

GUIDES ET NORMES

Mise à jour du guide d'usage optimal sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang – Approche syndromique

Rapport en soutien au guide d'usage optimal

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé



Mise à jour du guide d'usage optimal sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang – Approche syndromique

Rapport en soutien au guide d'usage optimal

Rédaction

Mélanie Turgeon

Collaboration

Caroline Poisson

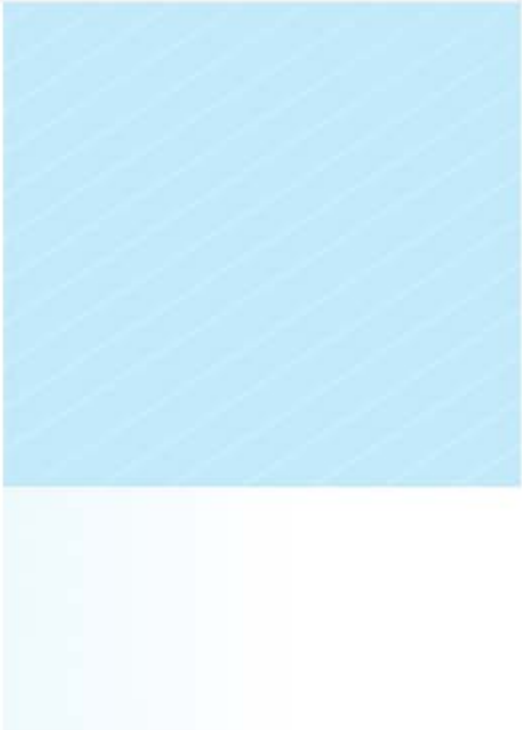
Coordination scientifique

Marie-Claude Breton

Direction

Sylvie Bouchard

Catherine Truchon



Le présent rapport ainsi que le guide d'usage optimal ont été présentés au Comité d'excellence clinique - Usage optimal du médicament (incluant les protocoles médicaux nationaux et les ordonnances associées) de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) à sa réunion du 9 juin 2020.

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

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Mélanie Turgeon, M. Sc.

Collaboratrice interne

Caroline Poisson, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Marie-Claude Breton, Ph. D.

Directrice

Sylvie Bouchard, B. Pharm., D.P.H., M. Sc., MBA

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Repérage d'information scientifique

Caroline Dion, M.B.S.I., *bibl. prof.*

Renaud Lussier, M.S.I.

Soutien administratif

Ginette Petit

Jean Talbot

Équipe de l'édition

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de

Gilles Bordage, révision linguistique

Mark A. Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Bibliothèque et Archives Canada, 2020

ISBN 978-2-550-87092-0 (PDF) INESSS

© Gouvernement du Québec, 2020

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Mise à jour du guide d'usage optimal sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang – Approche syndromique. Rapport rédigé par Mélanie Turgeon. Québec, Qc : INESSS; 2020. 31 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité d'experts sont :

D^r Maxim R. Éthier, médecin de famille, Clinique médicale Quorum, Montréal

M. Jean-François Provencher, pharmacien, Pharmacie Proximed Danielle Desroches et Martin Gilbert et Hôpital de Verdun, Montréal

D^{re} Judith Fafard, médecin microbiologiste-infectiologue, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Clinique médicale Quorum, Montréal

M^{me} Stéphanie Michaud, infirmière clinicienne, coordonnatrice, Clinique ITSS Sécure de La Cité Médicale, Québec

D^{re} Leighanne Parkes, médecin microbiologiste-infectiologue, Hôpital général juif, Montréal

D^r Navid Zahedi Niaki, médecin de famille, Clinique médicale l'Actuel, Montréal

Lecteurs externes

Les lecteurs externes de ce rapport sont :

D^{re} Khadija Benomar, médecin de famille, Clinique médicale Quorum, Montréal

D^{re} Annie-Claude Labbé, médecin microbiologiste-infectiologue, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M. Frédéric Poitras, pharmacien, Groupe Hébert, Ferlatte Pharmaciens, Québec

Comité d'excellence clinique - Usage optimal du médicament (incluant les protocoles médicaux nationaux et les ordonnances associées)

D^r Pierre Ernst, pneumologue, Université McGill (président)

M^{me} Sylvie Desgagné, pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale (vice-présidente)

D^{re} Maryse Cayouette, microbiologiste-infectiologue, CISSS de Lanaudière, Direction de santé publique

M. Benoît Cossette, chercheur, Université de Sherbrooke

D^{re} Lucie Deshaies, médecin de famille, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

D^r Mathieu Forster, médecin, certification du Collège des médecins de famille du Canada

M. Jean-Simon Fortin, consultant en éthique, candidat au Ph. D. (bioéthique), Université de Montréal

M^{me} Karina Gauthier, pharmacienne, CISSS de Laval

M^{me} Nancy Lavoie, IPS en soins de première ligne, CIUSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal — Clinique médicale Désy

M. Simon Lessard, pharmacien propriétaire, Pharmacie Simon Lessard

M^{me} Marie-Josée Gibeault, membre citoyenne

M. Jean-François Proteau, membre citoyen

Autres contributions

L'INESSS tient à remercier D^{re} Isabelle Tétrault pour son rôle d'informatrice clé pour la mise à jour du guide d'usage optimal sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang – Approche syndromique.

Déclaration de conflits d'intérêts

L'auteure de ce rapport déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts; aucun financement externe n'a été obtenu pour sa réalisation. Les conflits d'intérêts suivants ont été déclarés par les membres du comité consultatif ou par les lecteurs externes :

D^r Maxim R. Éthier : propriétaire d'une clinique spécialisée en ITSS et d'un centre d'autoprélèvement (Clinique Quorum et centre Prélib), dans lesquels il n'a aucun bénéfice direct.

M. Jean-François Provencher : versement d'honoraires de la part de la compagnie générique Jamp Pharma pour la réalisation d'une vidéo éducative sur la prophylaxie préexposition (VIH).

D^{re} Annie-Claude Labbé : contrat d'évaluation de technologie, via le laboratoire de l'HMR, octroyé par la compagnie Roche sans avantage personnel (2016); honoraires de conférencière pour les Journées de pharmacologie de l'UdeM, les JAFA de l'AMMIQ, le symposium du PNMVH, les Journées de pédiatrie de 1^{re} ligne du CHU Sainte-Justine, les congrès de la FMOQ, des activités de formation continue de l'AMOM; remboursement de voyage d'AMMI Canada pour une conférence dans un symposium financé par Hologic (2017); membre du groupe de travail d'experts des Lignes directrices canadiennes sur les ITSS (non rémunérée) et du Comité sur les infections transmises sexuellement et par le sang (CITSS) à l'INSPQ (rémunérée).

Responsabilité

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document; les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY	III
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	III
INTRODUCTION	1
1. MÉTHODOLOGIE	2
1.1. Questions d'évaluation	2
1.2. Recherche et méthode de synthèse de l'information et des recommandations cliniques publiées.....	3
1.2.1 Stratégie de recherche d'information	3
1.2.2 Sélection des documents	4
1.2.3 Évaluation de la qualité méthodologique des documents	5
1.2.4 Extraction	5
1.2.5 Analyse et synthèse.....	5
1.3. Recherche et méthodes de synthèse de l'information contextuelle et des perspectives des cliniciens et des experts.....	5
1.3.1 Repérage de l'information.....	5
1.3.2 Analyse et synthèse de l'information tirée des consultations	6
1.3.3 Respect de la confidentialité et du code d'éthique	6
1.3.4 Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles.....	6
1.4. Méthode délibérative et processus de formulation des recommandations	7
1.5. Validation par les pairs	7
1.6. Mise à jour du GUO	8
2. RÉSULTATS	9
2.1. Description des documents retenus	9
2.2. Titre.....	10
2.3. Bandeau	10
2.4. Généralités	10
2.5. Prise en charge des syndromes.....	11
2.5.1. Intervention auprès de la personne atteinte	11
2.5.2. Intervention auprès des partenaires.....	11
2.5.3. Maladie à déclaration obligatoire (MADO)	12
2.5.4. Gratuité de la médication.....	12
2.6. Cervicite et urétrite	13
2.6.1. Manifestations cliniques	13
2.6.2. Étiologie	13
2.6.3. Traitement.....	13
2.6.4. Suivi	14
2.7. Épididymite/orchi-épididymite.....	15

2.7.1. Manifestations cliniques	15
2.7.2. Étiologie	15
2.7.3. Traitement.....	15
2.7.4. Suivi	16
2.8. Atteinte inflammatoire pelvienne	17
2.8.1. Manifestations cliniques	17
2.8.2. Étiologie	17
2.8.3. Principes de traitement.....	17
2.8.4. Traitement.....	17
2.8.5. Suivi	17
2.9. Rectite.....	19
2.9.1. Manifestations cliniques	19
2.9.2. Étiologie	19
2.9.3. Principes de traitement.....	19
2.9.4. Traitement si étiologie ITSS	19
2.9.5. Suivi	20
2.10. Test de contrôle	21
2.11. Antibiorésistance	23
2.12. Réinfection.....	23
2.13. Interventions préventives relatives aux ITSS	23
2.14. Annexe.....	25
2.15. Algorithme allergie	26
DISCUSSION.....	27
CONCLUSION	29
RÉFÉRENCES	30

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Critères d'inclusion et critères d'exclusion des documents	4
--	---

RÉSUMÉ

Introduction

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié en 2012 une série de cinq guides d'usage optimal (GUO) sur le traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Un de ces cinq guides concerne l'approche syndromique, soit la prise en charge des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS avant l'obtention des résultats des analyses de laboratoire. Ce guide se situe donc dans un contexte de traitement empirique. Il aborde les conditions suivantes : cervicite, urétrite, épididymite/orchi-épididymite, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) et rectite. Comme la résistance de *Neisseria gonorrhoeae* aux antibiotiques est en évolution constante, une surveillance assidue des données de laboratoire et des lignes directrices nationales et internationales de même qu'une mise à jour fréquente des recommandations incluses dans le GUO de l'INESSS sont nécessaires. Depuis 2012, le GUO sur l'approche syndromique a fait l'objet d'une révision partielle en décembre 2015, d'une mise à jour complète selon un processus de révision systématique de la littérature scientifique au printemps 2017 et d'une autre révision partielle en 2018. La présente édition propose une mise à jour complète des recommandations.

