiologique contre la chlamydie et la gonorrhée non compliquée chez les partenaires

- Des femmes avec AIP, peu importe l'étiologie ou les pathogènes
- Des hommes avec une épididymite dont la cause probable est une ITS, peu importe les pathogènes identifiés



IPPAP – Intervention auprès des partenaires des personnes avec syndrome clinique suggestif d'ITS (nouveau)

Évaluation médicale, dépistage, counselling et traitement épidémiologique

- Des cas d'urétrite avec le même traitement que celui du cas index

Référence l'Essentiel québécois, p.7

Diagnostics faits par les médecins et références au SIDEPCSSS au besoin



IPPAP

Documents nécessaires

Questionnaire pour les personnes atteintes

- Histoire clinique
- Facteurs de risque ou de vulnérabilité
- Information et suivi relié à l'infection
- Intervention préventive auprès du cas index
- Caractéristiques des partenaires et type d'entente
- Suivi de l'intervention auprès des partenaires
- Intervention de dépistage des autres ITSS
- Annexe 1 : Intervention d'hémovigilance pour la syphilis



IPPAP

Documents nécessaires

Questionnaire pour les partenaires

- Informations pertinentes sur le cas index
- Renseignements cliniques sur le partenaire
- Facteurs de risque ou de vulnérabilité
- Intervention préventive auprès du partenaire
- Intervention de dépistage des autres ITSS



IPPAP

Documents nécessaires

Guide d'utilisation des questionnaires

- Document H-1 et H-2

Lettres-types pour rejoindre la personne infectée ou son partenaire

- Document I

Lettre-type pour référer un partenaire à un médecin

- Document J

Fiche de transfert de dossier d'un SIDEP à un autre ou d'une région à une autre

- Document K

Document Questions-réponses conduites recommandées (pochette)



IPPAP

Documents du MSSS

Les ITS à déclarations obligatoires

- Prévenir et enrayer (vert)
- Protocole d'intervention (bleu)
 - Tableau des niveaux de risque des pratiques sexuelles (p. 52-53-54)
 - Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS (p. 62)
 - Période de contagiosité des ITS pour identifier les partenaires à notifier (p. 63)
 - Vaccination gratuite pour le VHA et/ou le VHB (p. 64-65)
 - Liste de dépliants disponibles (p. 66-67)

Programme québécois IPPAP

- Aide-mémoire à l'intention des professionnels de la santé
- Le programme en bref

Brochure « Entre caresses et baisers, une ITS s'est faufilée »



IPPAP

Mise en situation

Travail en petit groupe (10 min.)
Plénière (10 min.)