Méthodologie

Pour la mise à jour du GUO de l'INESSS sur l'approche syndromique, une revue systématique de guides de pratique clinique (GPC), consensus d'experts, conférences consensuelles, lignes directrices et tout autre document présentant des recommandations cliniques a été menée dans le respect des normes de l'INESSS. La recherche documentaire a été limitée aux documents publiés entre juin 2016 et janvier 2020. Les documents retenus ciblaient les personnes âgées de 14 ans et plus. Une recherche manuelle de la littérature a également été effectuée en consultant les sites Web des agences réglementaires nord-américaines, d'agences d'évaluation des technologies de la santé ainsi que ceux d'organismes gouvernementaux, d'associations ou ordres professionnels en lien avec le thème des travaux. Les bibliographies des publications retenues ont été consultées pour répertorier d'autres documents pertinents.

L'analyse de l'information a été effectuée dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec, en se basant notamment sur des éléments de contexte législatif, réglementaire et organisationnel propres au Québec, puis sur les perspectives des différentes parties prenantes consultées.

Résultats

À la suite de la recherche documentaire, dix documents incluant des recommandations ont été retenus, dont la qualité méthodologique a été jugée adéquate selon la grille AGREE II.

De façon générale, le GUO n'a pas subi un grand nombre de modifications lors du processus de mise à jour. Parmi les quelques changements, notons l'ajout d'une

phrase dans la section *étiologie* de la cervicite mentionnant qu'en l'absence de facteur de risque d'ITSS et de signe d'atteinte inflammatoire pelvienne, il est possible d'attendre les résultats des analyses de laboratoire avant de traiter, à condition de convenir d'une façon fiable de joindre la personne et de convenir de la modalité de prescription éventuelle. Quelques ajustements mineurs ont également été effectués dans le tableau sur les tests de contrôle.

Les principales modifications ont été apportées aux traitements recommandés. Le premier choix thérapeutique pour le traitement empirique de la cervicite et de l'urétrite est dorénavant la ceftriaxone combinée avec la doxycycline aux posologies habituellement utilisées dans le traitement des ITSS. Comme une option de rechange orale à la ceftriaxone est parfois nécessaire puisque son administration intramusculaire n'est pas toujours possible et puisque des problèmes d'adhésion au traitement peuvent être anticipés chez certaines personnes susceptibles de recevoir un traitement avec la doxycycline pendant 7 jours, la combinaison céfixime et azithromycine représente désormais un deuxième choix de traitement pour la cervicite et l'urétrite. La combinaison ceftriaxone et azithromycine représente également désormais un deuxième choix de traitement pour la cervicite et l'urétrite. Lorsque la bithérapie incluant la céfixime ou la ceftriaxone et l'azithromycine est utilisée, la dose recommandée d'azithromycine est dorénavant de 2 grammes en dose unique.

Pour le traitement pharmacologique de l'épididymite/orchi-épididymite, la durée de traitement avec la doxycycline pour les hommes avec facteurs de risque d'ITSS et sans risque d'infection par bâtonnets Gram négatif est passée de 10 à 14 jours dans l'ancienne version du GUO sur l'approche syndromique à 14 jours dans la version mise à jour, statuant ainsi sur une durée de traitement précise afin d'éliminer tout questionnement pour les utilisateurs du GUO.

Concernant la rectite, le premier choix de traitement est dorénavant la ceftriaxone combinée avec la doxycycline aux posologies habituelles. Le deuxième choix de traitement de la rectite implique désormais une trithérapie combinant la céfixime, l'azithromycine et la doxycycline. Lors de l'usage de la trithérapie, la dose recommandée d'azithromycine est de 2 grammes en dose unique.

Conclusion

La mise à jour du GUO sur l'approche syndromique a été basée sur de l'information scientifique, clinique et sur des recommandations de pratique clinique tirées de la littérature, qui ont été bonifiées par les perspectives de différents cliniciens et experts ainsi que par des aspects contextuels. La triangulation des données provenant de ces différentes sources a permis la mise à jour du GUO selon les meilleures pratiques cliniques et données disponibles.

SUMMARY

Update of the optimal usage guide on sexually transmitted and blood-borne infections – Syndromic approach

Introduction

In 2012, the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) published a series of five optimal usage guides (OUGs) on the pharmacological treatment of sexually transmitted and blood-borne infections (STBBIs). One of these guides concerns the syndromic approach, that is, managing clinical syndromes potentially associated with STBBIs before obtaining the laboratory test results. This guide therefore falls within the context of empirical treatment. It addresses the following conditions: cervicitis, urethritis, epididymitis/epididymo-orchitis, pelvic inflammatory disease (PID), and proctitis. Since *Neisseria gonorrhoeae* antibiotic resistance is constantly evolving, careful monitoring of laboratory data and national and international guidelines, and frequent updating of the recommendations included in INESSS's OUGs are necessary. Since 2012, the OUG on the syndromic approach has been partially revised (December 2015), fully updated on the basis of a systematic review of the scientific literature (spring of 2017), and partially revised again (2018). This version provides a complete update of the recommendations.

Methodology

For the purpose of updating INESSS's OUG on the syndromic approach, we conducted, in accordance with its standards, a systematic review of clinical practice guidelines (CPGs), expert consensus statements, consensus conference reports, guidance documents and other publications containing clinical recommendations. The literature search was limited to items published between June 2016 and January 2020. The items selected concern individuals aged 14 years and older. In addition, a manual search of the literature was conducted by consulting the websites of health technology assessment agencies and North American regulatory agencies, and those of government agencies and professional associations and bodies related to the topic of interest. The bibliographies of the selected publications were checked for other relevant items.

The scientific data were analyzed from the perspective of contextualizing the practice in Québec, using mainly legislative, regulatory and organizational contextual elements specific to Québec and the perspectives of the different stakeholders consulted.

Results

Ten items containing recommendations were selected from the literature search. Their methodological quality was deemed good, based on the AGREE II instrument.

In general, the update of the OUG did not involve a large number of changes. Among the few changes was the addition of a sentence in the section on the etiology of cervicitis stating that in the absence of STBBI risk factors and signs of pelvic

inflammatory disease, one can wait for the laboratory test results before treating, provided that a reliable way of contacting the individual and a method for issuing a prescription, if applicable, are agreed upon. Some minor adjustments have also been made to the table on tests of cure.

The main changes concern the recommended treatments. The first therapeutic choice for the empirical treatment of cervicitis and urethritis is now ceftriaxone in combination with doxycycline at the dosages usually used in the treatment of STBBIs. Because an oral alternative to ceftriaxone is sometimes necessary since it is not always possible to administer it intramuscularly and since therapeutic adherence problems can be expected in some patients who are likely to be treated with doxycycline for 7 days, the combination of cefixime and azithromycin is now a second treatment option for cervicitis and urethritis. The combination of ceftriaxone and azithromycin is also now a second treatment option for cervicitis and urethritis. When dual therapy with cefixime or ceftriaxone and azithromycin is used, the recommended dose of azithromycin is now 2 grams as a single dose.

For the pharmacological treatment of epididymitis/epididymo-orchitis, the duration of treatment with doxycycline for males with STBBI risk factors and no risk of gram-negative rod infection has been changed from 10 to 14 days in the previous version of the OUG on the syndromic approach to 14 days in the updated version. We have decided on a precise duration of treatment to preclude any uncertainty for the OUG's users.

As for proctitis, the first choice of treatment is now ceftriaxone in combination with doxycycline at the usual dosages. The second choice of treatment for proctitis now involves triple therapy combining cefixime, azithromycin and doxycycline. When using triple therapy, the recommended azithromycin dose is 2 grams as a single dose.

Conclusion

The update of the OUG on the syndromic approach was based on scientific and clinical information and clinical practice recommendations from the literature, which were enriched with the perspectives of various clinicians and experts and with contextual information. Triangulating the data from these different sources permitted an update of the OUG in accordance with the best clinical practices and available data.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AGREE II	<i>Appraisal of guidelines for research and evaluation Global Rating Scale II</i>
AIP	Atteinte inflammatoire pelvienne
BASHH	British Association for Sexual Health and HIV
CEC-UOM-PMNO	Comité d'excellence clinique - Usage optimal du médicament (incluant les protocoles médicaux nationaux et les ordonnances associées)
e-CPS	<i>electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties</i>
FDA	Food and Drug Administration
GPC	Guide de pratique clinique
GUO	Guide d'usage optimal
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PIPOH	Population à qui s'adresse l'intervention, intervention, professionnels à qui s'adressent les travaux, paramètres d'intérêt (<i>outcomes</i>) ainsi que le milieu et le contexte de l'intervention (<i>health care setting</i>)
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
TAP	Traitement accéléré du partenaire

INTRODUCTION

Problématique

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié en 2012 une série de cinq guides d'usage optimal (GUO) sur le traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Un de ces cinq guides concerne l'approche syndromique, soit la prise en charge des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS avant l'obtention des résultats des analyses de laboratoire. Ce guide se situe donc dans un contexte de traitement empirique. Il aborde les conditions suivantes : cervicite, urétrite, épididymite/orchi-épididymite, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) et rectite.

Les recommandations sur le traitement pharmacologique de ces syndromes font partie intégrante du GUO. Or, la résistance des micro-organismes aux antimicrobiens est en évolution constante, ce qui requiert une surveillance assidue des données de laboratoire et des lignes directrices nationales et internationales.

Contexte de l'amorce des travaux

Depuis 2012, le GUO sur l'approche syndromique a fait l'objet d'une révision partielle en décembre 2015, d'une mise à jour complète selon un processus de révision systématique de la littérature scientifique au printemps 2017 et d'une autre révision partielle en 2018.

Depuis le début de l'année 2019, plusieurs enjeux ou nouveautés relatifs au traitement pharmacologique des syndromes cliniques potentiellement associés à des ITSS ont été soulevés par l'INESSS ou par ses partenaires, par exemple l'évolution de la résistance de *Neisseria gonorrhoeae* à la céfixime et à l'azithromycine et la mise à jour récente de lignes directrices nationales et internationales.

Objectif

Mettre à jour complètement le GUO sur l'approche syndromique.

Livrables

- GUO
- Rapport en soutien aux travaux

Aspects exclus

- Aspects liés à l'implantation et au déploiement du GUO.

1. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie proposée pour réaliser la mise à jour du GUO sur l'approche syndromique respecte les normes de qualité de l'INESSS. Les questions d'évaluation ont été déterminées selon les aspects à mettre à jour et à réviser. Une recherche documentaire a été réalisée pour chacune des questions d'évaluation. L'analyse des informations a été faite dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec, en se basant notamment sur des éléments de contexte législatif, réglementaire et organisationnel propres au Québec, puis sur la perspective des cliniciens et des experts ainsi que des différentes parties prenantes consultées.

1.1. Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation ont été formulées, de manière générale, en tenant compte des éléments du modèle PIPOH (population à qui s'adresse l'intervention, intervention, professionnels à qui s'adressent les travaux, paramètres d'intérêt (*outcomes*) ainsi que le milieu et le contexte de l'intervention (*health care setting*)) [The ADAPTE Collaboration, 2009].

1. Pour chacun des cinq syndromes abordés dans le GUO (cervicite, urétrite, épididymite/orchi-épididymite, atteinte inflammatoire pelvienne, rectite), quelles sont les modalités de bonnes pratiques cliniques concernant :
 - i. les principes de traitement pour la personne atteinte?
 - ii. le traitement pharmacologique de la personne atteinte?
 - iii. le suivi clinique de la personne atteinte?
 - iv. le traitement pharmacologique des partenaires?
 - v. les indications des tests de contrôle et la nature de ceux-ci?
 - vi. la détection d'une possible réinfection?
2. Pour chacun des cinq syndromes abordés dans le GUO (cervicite, urétrite, épididymite/orchi-épididymite, atteinte inflammatoire pelvienne, rectite), quelles sont les étiologies potentielles?
3. Pour chacun des cinq syndromes abordés dans le GUO (cervicite, urétrite, épididymite/orchi-épididymite, atteinte inflammatoire pelvienne, rectite), quelles sont les principales manifestations cliniques?
4. Quels éléments devraient faire partie de la prise en charge de la personne atteinte et de ses partenaires dans un contexte d'ITSS probable (approche syndromique)?
5. Y a-t-il des données scientifiques ou des recommandations pertinentes concernant l'antibiorésistance en cas d'infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*?
6. Quelle est l'évolution des données québécoises sur la résistance de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae* aux antibiotiques?

1.2. Recherche et méthode de synthèse de l'information et des recommandations cliniques publiées

1.2.1 Stratégie de recherche d'information

La stratégie de recherche de l'information a été élaborée en collaboration avec un spécialiste en information scientifique (bibliothécaire). Afin de diminuer les biais de divulgation, la recherche d'information a été effectuée dans plus d'une base de données, soit PubMed, EMBASE et Evidence-based medicine Reviews (EBM reviews). La recherche documentaire a été limitée aux documents publiés entre juin 2016 et janvier 2020. Seules les publications en français et en anglais ont été retenues. Une recherche complémentaire a été effectuée au moyen du moteur de recherche Google afin de répertorier les documents non publiés. La stratégie de recherche de l'information ainsi que les mots clés employés sont détaillés dans le document *Annexes complémentaires* du présent rapport [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020a].

Une recherche manuelle de la littérature a également été effectuée en consultant les sites Internet des agences et des organismes d'évaluation des technologies de la santé ainsi que ceux d'organismes gouvernementaux, d'associations ou d'ordres professionnels en lien avec la thématique des travaux. Seuls les documents provenant de pays dont le réseau de la santé et les pratiques cliniques ont des similitudes avec ceux du Québec ont été consultés (ex. : États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, France, Suisse, Belgique, Allemagne, Angleterre, Écosse).

Les documents provenant des agences réglementaires nord-américaines, dont la Food and Drug Administration (FDA) et Santé Canada, ont également été consultés. Les monographies officielles de la médication visant le traitement des syndromes potentiellement associés à une ITSS homologuée par Santé Canada ont également été consultées par l'intermédiaire de la base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada ou, à défaut, par *l'electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties* (e-CPS).

Les documents publiés par les différentes directions de l'INESSS, dont les avis d'évaluation des médicaments aux fins d'inscription et les avis d'évaluation des examens et analyses de laboratoire en lien avec le thème des travaux, ont été consultés. Les listes de médicaments publiées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à l'intention des établissements et du régime public d'assurance médicaments ont également été consultées durant les travaux.

Les bibliographies des publications retenues ont été examinées afin de répertorier d'autres documents pertinents.

Pour la mise à jour d'un autre GUO de l'INESSS, soit celui sur les infections non compliquées à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*, un aspect du traitement des infections gonococciques, soit la pertinence de la double thérapie, a soulevé des questions pour lesquelles la consultation des études primaires a été

nécessaire. Dans ce contexte, une revue systématique des études primaires a donc été réalisée afin que l'INESSS puisse se positionner concernant les options de traitement à privilégier pour les infections non compliquées à *N. gonorrhoeae*. Les conclusions de cette revue systématique ont également été utilisées pour formuler des recommandations pour le traitement pharmacologique de certains syndromes. La méthodologie détaillée de cette revue systématique peut être consultée dans l'état des connaissances sur le sujet publié par l'INESSS [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020b].

1.2.2 Sélection des documents

La sélection a été effectuée de façon indépendante par deux professionnels scientifiques à partir des critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans le tableau 1 ci-dessous. Les divergences d'opinions ont été réglées en considérant l'avis d'une troisième personne. Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue pour analyse. Les raisons d'une inclusion ou d'une exclusion ont été inscrites dans un fichier avec la qualification des références. Un diagramme de flux selon le modèle de PRISMA [Moher *et al.*, 2009] illustrant le processus de sélection des documents est présenté dans le document *Annexes complémentaires* du présent rapport [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020a].

Tableau 1 Critères d'inclusion et critères d'exclusion des documents

Critères d'inclusion	
Population	Personnes de 14 ans ou plus
Intervention	Antibiothérapie des cinq syndromes abordés dans le GUO
Professionnels à qui s'adressent les travaux	Professionnels de la santé
Paramètres d'intérêt	- Principes de traitement pour la personne atteinte - Traitement pharmacologique de la personne atteinte - Suivi clinique de la personne atteinte - Traitement pharmacologique des partenaires - Indications des tests de contrôle et nature de ceux-ci - Détection d'une possible réinfection - Étiologies potentielles - Principales manifestations cliniques - Prise en charge de la personne atteinte et de ses partenaires dans un contexte d'ITSS probable (approche syndromique) - Données scientifiques ou recommandations pertinentes concernant l'antibiorésistance en cas d'infection à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i> - Évolution des données québécoises sur la résistance de <i>C. trachomatis</i> et de <i>N. gonorrhoeae</i> aux antibiotiques
Milieu et contexte clinique	Ambulatoire
Type de publication	Guides de bonnes pratiques cliniques (GPC), consensus d'experts, conférences consensuelles, lignes directrices ou tout autre document présentant des recommandations cliniques
Année de publication	Juin 2016 à janvier 2020

Critères d'exclusion	
Qualité méthodologique	Document dont la qualité méthodologique est jugée inadéquate pour son utilisation à l'aide de la grille d'évaluation AGREE II
Milieu et Contexte d'intervention	Guide dont les recommandations sont ciblées pour des pays dont le réseau de la santé et les pratiques cliniques sont très différents de ceux du Québec

1.2.3 Évaluation de la qualité méthodologique des documents

L'évaluation de la qualité des documents sélectionnés a été effectuée de façon indépendante par deux professionnels scientifiques. La grille d'évaluation AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) a été utilisée pour évaluer la qualité méthodologique des documents comportant des recommandations [Brouwers *et al.*, 2010]. Les résultats de cette évaluation sont présentés dans le document *Annexes complémentaires* du présent rapport [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020a].

1.2.4 Extraction

L'extraction de l'information et des recommandations cliniques a été effectuée par un professionnel scientifique à l'aide de formulaires d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents afin d'en assurer la validité. L'information extraite a été validée par un deuxième professionnel scientifique. L'information extraite des documents retenus est présentée dans le document *Annexes complémentaires* du présent rapport [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020a].

1.2.5 Analyse et synthèse

Les données concernant les modalités de pratique ont été résumées sous la forme d'une synthèse narrative analytique comparative. Les recommandations extraites des documents retenus, appuyées par le niveau de preuve scientifique et l'argumentaire, ont été regroupées dans des tableaux pour pouvoir les comparer et reconnaître les similarités et les différences.

1.3. Recherche et méthodes de synthèse de l'information contextuelle et des perspectives des cliniciens et des experts

1.3.1 Repérage de l'information

Les recommandations cliniques élaborées par l'INESSS sont le fruit de la triangulation des données issues de la littérature combinée à la perspective d'experts ou de cliniciens québécois ainsi qu'à des éléments contextuels propres au Québec. Les perspectives des cliniciens et des experts ont été obtenues principalement par la consultation de parties prenantes qui ont participé aux travaux des comités mis en place par l'INESSS.

1.3.1.1. Comité consultatif

Un comité consultatif a été mis sur pied pour accompagner l'INESSS dans ses travaux. Ce comité avait pour mandat d'accompagner l'INESSS dans le but d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique et l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. La composition de ce comité est présentée dans les pages liminaires de ce rapport.

1.3.1.2. Comité d'excellence clinique - Usage optimal du médicament (incluant les protocoles médicaux nationaux et les ordonnances associées)

Le Comité d'excellence clinique - Usage optimal du médicament (incluant les protocoles médicaux nationaux et les ordonnances associées) (CEC-UOM-PMNO) a également contribué aux travaux en formulant des commentaires et en indiquant des enjeux cliniques et organisationnels. Ce comité a pour mandat d'assurer la justesse des recommandations ainsi que l'acceptabilité professionnelle et sociale des produits de l'INESSS. Sa composition est présentée dans les pages liminaires de ce rapport.

1.3.2 Analyse et synthèse de l'information tirée des consultations

La contribution des parties prenantes a été documentée en utilisant des fiches d'interaction ainsi que des comptes rendus de réunion consignés dans un espace de travail commun. Les fiches contiennent l'information sur la date, le lieu et l'objet de la rencontre, la synthèse des points saillants abordés et les précisions sur le suivi qui a été effectué. Les consultations de groupes ont de plus été enregistrées avec l'accord des participants. Les méthodes de consultation et de délibération privilégiées et le processus décisionnel qui a mené aux conclusions ont aussi été documentés.

1.3.3 Respect de la confidentialité et du code d'éthique

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été rendue anonyme pour protéger l'identité des participants. Les membres de l'équipe de projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées ont également été tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'INESSS et les collaborateurs qui ont participé aux travaux ont pris connaissance du code d'éthique et se sont engagés à le respecter.