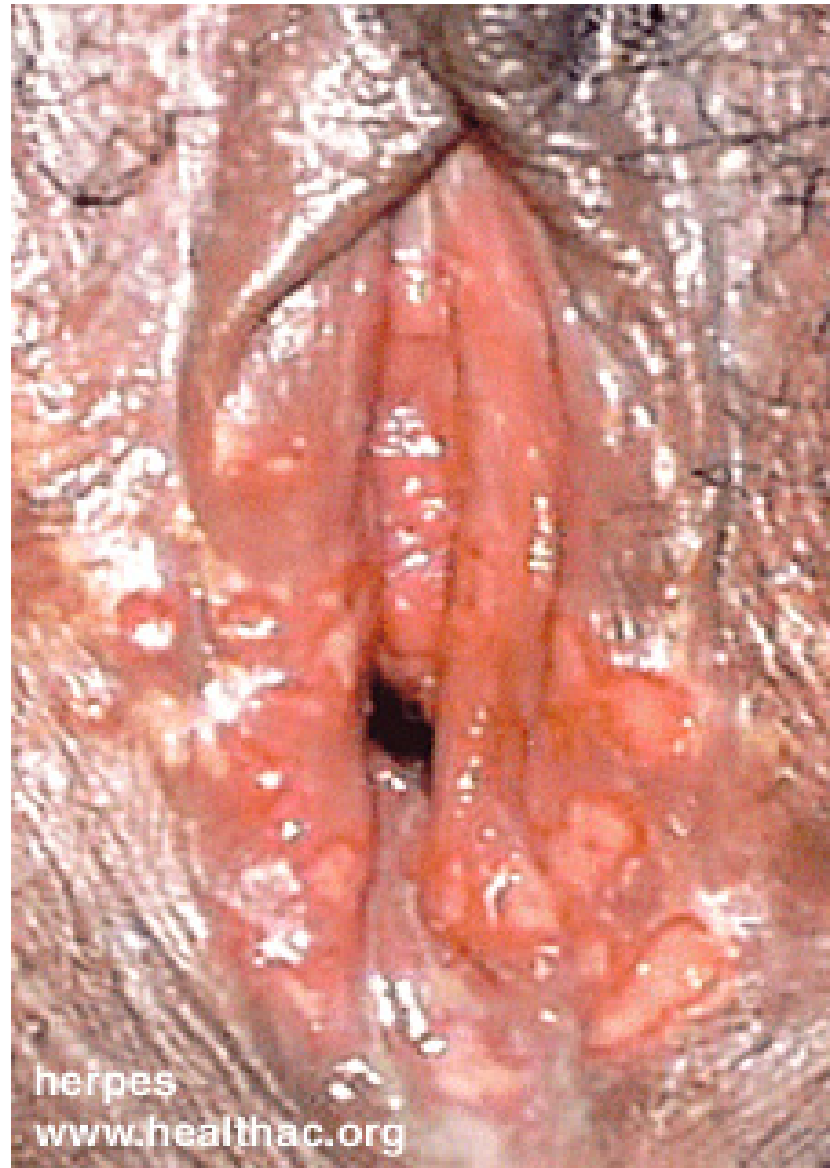


Herpès génital

- Causée par le virus Herpes simplex type 1 (VHS-1) ou type 2 (VHS-2)
- Recrudescence des infections génitales VHS-1
- La plupart des personnes infectées ne sont pas diagnostiquées et ignorent être contagieuses.
- Les personnes infectées peuvent excréter le VHS malgré l'absence de symptômes et infecter leur partenaire ou leur enfant à naître.
- Les personnes atteintes sont infectées pour la vie.







herpes
www.healthac.org

Herpès génital

Dépistage :

- Actuellement, aucune analyse n'est indiquée à des fins de dépistage

Diagnostic :

- Identification par culture virale et typage
- Sérologie spécifique de type 12 semaines après l'apparition de lésions ou immédiatement en cas de lésions récidivantes.



Herpès génital

- Un document québécois est en préparation pour préciser les indications afin de procéder à des tests d'identification virale et à une sérologie spécifique.
- Un vaccin pourrait être commercialisé dans les 5 à 10 prochaines années.



Herpès génital

Traitement

- Traitement topique : Non efficace dans les récurrences : Ne devrait pas être utilisé
- Traitement des épisodes récurrents :
 - ✦ Valtrex 500 mg BID x 3 jours
 - ✦ Valtrex 1000 mg ID x 3 jours
 - ✦ Famvir 125 mg BID pendant 5 jours
 - ✦ Famvir 1000 mg aux 12 heures (2 doses)
- Traitement supprimeur (si 6 ou plus épisodes/an):
 - ✦ Valtrex 500 ID



Virus du papillome humain VPH

- ❖ Une centaine de génotypes différents du VPH.
- ❖ Environ 40 génotypes infectent la région génitale.
- ❖ Génotypes à haut risque (association avec le cancer du col utérin) : 16, 18, 31, 33, 39, 45, 69
 - ✦ Le 16 et le 18 sont responsables de 70 % des néoplasies du col utérin et des dysplasies de haut grade
- ❖ Génotypes à faible risque : 6, 11, 42-44
 - ✦ 6 et 11 : Condylomes acuminés



Virus du papillome humain

Épidémiologie

- Le VPH fait partie des ITSS les plus fréquentes.
- 70 % de la population adulte va contracter au moins une infection à VPH pendant sa vie
- Les infections à VPH sont souvent acquises à l'adolescence (15 à 19 ans) et la majorité (plus de 80 %) se résolvent spontanément en 18 mois.
- L'infection simultanée par plusieurs types de VPH est signalée chez 5 à 30 % des femmes atteintes de VPH
- La cigarette, la multiparité et l'infection par le VIH augmentent le risque de néoplasies associées aux types à haut risque



Virus du papillome humain

Aspects cliniques

Période d'incubation

- Varie de plusieurs semaines à plusieurs mois
- Lors de la transmission périnatale, l'incubation peut aller jusqu'à 2 ans.

Modes de transmission

- Contact de peau à peau
- Le VPH n'est pas transmis par le sang
- Transmission périnatale possible mais rare



Virus du papillome humain

Aspects cliniques

Manifestations cliniques

- La majorité des infections sont asymptomatiques, non reconnues ou subcliniques
- 90 % des personnes ayant des verrues génitales externes : Résolution spontanée complète en 2 ans avec ou sans traitement.
- La résolution spontanée cervicale des lésions avoisine les 90 à 95 %.
- Les types à haut risque sont plus souvent associés à une infection persistante.



Virus du papillome humain

Aspects cliniques

❖ Symptômes

❖ Lésions cliniques : Verrues (condylomes acuminés)

- Organes génitaux, anus, rectum
- Uniques ou multiples
- Formes et couleurs variées
- Avec ou sans douleur, prurit

❖ Lésions subcliniques : Plates ou presque invisibles

- Causées par les types oncogènes
- Dépistées par le PAP TEST ou les tests de détection du VPH







Virus du papillome humain

Détection en laboratoire

- ❖ Cytologie cervicale (traditionnelle ou en milieu liquide)
- ❖ Tests de détection des VPH oncogènes
- ❖ Colposcopie et biopsie



Virus du papillome humain

Traitement

Il n'existe pas de traitement permettant d'enrayer le VPH

Traitement par le patient à domicile :

- Podophyllotoxine (condyline) BID 3/7 jrs
- Imiquimod (Aldara) 3/semaine x 16 sem.