1.3.4 Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles

Toutes les personnes qui ont collaboré à ce dossier ont dû déclarer au préalable leurs intérêts personnels susceptibles de les placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts – commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnels ou autres. Les différentes activités professionnelles ou les rôles qui pouvaient les placer dans une situation propice au développement de conflits de rôles ont également été dévoilés. Une telle déclaration a été faite sur la base du formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les déclarations remplies ont fait l'objet d'une

évaluation par l'INESSS, laquelle a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer selon les situations déclarées. Aucune modalité particulière n'a dû être appliquée. L'ensemble des conflits d'intérêts et de rôles sont divulgués publiquement dans les pages liminaires du présent rapport, par souci de transparence.

1.4. Méthode délibérative et processus de formulation des recommandations

Le choix du contenu de même que l'élaboration des éléments à modifier dans le GUO sur l'approche syndromique ont été effectués avec le comité consultatif. Ainsi, pour chaque question d'évaluation, un tableau mettant en parallèle : 1) les données scientifiques; 2) l'information clinique ou les recommandations de bonnes pratiques cliniques; 3) l'information contextuelle; 4) les perspectives des cliniciens; et 5) les constats préliminaires formulés par l'équipe de projet à la suite de l'analyse de l'ensemble de la preuve a été présenté au comité consultatif.

Les membres du comité ont ensuite échangé dans un processus délibératif informel sur l'ensemble de la preuve en vue d'élaborer les documents. Puis, les membres du comité se sont prononcés sur les documents finaux, soit en délibéré ou par courriel, selon le degré de divergence des opinions initiales. Le contenu qui a obtenu un consensus auprès des membres du comité consultatif a été retenu. À défaut d'un consensus sur la portée d'une directive ou sur la pertinence d'inclure une information ou une recommandation, celle-ci a été retirée ou reformulée.

Le contenu du GUO sur l'approche syndromique a été révisé en considérant l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, les valeurs et les préférences des professionnels et des usagers ainsi que l'applicabilité de l'intervention dans le contexte de la pratique au Québec.

Le processus de mise à jour du GUO a également nécessité l'examen, avec le comité consultatif, de la portée de son application à la population cible et des répercussions possibles sur les pratiques et sur les ressources humaines, matérielles et organisationnelles.

À la suite des rencontres, le GUO sur l'approche syndromique mis à jour et le rapport en soutien ont été envoyés par courriel aux membres du comité consultatif pour obtenir leurs commentaires. Les documents ont ensuite été présentés aux lecteurs externes, puis aux membres du CEC-UOM-PMNO.

1.5. Validation par les pairs

Le GUO sur l'approche syndromique mis à jour et le rapport en soutien ont été envoyés à trois lecteurs externes pour qu'ils évaluent la pertinence du contenu et la qualité scientifique globale de ces documents. Les lecteurs externes ont été choisis en fonction de leur expertise et de leur implication dans le domaine des ITSS et de manière à pouvoir représenter différentes régions du Québec. Le nom et l'affiliation des lecteurs externes sont présentés dans les pages liminaires du présent document.

Les commentaires des lecteurs externes ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés dans le rapport final, le cas échéant. Ils sont reproduits dans des tableaux récapitulatifs disponibles dans le document *Annexes complémentaires* du présent rapport [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020a].

1.6. Mise à jour du GUO

Une évaluation de la pertinence de mettre à jour à nouveau le GUO sur l'approche syndromique sera effectuée minimalement tous les quatre ans afin de permettre une révision de celui-ci avant cinq ans.

2. RÉSULTATS

2.1. Description des documents retenus

Pour la mise à jour du GUO sur l'approche syndromique, la recherche d'information a permis de répertorier 415 documents, desquels ont été retenus 10 GPC qui comportent des recommandations visant la pratique clinique relative à la prise en charge de la cervicite, de l'urétrite, de l'épididymite/orchi-épididymite, de l'atteinte inflammatoire pelvienne et de la rectite chez les personnes de 14 ans et plus. Ces 10 GPC ont été jugés de qualité méthodologique adéquate pour leur utilisation selon la grille AGREE II.

Les 10 documents retenus sont les suivants :

- Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Prise en charge et traitement d'infections spécifiques – Infections à *Mycoplasma genitalium* [Agence de la santé publique du Canada, 2016];
- Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Déclaration supplémentaire pour la prise en charge des cas et des contacts de Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) [Agence de la santé publique du Canada, 2017];
- Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques – Cervicite [Agence de la santé publique du Canada, 2019];
- 2019 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum [de Vries *et al.*, 2019];
- 2016 European guideline on *Mycoplasma genitalium* infections [Jensen *et al.*, 2016];
- 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease [Ross *et al.*, 2018];
- The 2016 European guideline on the management of epididymo-orchitis [Street *et al.*, 2017];
- British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of infection with *Mycoplasma genitalium* (2018) [Soni *et al.*, 2019];
- Update to the 2015 BASHH UK National Guideline on the management of non-gonococcal urethritis [The British Association for Sexual Health and HIV (BASHH), 2018];
- United Kingdom National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease (2019 Interim Update) [The British Association for Sexual Health and HIV (BASHH), 2019].

Le processus de sélection des documents sous forme de diagramme de flux ainsi que les résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique de ceux retenus sont présentés dans le document *Annexes complémentaires* du présent rapport [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020a].

La revue systématique des études primaires concernant la pertinence de la double thérapie pour le traitement des infections gonococciques a permis de repérer 477 publications, parmi lesquelles 4 études primaires ont été retenues, à savoir :

- 1 étude de cohorte prospective [Wind *et al.*, 2016];
- 2 études de cohorte rétrospectives [Singh *et al.*, 2015; Barbee *et al.*, 2013];
- 1 série de cas rétrospective [Gratrix *et al.*, 2013].

Les résultats détaillés de cette revue systématique peuvent être consultés dans l'état des connaissances sur le sujet publié par l'INESSS [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020b].

2.2. Titre

Le titre du GUO est demeuré inchangé pendant le processus de mise à jour.

2.3. Bandeau

Le bandeau mentionne maintenant les cliniciens de première ligne comme destinataires du GUO, plutôt que les praticiens, dans un objectif de précision. Il est également dorénavant spécifié que le GUO s'adresse au clinicien qui exerce les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement. Finalement, une mention de la section précise à consulter sur le site Web de l'INESSS a été ajoutée. Ces modifications ont été effectuées afin d'arrimer le GUO sur l'approche syndromique avec les nouveaux GUO publiés par l'INESSS.

2.4. Généralités

Dans la section des généralités, les deux éléments listés n'ont pas subi de modification lors du processus de mise à jour.

Les généralités sont donc les suivantes :

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

de faire un prélèvement pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) (détails complémentaires en annexe).

2.5. Prise en charge des syndromes

2.5.1. Intervention auprès de la personne atteinte

Aucune modification n'a été apportée à cette section lors du processus de mise à jour.

Les recommandations pour cette section sont donc les suivantes :

L'intervention devrait inclure :

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

2.5.2. Intervention auprès des partenaires

Aucune modification n'a été apportée à cette section lors du processus de mise à jour.

Les recommandations pour cette section sont donc les suivantes :

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

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

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

L'intervention devrait inclure :

- une évaluation clinique comprenant l'identification des facteurs de risque d'ITSS;
- un dépistage des ITSS selon l'outil ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés;
- en l'absence de signes et de symptômes, un traitement épidémiologique sans attendre les résultats du dépistage : algorithme décisionnel;
- en présence de signes ou de symptômes : une approche syndromique;
- la notification aux partenaires de cette personne si les résultats des analyses microbiologiques sont positifs.

Pour plus d'informations, consulter les outils *Personne exposée à une ITSS : que faire?* et *Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires : quatre étapes*.

2.5.3. Maladie à déclaration obligatoire (MADO)

Aucune modification n'a été apportée à cette section lors du processus de mise à jour, mis à part la précision indiquant que la déclaration doit être faite également par le clinicien.

La recommandation pour cette section est donc la suivante :

Les infections à *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* ainsi que la LGV documentées par une analyse de laboratoire doivent être déclarées par le clinicien à la DSP régionale (détails complémentaires en annexe).

2.5.4. Gratuité de la médication

Le seul changement apporté à cette section est l'ajout du code M pour les partenaires traités par TAP dans la liste des codes pour la gratuité des médicaments.

Les informations pour cette section ont donc été mises à jour comme suit :

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

2.6. Cervicite et urétrite

2.6.1. Manifestations cliniques

Aucun changement dans les manifestations cliniques n'a été apporté lors du processus de mise à jour.

2.6.2. Étiologie

Dans le chapitre sur la cervicite publié par l'Agence de la santé publique du Canada, il est mentionné que, dans certaines circonstances, une approche basée sur l'attente des résultats d'analyses de laboratoire peut être préférable (comparativement à un traitement empirique), car la plupart des cas de cervicite sont d'étiologie inconnue et les taux de résistance aux antimicrobiens augmentent [Agence de la santé publique du Canada, 2019]. Face à cette recommandation canadienne, les membres du comité consultatif ont convenu qu'il pourrait être pertinent de mentionner que l'attente des résultats d'analyses de laboratoire pourrait être envisagée en l'absence de facteur de risque d'ITSS et de signe d'atteinte inflammatoire pelvienne, car une étiologie non-ITSS est possible pour la cervicite. Cette précision a été ajoutée dans la section *étiologie*, à la suite de la phrase sur d'autres causes possibles de signes et symptômes suggestifs de cervicite. La phrase ajoutée est la suivante : *En l'absence de facteur de risque d'ITSS et de signe d'atteinte inflammatoire pelvienne, il est possible d'attendre les résultats des analyses de laboratoire avant de traiter, à condition de convenir d'une façon fiable de joindre la personne et de convenir de la modalité de prescription éventuelle.* La phrase sur l'ectropion du col utérin a été déplacée dans la section des manifestations cliniques. Les autres éléments de la section *étiologie* sont demeurés inchangés.

2.6.3. Traitement

Plusieurs décisions concernant le traitement des infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* ont été prises lors de la mise à jour du GUO sur les infections non compliquées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*. La nature de ces changements et l'argumentaire peuvent être consultés dans le rapport en soutien à ce GUO [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020c]. En résumé, le traitement à privilégier pour les infections confirmées à *C. trachomatis* est dorénavant la doxycycline et le traitement à privilégier pour les infections confirmées à *N. gonorrhoeae* est dorénavant la ceftriaxone en monothérapie (lorsque les circonstances permettent son administration). Les posologies de ces deux antibiotiques n'ont pas été modifiées. C'est pourquoi le premier choix thérapeutique pour le traitement empirique de la cervicite et de l'urétrite dans le GUO mis à jour est la ceftriaxone combinée avec la doxycycline afin de couvrir de façon optimale *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*. Comme une option de rechange orale à la ceftriaxone est parfois nécessaire puisque son administration intramusculaire n'est pas toujours possible et puisque des problèmes d'adhésion au

traitement peuvent être anticipés chez certaines personnes susceptibles de recevoir un traitement avec la doxycycline pendant 7 jours, les membres du comité consultatif ont déterminé que la combinaison céfixime et azithromycine deviendrait un deuxième choix de traitement pour la cervicite et l'urétrite dans le GUO sur l'approche syndromique mis à jour. La combinaison ceftriaxone et azithromycine représente également un deuxième choix de traitement pour la cervicite et l'urétrite dans le GUO mis à jour. Lorsque la bithérapie incluant la céfixime ou la ceftriaxone et l'azithromycine est utilisée, la dose recommandée d'azithromycine est dorénavant de 2 grammes en dose unique à l'instar de la décision qui a été prise lors de la mise à jour du GUO sur les infections non compliquées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020c]. Le traitement en présence d'antécédent de réaction allergique est demeuré le même, tout comme l'ensemble des notes de bas de tableau, dont l'ordre de présentation a cependant été modifié.

2.6.4. Suivi

Les éléments de suivi sont demeurés inchangés à la suite du processus de mise à jour. Les modifications énoncées ci-dessus pour la section concernant la cervicite et l'urétrite apparaissent comme suit dans le GUO mis à jour:

MANIFESTATIONS CLINIQUES ¹	
CERVICITE : ▶ Pertes vaginales anormales ▶ Saignements vaginaux intermenstruels ou post-coïtaux ▶ Exsudat endocervical mucopurulent ou purulent ▶ Ne pas confondre l'érythème associé à un ectropion avec celui associé à la cervicite	URÉTRITE : ▶ Brûlures mictionnelles ▶ Inconfort urétral ▶ Écoulement urétral ▶ La pollakiurie, l'hématurie, le ténesme vésical et la miction impérieuse sont rarement associés à une urétrite. L'identification de l'un de ces symptômes exige une évaluation plus approfondie.
ÉTIOLOGIE	
▶ <i>C. trachomatis</i> et <i>N. gonorrhoeae</i> ▶ Si les résultats des analyses sont négatifs et que les symptômes persistent, considérer la possibilité de la présence d'autres agents pathogènes, tels que <i>Mycoplasma genitalium</i> et <i>Trichomonas vaginalis</i>, et consulter un collègue expérimenté. ▶ Des signes et symptômes suggestifs de cervicite peuvent aussi être associés à d'autres causes, y compris aux méthodes contraceptives. En l'absence de facteur de risque d'ITSS et de signe d'atteinte inflammatoire pelvienne, il est possible d'attendre les résultats des analyses de laboratoire avant de traiter, à condition de convenir d'une façon fiable de joindre la personne et de convenir de la modalité de prescription éventuelle.	
TRAITEMENT	
1^{ER} CHOIX : Ceftriaxone² 250 mg IM en dose unique ET Doxycycline³ 100 mg PO BID x 7 jours	
2^E CHOIX : Ceftriaxone⁷ 250 mg IM en dose unique OU céfixime 800 mg PO en dose unique ET Azithromycine⁴ 2 g PO en dose unique	

ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE	
À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES ¹	À UNE CÉPHALOSPORINE
Cliquer ici  pour consulter l'algorithme pour aider dans le choix de l'antibiothérapie	Se référer à l'option de traitement ci-dessous.
Gentamicine⁶ 240 mg IM (en deux injections de 3 ml) ET Azithromycine⁴ 2 g PO en dose unique	
SUIVI	
CERVICITE : ▶ Investigation supplémentaire ou consultation d'un collègue expérimenté si les symptômes persistent au-delà de 48 à 72 heures ou réapparaissent après la fin du traitement. ▶ Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.	URÉTRITE : ▶ La disparition des symptômes peut prendre jusqu'à 7 jours. ▶ Investigation supplémentaire ou consultation d'un collègue expérimenté si les symptômes persistent ou réapparaissent. ▶ Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.

1. Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées.
2. Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine.
3. La doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes. Elle est compatible, si nécessaire, avec l'allaitement si traitement de moins de 3 semaines.
4. Si vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.
5. Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.
6. Non homologué par Santé Canada pour cette indication.

2.7. Épididymite/orchi-épididymite

2.7.1. Manifestations cliniques

Aucun changement dans les manifestations cliniques n'a été apporté lors du processus de mise à jour.

2.7.2. Étiologie

Les diverses étiologies possibles sont demeurées les mêmes dans la version mise à jour du GUO.

2.7.3. Traitement

Les membres du comité consultatif ont convenu de ne pas modifier la nature des traitements recommandés pour les trois étiologies présentées, puisque ces traitements étaient toujours adéquats et en accord avec les recommandations extraites. De plus, les recommandations de traitement pour les hommes avec facteurs de risque d'ITSS et sans risque d'infection par bâtonnets Gram négatif sont en adéquation avec les changements apportés au GUO sur les infections non compliquées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020c]. La seule modification apportée est la durée de traitement avec la doxycycline pour les hommes avec facteurs de risque d'ITSS et sans risque d'infection par bâtonnets Gram négatif, qui est passée de 10 à 14 jours dans la version 2018 du GUO sur l'approche syndromique à 14 jours dans la

version mise à jour. Les membres du comité ont choisi de statuer sur une durée de traitement précise afin d'éliminer tout questionnement pour les utilisateurs du GUO. Le traitement en présence d'antécédent de réaction allergique est demeuré le même, tout comme l'ensemble des notes de bas de tableau.

2.7.4. Suivi

Les éléments de suivi sont demeurés inchangés à la suite du processus de mise à jour.

Les modifications énoncées ci-dessus pour la section sur l'épididymite et l'orchi-épididymite apparaissent comme suit dans le GUO mis à jour :

MANIFESTATIONS CLINIQUES ¹		
▶ Douleur testiculaire progressive habituellement unilatérale² ▶ Sensibilité de l'épididyme ou du testicule à la palpation ▶ Tuméfaction palpable de l'épididyme ▶ Écoulement urétral ▶ Hydrocèle ▶ Érythème ou œdème du scrotum sur le côté affecté ▶ Fièvre La consultation d'un collègue expérimenté et une hospitalisation devraient être envisagées si une douleur sévère ou la fièvre suggèrent un autre diagnostic (torsion testiculaire, infarctus testiculaire, abcès, fasciite nécrosante). Une forte fièvre est inhabituelle et elle suggère une infection compliquée; une évaluation plus approfondie est recommandée.		
ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT		
<i>C. trachomatis</i> ou <i>N. gonorrhoeae</i> chez les hommes ayant des facteurs de risque d'ITSS	Bâtonnets Gram négatif acquis par exemple lors de manipulations urologiques ou de relations sexuelles anales insertives non protégées	Une combinaison des deux étiologies précédentes
Avec facteurs de risque d'ITSS ET sans risque d'infection par bâtonnets Gram négatif	Sans facteur de risque d'ITSS ET avec risque d'infection par bâtonnets Gram négatif³	Avec facteurs de risque d'ITSS ET avec risque d'infection par bâtonnets Gram négatif³
Ceftriaxone ^{3,4} 250 mg IM en dose unique ET Doxycycline ³ 100 mg PO BID x 14 jours	Amorcer le traitement avec ciprofloxacine ^{3,6} 500 mg PO BID x 10 à 14 jours ET réévaluer dès la réception du résultat de l'antibiogramme réalisé sur la souche isolée de la culture d'urine	Ceftriaxone ^{3,4} 250 mg IM en dose unique ET Lévofloxacine ^{3,6} 500 mg PO DIE x 10 jours

ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE	
À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES ⁷	À UNE CÉPHALOSPORINE
Cliquer  pour consulter l'algorithme pour aider dans le choix de l'antibiothérapie	Se référer à l'option de traitement ci-dessous.
Consulter un collègue expérimenté.	
SUIVI	
▶ Réévaluation du diagnostic et du traitement nécessaire s'il n'y a pas d'amélioration clinique 48 à 72 heures après le début du traitement. ▶ Réexamen environ 1 mois après la fin du traitement afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'anomalie testiculaire persistante. ▶ Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.	

1. Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées.
 2. Une torsion du testicule devrait être envisagée si douleur aiguë (plus fréquente chez les hommes de moins de 20 ans). Elle constitue une urgence chirurgicale.
 3. Non homologué par Santé Canada pour cette indication.
 4. Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine.
 5. Des prélèvements pour la détection de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* (TAAN et culture) ainsi qu'une culture d'urine devront être effectués avant le début du traitement.
 6. Il existe une mise en garde quant à l'usage des quinolones chez les moins de 18 ans. Consulter un collègue expérimenté.
 7. Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.

2.8. Atteinte inflammatoire pelvienne

2.8.1. Manifestations cliniques

Aucun changement dans les manifestations cliniques n'a été apporté lors du processus de mise à jour.

2.8.2. Étiologie

La phrase sur les étiologies possibles est demeurée la même dans la version mise à jour du GUO.

2.8.3. Principes de traitement

Aucun changement n'a été apporté dans les principes de traitement, mis à part le retrait de la phrase *Pour les traitements intraveineux, consulter un collègue expérimenté*, car elle répétait l'idée de la phrase précédente.

2.8.4. Traitement

Les membres du comité consultatif ont convenu de ne pas modifier le schéma thérapeutique recommandé, puisque celui-ci était toujours adéquat et en accord avec les recommandations extraites des GPC recensés. Le traitement en présence d'antécédent de réaction allergique est demeuré le même, tout comme l'ensemble des notes de bas de tableau.

2.8.5. Suivi

Les éléments de suivi sont demeurés inchangés à la suite du processus de mise à jour.