Traitement médical :

- Cryothérapie, acide trichloroacétique, chirurgie...

Aviser qu'il n'y a pas de tests de dépistage du statut de porteur dans le bilan d'un nouveau couple



Virus du papillome humain

Vaccin

- Vaccin quadrivalent (6, 11, 16 et 18) : Gardasil
- Vacciner les filles et les femmes âgées de 9 à 26 ans. Idéalement, la vaccination devrait être offerte avant le début des activités sexuelles. Toutefois, le vaccin peut être administré même si la personne a déjà fait une infection à VPH puisque l'immunité acquise est spécifique au type.
- À noter que les femmes vaccinées doivent continuer à suivre les recommandations relativement au dépistage du cancer du col.



Virus du papillome humain

Vaccin

- Des études d'efficacité, randomisées à double insu et contrôlées par placebo, ont été réalisées chez des femmes âgées de 16 à 26 ans. Chez celles n'ayant jamais été infectées par les VPH des 4 types contenus dans le vaccin, l'efficacité à prévenir les néoplasies intraépithéliales cervicales de grade 2 ou 3 et les adénocarcinomes in situ du col de l'utérus liés aux types 16 et 18 a été de 100 % pendant une période de suivi d'environ 5 ans.
- Le vaccin est également efficace à 100 % pour prévenir les néoplasies intraépithéliales, vaginales et vulvaires de tout grade liées aux 4 types du vaccin.



Virus du papillome humain

Vaccin

- La prévention contre les verrues génitales liées aux 4 types est de 99 %.
- Il n'y a pas d'évidence que le vaccin ait un effet thérapeutique sur des infections déjà existantes. Les femmes actives sexuellement au moment de la vaccination devraient être avisées qu'elles peuvent déjà avoir été infectées.
- Si les études ont démontré une efficacité soutenue pendant 5 ans, la protection à long terme est inconnue pour l'instant.
- Les études d'efficacité sont en cours chez les hommes.



Virus du papillome humain

Calendrier :

0.5 ml IM à 0, 2 et 6 mois.

Coût : ~135 \$/dose

Programme d'immunisation gratuite :

La date de début de l'implantation recommandée est à l'automne 2008. Les recommandations touchent minimalement les élèves de 4e année et possiblement ceux de secondaire III à V. Un programme de vaccination contre les hépatites A et B est aussi recommandé pour les élèves de 4e année.



Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

- ❖ Causée par les sérotypes L1, L2 et L3 de *chlamydia trachomatis*
- ❖ Invasifs, affectent surtout les tissus lymphoïdes



Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

Aspects cliniques

Épidémiologie

- Dans la région, aucune déclaration depuis le début de l'arrivée de cette « nouvelle ITS » au Québec, en 2004
- Trois (3) déclarations en 2007 pour les 9 premières périodes
- Quarante-quatre (44) déclarations en 2006
- Toutes les déclarations se rapportent à des HARSAH



Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

Aspects cliniques

Transmission

- Contact sexuel vaginal, anal, oral, même sans pénétration
- De la mère infectée à son enfant à l'accouchement



Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

Aspects cliniques

Période de contagiosité

- Si non traitée, plusieurs semaines ou plusieurs mois après avoir contracté l'infection



Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

Aspects cliniques

Évolue en trois stades

LGV primaire

- Incubation : 3 à 30 jours
- Petite papule non douloureuse au point d'inoculation (vagin, pénis, rectum, col) pouvant devenir ulcéreuse
- Guérit spontanément
- Peut passer inaperçue



Lymphogranulomatose vénérienne



Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

Aspects cliniques

LGV secondaire

- Incubation : 2 à 6 semaines après la lésion primaire
- Symptômes systémiques : fièvre, frissons, myalgies, arthralgies
- Adénopathie inguinale douloureuse (bubons) ou rectite hémorragique aiguë



Lymphogranulomatose vénérienne (bubons)



Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

Aspects cliniques

LGV tertiaire

- Lésions inflammatoires chroniques
- Obstruction des vaisseaux lymphatiques
- Sténoses génitales et rectales
- Fistules



Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

Aspects cliniques

Complications

- Proctite
- Complications rectales avec troubles défécatoires
- Éléphantisme des organes génitaux
- Possibilité de destruction importantes des parties génitales



Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

Aspects cliniques

Détection en laboratoire

Analyses non spécifiques qui doivent être confirmées par des épreuves de confirmation pour identifier le sérotype.



Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

Aspects cliniques

Traitement

- Doxycycline 100 mg p.o. bid pour 21 jours



Clôture et évaluation

Merci de votre attention