Les modifications énoncées ci-dessus pour la section sur l'AIP apparaissent comme suit dans le GUO mis à jour :

MANIFESTATIONS CLINIQUES ¹	
Les manifestations suivantes, associées ou non à la cervicite, suggèrent un diagnostic d'atteinte inflammatoire pelvienne : ▶ Dyspareunie profonde ▶ Fièvre ▶ Sensibilité abdominale basse, à une ou aux deux annexes ou à la mobilisation du col utérin L'absence de détection de <i>C. trachomatis</i> ou <i>N. gonorrhoeae</i> à partir des prélèvements effectués lors de l'évaluation clinique n'exclut pas le diagnostic d'une atteinte inflammatoire pelvienne.	
ÉTIOLOGIE	
Les schémas thérapeutiques doivent couvrir un large spectre d'agents pathogènes, comprenant les agents d'ITSS, en plus de tenir compte de la nature polymicrobienne des atteintes inflammatoires pelviennes.	
PRINCIPES DE TRAITEMENT	
▶ Ce guide présente exclusivement les traitements administrés par voies orale et intramusculaire. ▶ Écarter la possibilité d'une grossesse. ▶ Stérilet : Le retrait immédiat n'est pas requis. Une évaluation est recommandée de 48 à 72 heures à la suite de l'amorce de l'antibiothérapie. Cette dernière doit toutefois avoir commencé avant le retrait éventuel du stérilet. ▶ Si l'antibiothérapie est amorcée à l'hôpital, la poursuite éventuelle en ambulatoire doit permettre de compléter une durée totale de traitement de 14 jours.	Critères d'hospitalisation ou d'orientation vers un collègue expérimenté : ▶ Suspicion d'urgence chirurgicale (p. ex. : appendicite ou grossesse extra-utérine) ▶ Atteinte grave de l'état général, nausées, vomissements ou forte fièvre ▶ Suspicion d'abcès tubo-ovarien ▶ Grossesse ▶ Immunosuppression modérée ou grave ▶ Problème anticipé d'adhésion à l'antibiothérapie ambulatoire ▶ Intolérance à l'antibiothérapie ambulatoire ▶ Absence de réponse clinique après 3 jours
TRAITEMENT	
Ceftriaxone^{2,3} 250 mg IM en dose unique ET Doxycycline^{4,5} 100 mg PO BID x 14 jours ET Métronidazole^{2,5} 500 mg PO BID x 14 jours	
ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE	
À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES ⁶	À UNE CÉPHALOSPORINE
Cliquer ici  pour consulter l'algorithme pour aider dans le choix de l'antibiothérapie.	Se référer à l'option de traitement ci-dessous.
Consulter un collègue expérimenté.	
SUIVI	
▶ Les personnes devraient être suivies étroitement et subir un nouvel examen 3 jours après le début du traitement afin de vérifier l'amélioration clinique. ▶ Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.	

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

2. Non homologué par Santé Canada pour cette indication.

3. Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine.

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

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

6. Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.

2.9. Rectite

2.9.1. Manifestations cliniques

Aucun changement dans les manifestations cliniques n'a été apporté lors du processus de mise à jour.

2.9.2. Étiologie

Les éléments mentionnés dans la section *étiologie* sont demeurés les mêmes dans la version mise à jour du GUO, mis à part le retrait de la phrase *Pour la LGV, la rectite peut aussi s'accompagner de lymphadénopathie inguinale ou fémorale douloureuse, de bubon ou d'ulcérations* puisque c'est plutôt rare.

2.9.3. Principes de traitement

Aucun changement n'a été apporté dans les principes de traitement.

2.9.4. Traitement si étiologie ITSS

Plusieurs décisions concernant le traitement des infections confirmées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* ont été prises lors de la mise à jour du GUO sur les infections non compliquées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*. La nature de ces changements et l'argumentaire peuvent être consultés dans le rapport en soutien à ce GUO [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020c]. En résumé, le traitement à privilégier pour les infections confirmées à *C. trachomatis* est dorénavant la doxycycline (encore plus particulièrement lors d'infections rectales) et le traitement à privilégier pour les infections confirmées à *N. gonorrhoeae* est dorénavant la ceftriaxone en monothérapie (lorsque les circonstances permettent son administration). Les posologies de ces deux antibiotiques n'ont pas été modifiées. Les membres du comité consultatif ont décidé de présenter un premier et un deuxième choix de traitement pour la rectite. Le premier choix thérapeutique pour le traitement empirique de la rectite dans le GUO mis à jour est donc la ceftriaxone combinée avec la doxycycline afin de couvrir de façon optimale *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*. Comme une option de rechange orale à la ceftriaxone est parfois nécessaire puisque son administration intramusculaire n'est pas toujours possible, les membres du comité consultatif ont déterminé que l'usage de la céfixime devrait être recommandé en combinaison avec l'azithromycine et la doxycycline comme deuxième choix de traitement pour la rectite dans le GUO sur l'approche syndromique mis à jour. En effet, dans la version 2020 du GUO sur les infections non compliquées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*, les membres ont souhaité reconduire la recommandation élaborée lors de la précédente mise à jour du GUO (en 2018) concernant l'usage de cette trithérapie en présence d'une infection à *C. trachomatis* au niveau rectal combinée à une infection à *N. gonorrhoeae* au niveau urétral, endocervical ou rectal. Cette recommandation s'applique également au traitement empirique de la rectite. Lorsque la trithérapie est utilisée, la dose recommandée

d'azithromycine est dorénavant de 2 grammes en dose unique à l'instar de la décision qui a été prise lors de la mise à jour du GUO sur les infections non compliquées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020c]. Le traitement en présence d'antécédent de réaction allergique est demeuré le même, tout comme l'ensemble des notes de bas de tableau, dont l'ordre de présentation a cependant été modifié.

2.9.5. Suivi

Les éléments de suivi sont demeurés inchangés à la suite du processus de mise à jour, mis à part l'ajout de la mention de consulter au besoin l'outil clinique sur la LGV produit par le MSSS pour plus de détails.

Les modifications énoncées ci-dessus pour la section sur la rectite apparaissent comme suit dans le GUO mis à jour :

MANIFESTATIONS CLINIQUES ¹	
▶ Écoulement rectal mucopurulent ▶ Douleur anorectale ▶ Selles sanglantes	▶ Ténésme ▶ Constipation
ÉTIOLOGIE	
▶ <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>C. trachomatis</i> (génotypes LGV et non LGV), <i>Treponema pallidum</i> (syphilis) et virus herpès simplex ▶ Maladie inflammatoire de l'intestin ▶ Dommage tissulaire résultant de l'insertion de corps étrangers En présence de diarrhée et de crampes abdominales, envisager une infection par des entéropathogènes qui peuvent être transmis par voie oro-anale, tels <i>Shigella</i> sp. ou <i>Campylobacter</i> sp.	
PRINCIPES DE TRAITEMENT	
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, il est fortement recommandé de procéder à des analyses sérologiques de la syphilis et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez toute personne présentant une rectite.	
TRAITEMENT SI ÉTIOLOGIE ITSS	
1^{ER} CHOIX : Ceftriaxone² 250 mg IM en dose unique ET Doxycycline^{3,4} 100 mg PO BID x 7 jours	2^E CHOIX : Céfixime 800 mg PO en dose unique ET Azithromycine^{3,5} 2 g PO en dose unique ET Doxycycline^{3,4} 100 mg PO BID x 7 jours

ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE	
À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES ¹	À UNE CÉPHALOSPORINE
Cliquer ici  pour consulter l'algorithme pour aider dans le choix de l'antibiothérapie.	Se référer à l'option de traitement ci-dessous.
Gentamicine ² 240 mg IM (en deux injections de 3 ml) ET Azithromycine ^{3,4} 2 g PO en dose unique	
SUIVI	
▶ Un suivi clinique est requis jusqu'à la résolution des symptômes. ▶ En présence d'un résultat positif à <i>C. trachomatis</i> avec un génotypage associé à la LGV, commencer ou poursuivre le traitement avec la doxycycline^{5,6} 100 mg PO BID pour un total de 21 jours consécutifs. Pour plus de détails, consulter l'outil clinique sur la LGV produit par le MSSS. ▶ Des tests de contrôle sont recommandés selon les agents pathogènes identifiés.	
1. Les syndromes ne se présentent pas toujours par l'ensemble des manifestations cliniques énumérées. 2. Pour diminuer l'inconfort associé à l'injection, le diluant privilégié de la ceftriaxone est la lidocaïne 1 % sans épinéphrine. 3. Non homologué par Santé Canada pour cette indication. 4. La doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes. Elle est compatible, si nécessaire, avec l'allaitement si traitement de moins de 3 semaines. 5. Si vomissements dans l'heure suivant la prise de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine. 6. Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.	

2.10. Test de contrôle

Lors du processus de mise à jour, les indications pour les tests de contrôle pour l'infection à *C. trachomatis* et les prélèvements et analyses recommandés dans le cadre de ces tests n'ont subi aucune modification puisqu'ils ont été jugés toujours adéquats par les membres du comité consultatif. Concernant la liste des indications pour les tests de contrôle pour l'infection à *N. gonorrhoeae*, un élément a été ajouté, soit l'utilisation du schéma thérapeutique combinant la gentamicine et l'azithromycine dans le cas d'un antécédent de réaction allergique. Cet ajout a été jugé nécessaire par les membres du comité consultatif en raison de l'importance de la réalisation d'un test de contrôle pour ce schéma thérapeutique qui comporte un risque d'échec de traitement. De plus, en lien avec la résistance émergente de *N. gonorrhoeae* à la céfixime au Québec, le concept de sensibilité réduite a été ajouté à celui de résistance démontrée, car dorénavant les cliniciens devront être vigilants et procéder à un test de contrôle en présence de sensibilité réduite à la céfixime (chez la personne elle-même ou chez son partenaire). Le seuil de sensibilité réduite à la céfixime a été établi à une concentration minimale inhibitrice (CMI) supérieure ou égale à 0,125 mg/L. Pour l'indication *utilisation d'un schéma thérapeutique autre que ceux recommandés*, le contenu de la parenthèse concernant le traitement en monothérapie avec l'azithromycine 2 grammes a été retiré car ce traitement ne fait plus partie des traitements recommandés depuis maintenant plusieurs années. Concernant les prélèvements et analyses recommandés dans le cadre d'un test de contrôle pour l'infection à *N. gonorrhoeae*, lors d'une infection pharyngée, les membres ont souhaité inverser l'ordre de présentation des analyses, en abordant l'élément *TAAN et cultures effectuées le plus tôt possible à partir de 2 semaines après la fin du traitement* en premier et l'élément *Culture effectuée le plus tôt possible à partir de 3 jours et jusqu'à 2 semaines après la fin du traitement* en deuxième. Ce changement a été effectué afin de mieux représenter le fait que,

selon les membres, un rendez-vous planifié deux semaines après le traitement pour réaliser un TAAN et une culture est beaucoup plus fréquent que de revoir la personne atteinte entre trois jours et deux semaines après le traitement. De plus, toujours selon les membres, le TAAN est plus sensible que la culture. Concernant les prélèvements et analyses recommandés dans le cadre d'un test de contrôle pour l'infection à *N. gonorrhoeae*, lors d'une infection autre que pharyngée, les membres ont souhaité que l'option de faire la culture à partir de trois jours et jusqu'à deux semaines après la fin du traitement soit ajoutée au tableau. En effet, selon eux, certaines situations, par exemple des symptômes qui persistent, un départ en voyage ou une consultation médicale déjà prévue avant deux semaines pour une autre raison, peuvent faire en sorte que la personne atteinte sera revue avant deux semaines après la fin du traitement. Enfin, l'ordre des notes de bas de tableau a été modifié en fonction des changements décrits dans le présent paragraphe, mais aucun changement dans le contenu des notes n'a été effectué.

Les recommandations pour cette section sont donc les suivantes :

	INFECTION À <i>C. TRACHOMATIS</i>	INFECTION À <i>N. GONORRHOEAE</i>
INDICATIONS	Un test de contrôle n'est pas recommandé dans les cas d'infection à <i>C. trachomatis</i>, sauf dans les situations suivantes : ▶ Persistance ou apparition de signes ou symptômes ▶ Grossesse ▶ Problème anticipé d'adhésion au traitement ▶ Utilisation d'un schéma thérapeutique autre que ceux recommandés ▶ Infection rectale à <i>C. trachomatis</i> traitée avec azithromycine ▶ Infection à <i>C. trachomatis</i> de génotype L₁₋₃ (LGV)	Un test de contrôle est recommandé dans tous les cas d'infection gonococcique, en particulier dans les situations suivantes : ▶ Persistance ou apparition de signes ou symptômes ▶ Grossesse ▶ Problème anticipé d'adhésion au traitement ▶ Utilisation d'un schéma thérapeutique autre que ceux recommandés ▶ Infection pharyngée (même si traitée avec ceftriaxone) ▶ Utilisation du schéma thérapeutique combinant la gentamicine et l'azithromycine dans le cadre d'un antécédent de réaction allergique ▶ Résistance démontrée ou sensibilité réduite¹ à l'un des antibiotiques utilisés ▶ Partenaire d'une personne chez qui une résistance ou une sensibilité réduite¹ à l'un des antibiotiques utilisés a été démontrée
PRÉLÈVEMENTS ET ANALYSES	TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement	En cas d'infection pharyngée² : TAAN³ et culture effectués le plus tôt possible à partir de 2 semaines après la fin du traitement OU culture⁴ effectuée le plus tôt possible à partir de 3 jours et jusqu'à 2 semaines après la fin du traitement. En cas d'infection autre que pharyngée² : TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 2 semaines après la fin du traitement⁵. Si la personne présente des symptômes au moment de la visite de contrôle, procéder également à un prélèvement pour culture. Une culture effectuée le plus tôt possible à partir de 3 jours et jusqu'à 2 semaines après la fin du traitement est également envisageable.

1. Seuil de sensibilité réduite à la céftrixime établi à une concentration minimale inhibitrice (CMI) $\geq 0,125$ mg/L.

2. 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.

3. Un TAAN effectué à partir d'un prélèvement pharyngé peut être associé à des résultats faux positifs. Pour les TAAN de contrôle positifs au site pharyngé, consulter l'annexe 4 du [guide explicatif de l'INSPQ](#) pour des détails complémentaires sur la prise en charge.

4. Un prélèvement supplémentaire pour TAAN peut être effectué à partir de 2 semaines selon le jugement du clinicien.

5. 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.

2.11. Antibiorésistance

Après consultation des membres du comité consultatif, aucun changement n'a été nécessaire pour cette section.

Les informations pour cette section sont donc les suivantes :

La croissance de la résistance de *N. gonorrhoeae* aux différents antibiotiques est rapide et les traitements recommandés pourraient éventuellement être modifiés selon l'évolution de la sensibilité des souches au traitement. La vigilance des praticiens s'impose. Voici un sommaire de l'antibiorésistance de *N. gonorrhoeae* au Québec. Pour plus de détails, consulter le site Web du LSPQ.

- La résistance aux quinolones et aux tétracyclines est bien installée.
- La résistance à l'azithromycine est en progression rapide.
- La résistance aux céphalosporines de troisième génération est en émergence.

2.12. Réinfection

Les membres du comité consultatif ont convenu de laisser le contenu de cette section inchangé.

Les informations pour cette section sont donc les suivantes :

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

2.13. Interventions préventives relatives aux ITSS

Aucune modification n'a été apportée à cette section lors du processus de mise à jour, mis à part la modification du nom de certains outils publiés par le MSSS (qui ont changé de nom depuis 2018).

Les informations pour cette section sont donc les suivantes :

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

- rechercher les facteurs de risque pour les ITSS et dépister selon les indications, puisque plusieurs personnes sont asymptomatiques et ignorent qu'elles sont infectées;

- informer la personne sur les pratiques sexuelles à risques réduits et lui conseiller de les utiliser de façon constante;
- vacciner contre les hépatites A et B et le virus du papillome humain selon les indications du Protocole d'immunisation du Québec.

La prophylaxie préexposition (PPrE) peut être envisagée chez certains groupes de personnes à risque de contracter le VIH. Au besoin, consulter l'outil du MSSS : *Guide PPrE pour les professionnels de la santé du Québec*.

Différents outils associés à l'intervention préventive relative aux ITSS sont disponibles sur le site du MSSS, notamment les suivants :

- Guide québécois de dépistage des ITSS;
- ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés;
- Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique - Infections à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* - Lymphogranulomatose vénérienne;
- Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique - Syphilis, hépatites B et C, VIH;
- Personne exposée à une ITSS : que faire?
- Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires : quatre étapes;
- Estimation du risque associé aux activités sexuelles;
- Vaccination et ITSS;
- Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS;
- Site Internet, dépliants et brochures à l'intention des patients (p. ex. Entre caresses et baisers, une ITSS s'est faufilée... Il faut en parler);
- Traitement accéléré du partenaire : aide-mémoire pour les cliniciens et aide-mémoire *pour les pharmaciens*.

2.14. Annexe

Le contenu de l'annexe n'a subi aucun changement, mis à part la correction du nom de l'annexe du guide explicatif de l'INSPQ.

Les informations de l'annexe sont donc les suivantes :

Précision pour les TAAN positifs à *N. gonorrhoeae* au site pharyngé

- Pour les infections pharyngées à *N. gonorrhoeae* détectées par TAAN, le spécimen est acheminé au LSPQ pour confirmation. Consulter le guide explicatif de l'INSPQ pour les recommandations à propos de la prise en charge à la suite d'un résultat préliminaire positif par TAAN pour *N. gonorrhoeae* à partir d'un prélèvement pharyngé. Ces recommandations sont regroupées dans le guide de l'INSPQ sous la forme d'un algorithme de prise en charge :
 - Annexe 3 – « Algorithme clinique pour la prise en charge des infections à *N. gonorrhoeae* ; prélèvement initial.

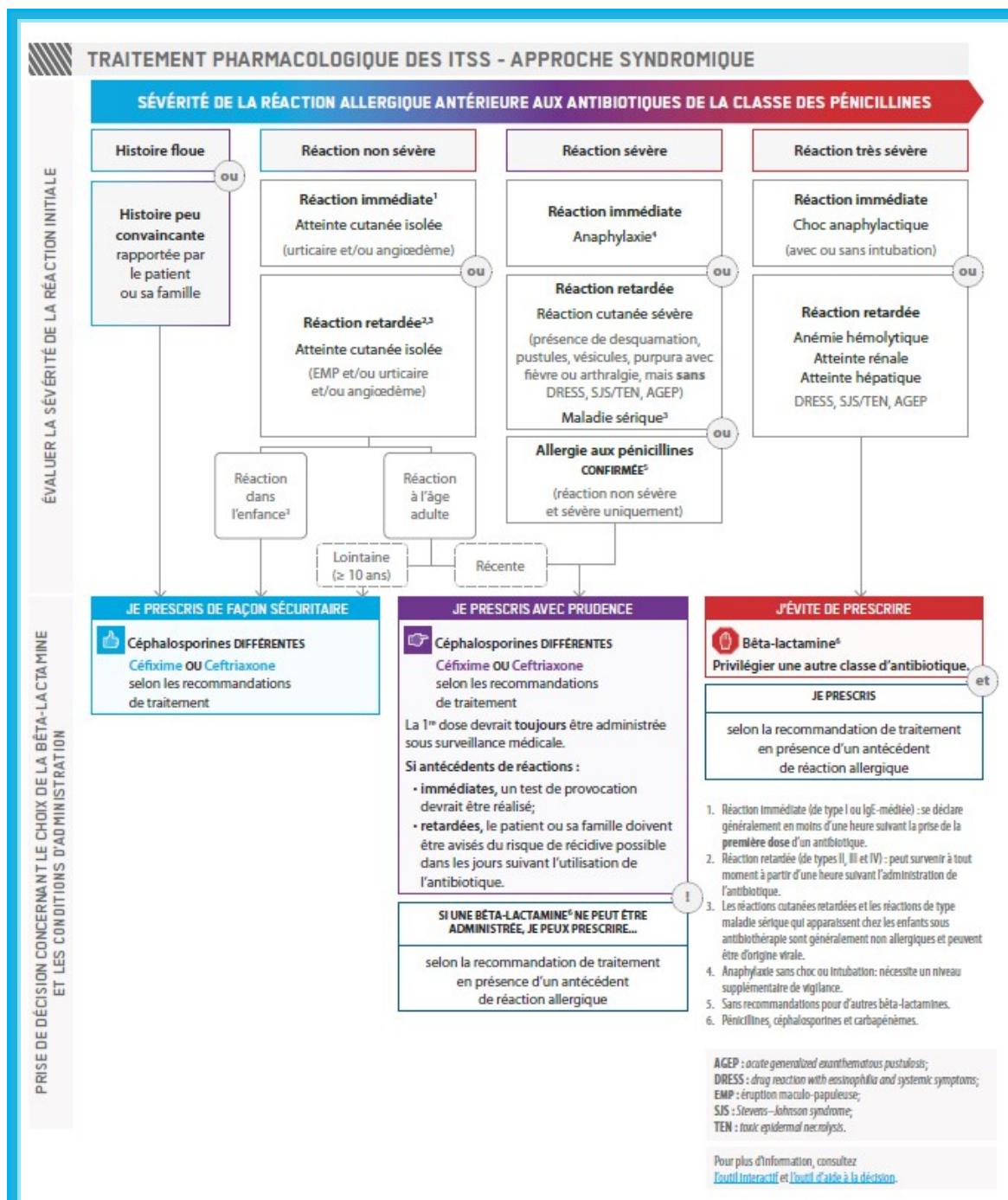
Précision sur la maladie à déclaration obligatoire (MADO)

- Lorsque l'échantillon est acheminé au LSPQ pour une analyse de confirmation de TAAN *N. gonorrhoeae* positif, le laboratoire de microbiologie procède immédiatement à la déclaration du cas à la DSP, sur la base du résultat préliminaire.
- Le LSPQ se chargera de transmettre à la DSP le résultat final de l'analyse de confirmation; le déclarant initial n'a pas à retransmettre un nouveau formulaire, et ce, peu importe le résultat de l'analyse de confirmation.

2.15. Algorithme allergie

À la suite de la mise à jour du GUO, la présence récurrente de la céfixime et de la ceftriaxone parmi les traitements recommandés pour le traitement des syndromes a fait en sorte que l'algorithme en présence d'antécédent de réaction allergique a pu demeurer le même.

L'algorithme allergie est donc le suivant :



DISCUSSION

Principaux constats

Le mandat de l'INESSS était de mettre à jour le GUO sur l'approche syndromique. À cette fin, une recension des recommandations de bonnes pratiques cliniques relatives à la prise en charge, au traitement et au suivi des syndromes potentiellement associés à des ITSS a été effectuée. L'ensemble des données a par la suite été bonifié par les perspectives de différents experts et cliniciens, ainsi que par des aspects contextuels.

De façon générale, le GUO n'a pas subi un grand nombre de modifications lors du processus de mise à jour. Parmi les quelques changements, notons l'ajout d'une phrase dans la section *étiologie* de la cervicite mentionnant qu'en l'absence de facteur de risque d'ITSS et de signe d'atteinte inflammatoire pelvienne, il est possible d'attendre les résultats des analyses de laboratoire avant de traiter, à condition de convenir d'une façon fiable de joindre la personne et de convenir de la modalité de prescription éventuelle. Quelques ajustements mineurs ont également été effectués dans le tableau sur les tests de contrôle.

De plus, les premier et deuxième choix de traitement pour la cervicite et l'urétrite ont été modifiés en fonction des décisions prises lors de la mise à jour du GUO sur les infections non compliquées à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae* [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020c]. Le premier choix thérapeutique pour le traitement empirique de la cervicite et de l'urétrite est dorénavant la ceftriaxone combinée avec la doxycycline aux posologies usuelles. Comme une option de rechange orale à la ceftriaxone est parfois nécessaire puisque son administration intramusculaire n'est pas toujours possible et puisque des problèmes d'adhésion au traitement peuvent être anticipés chez certaines personnes susceptibles de recevoir un traitement avec la doxycycline pendant 7 jours, la combinaison céfixime et azithromycine représente un deuxième choix de traitement pour la cervicite et l'urétrite dans le GUO sur l'approche syndromique mis à jour. La combinaison ceftriaxone et azithromycine représente également un deuxième choix de traitement pour la cervicite et l'urétrite dans le GUO mis à jour. Lorsque la bithérapie incluant la céfixime ou la ceftriaxone et l'azithromycine est utilisée, la dose recommandée d'azithromycine est dorénavant de 2 grammes en dose unique.

Pour le traitement pharmacologique de l'épididymite/orchi-épididymite, la durée de traitement avec la doxycycline pour les hommes avec facteurs de risque d'ITSS et sans risque d'infection par bâtonnets Gram négatif est passée de 10 à 14 jours dans la version 2018 du GUO sur l'approche syndromique à 14 jours dans la version mise à jour, statuant ainsi sur une durée de traitement précise afin d'éliminer tout questionnement pour les utilisateurs du GUO.

Finalement, concernant la rectite, le premier choix de traitement est dorénavant la ceftriaxone combinée avec la doxycycline aux posologies habituelles. Le deuxième choix de traitement de la rectite implique désormais une trithérapie combinant la

céfixime, l'azithromycine et la doxycycline. Lors de l'usage de la trithérapie, la dose recommandée d'azithromycine est de 2 grammes en dose unique.

Force et limites

Les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse qui comprend une recherche systématique de la littérature, une évaluation critique des publications pertinentes ainsi qu'une présentation et une synthèse des conclusions. À la suite de la recherche documentaire, dix documents incluant des recommandations ont été retenus, dont la qualité méthodologique a été jugée adéquate selon la grille AGREE II.

Certaines limites doivent toutefois être signalées, dont l'absence de données scientifiques recensées pour soutenir la mise à jour de certaines sections du GUO. Cette limite a cependant été contrebalancée par la présence d'un comité consultatif qui a été mandaté pour valider les aspects scientifiques et pour fournir de l'information contextuelle et des perspectives cliniques nécessaires à la mise à jour du GUO. Ce comité était constitué de membres qui représentaient la majorité des professionnels touchés par les recommandations – médecins microbiologistes-infectiologues, médecins de famille spécialisés en ITSS, pharmacien et infirmière spécialisée en ITSS. De plus, un groupe de trois évaluateurs externes composé d'un médecin microbiologiste-infectiologue, d'un médecin de famille et d'un pharmacien a révisé l'ensemble des documents afin d'en valider le contenu.

Impact clinique

Le GUO sur l'approche syndromique est un outil d'aide à la décision pour les cliniciens au regard de la prise en charge et du traitement pharmacologique des personnes atteintes d'un syndrome clinique potentiellement associé à une ITSS et de leurs partenaires. Sa mise à jour a permis de fournir aux cliniciens des recommandations actuelles et adaptées au contexte québécois.

CONCLUSION

La mise à jour du GUO sur l'approche syndromique a été basée sur de l'information scientifique, clinique et sur des recommandations de pratique clinique tirées de la littérature, qui ont été bonifiées par les perspectives de différents cliniciens et experts ainsi que par des aspects contextuels. La triangulation des données provenant de ces différentes sources a permis cette mise à jour selon les meilleures pratiques cliniques et données disponibles.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Prise en charge et traitement de syndromes spécifiques – Cervicite. 2019. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/infections-transmissibles-sexuellement/cervicite.html>.
- Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Déclaration supplémentaire pour la prise en charge des cas et des contacts de Lymphogranulomatose vénérienne (LGV). 2017. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes-infections-transmissibles-sexuellement-47.html>.
- Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Prise en charge et traitement d'infections spécifiques – Infections à *Mycoplasma genitalium*. 2016. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes-infections-transmissibles-sexuellement-49.html>.
- Barbee LA, Kerani RP, Dombrowski JC, Soge OO, Golden MR. A retrospective comparative study of 2-drug oral and intramuscular cephalosporin treatment regimens for pharyngeal gonorrhea. *Clin Infect Dis* 2013;56(11):1539-45.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010;182(18):E839-42.
- de Vries HJC, de Barbeyrac B, de Vrieze NHN, Viset JD, White JA, Vall-Mayans M, Unemo M. 2019 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019;33(10):1821-8.
- Gratrix J, Bergman J, Egan C, Drews SJ, Read R, Singh AE. Retrospective review of pharyngeal gonorrhea treatment failures in Alberta, Canada. *Sex Transm Dis* 2013;40(11):877-9.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Annexes complémentaires du rapport en soutien à la mise à jour du guide d'usage optimal sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang - Approche syndromique. 2020a.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). État des connaissances - Pertinence de la double thérapie lors du traitement d'une infection confirmée à *Neisseria gonorrhoeae* chez des personnes âgées de 14 ans et plus. 2020b.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Rapport en soutien - Mise à jour du guide d'usage optimal sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang - Infection non compliquée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*. 2020c.
- Jensen JS, Cusini M, Gomberg M, Moi H. 2016 European guideline on Mycoplasma genitalium infections. J Eur Acad Dermatol Venereol 2016;30(10):1650-6.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ 2009;339:b2535.
- MSSS. Traitement accéléré des partenaires (TAP) pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (CT) et à *Neisseria gonorrhoeae* (NG) - Aide-mémoire pour les cliniciens. 2019a. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002402/>.
- MSSS. Traitement accéléré des partenaires (TAP) pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (CT) et à *Neisseria gonorrhoeae* (NG) - Aide-mémoire pour les pharmaciens. 2019b. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002401/>.
- Ross J, Guaschino S, Cusini M, Jensen J. 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. Int J STD AIDS 2018;29(2):108-14.
- Singh AE, Gratrix J, Martin I, Friedman DS, Hoang L, Lester R, et al. Gonorrhea Treatment Failures With Oral and Injectable Expanded Spectrum Cephalosporin Monotherapy vs Dual Therapy at 4 Canadian Sexually Transmitted Infection Clinics, 2010-2013. Sex Transm Dis 2015;42(6):331-6.
- Soni S, Horner P, Rayment M, Pinto-Sander N, Naous N, Parkhouse A, et al. British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of infection with Mycoplasma genitalium (2018). Int J STD AIDS 2019;30(10):938-50.
- Street EJ, Justice ED, Kopa Z, Portman MD, Ross JD, Skerlev M, et al. The 2016 European guideline on the management of epididymo-orchitis. Int J STD AIDS 2017;28(8):744-9.
- The ADAPTE Collaboration. Guideline Adaptation: A Ressource Toolkit. 2009. Disponible à : <https://g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>.
- The British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). United Kingdom National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease (2019 Interim Update). 2019. Disponible à : <https://www.bashh.org/>.
- The British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). Update to the 2015 BASHH UK National Guideline on the management of non-gonococcal urethritis. 2018. Disponible à : <https://www.bashh.org/>.
- Wind CM, Schim van der Loeff MF, Unemo M, Schuurman R, van Dam AP, de Vries HJC. Test of Cure for Anogenital Gonorrhoea Using Modern RNA-Based and DNA-Based Nucleic Acid Amplification Tests: A Prospective Cohort Study. Clin Infect Dis 2016;62(11):1348-55.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

