



Le présent guide d'usage optimal s'adresse aux cliniciens de première ligne. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du clinicien qui exerce les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement. Les recommandations s'adressent aux personnes de 14 ans et plus<sup>1</sup>. Elles ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique et sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour plus de détails, consulter la section [Guides d'usage optimal du site inesss.qc.ca](#).

## GÉNÉRALITÉS

- ▶ Ce guide d'usage optimal s'applique aux personnes chez qui les analyses microbiologiques appropriées ont été réalisées **ET** dont les résultats révèlent la présence de *C. trachomatis* ou de *N. gonorrhoeae* (détails complémentaires en [annexe](#)).
- ▶ Pour le dépistage de l'infection à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*, consulter l'outil [Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique - Infections à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae - Lymphogranulomatose vénérienne](#).
- ▶ Lorsqu'une infection est détectée, il faut s'assurer que les analyses microbiologiques ont été réalisées **pour tous les sites exposés**.
- ▶ Si une infection gonococcique a été détectée uniquement par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN), un prélèvement des sites infectés pour culture visant à déterminer la sensibilité de la souche devrait être effectué avant le début du traitement. Le prélèvement pour culture ne doit toutefois pas retarder le traitement.
- ▶ La prise en charge d'une infection à *C. trachomatis* dont le génotype est associé à la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) n'est pas présentée dans ce guide. Au besoin, consulter l'[outil clinique sur la LGV](#) produit par le MSSS.
- ▶ En présence de signes et symptômes associés à ces ITSS et avant l'obtention des résultats des analyses microbiologiques, consulter le [Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS – Approche syndromique](#).

## PRISE EN CHARGE

### INTERVENTION AUPRÈS DE LA PERSONNE ATTEINTE

#### L'intervention devrait inclure :

- ▶ un traitement adéquat et un suivi de la personne atteinte ;
- ▶ 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<sup>2</sup> :
  - ▷ 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.

### INTERVENTION AUPRÈS DES PARTENAIRES

#### 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 de l'infection à laquelle la personne a été exposée et des autres ITSS selon les facteurs de risque décelés, consulter 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](#) ;
- ▶ le soutien auprès de cette personne dans sa démarche visant la notification et le traitement de ses partenaires 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](#).

#### Traitement accéléré du partenaire (TAP) :

- ▶ Il est préférable de faire l'évaluation de la condition de santé du partenaire sexuel avant l'activité de prescription afin qu'il reçoive les meilleurs soins préventifs.
- ▶ Dans certaines circonstances, le traitement accéléré du partenaire (TAP) peut être utilisé après une analyse judicieuse des avantages et des inconvénients. Le TAP demeure une mesure d'exception.

Pour plus d'informations, consulter l'[aide-mémoire pour les cliniciens](#) et l'[aide-mémoire pour les pharmaciens](#).

1. Si un cas d'abus sexuel est suspecté, se référer au [Guide d'intervention médicosociale pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle](#).  
2. En cas de non-respect de la consigne d'abstinence, consulter un collègue expérimenté pour connaître la prise en charge appropriée.

# INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

INFECTION NON COMPLIQUÉE À  
*CHLAMYDIA TRACHOMATIS* OU À  
*NEISSERIA GONORRHOEAE*

Consulter les mises à jour de ce guide à inesss.qc.ca

## PRINCIPES DE TRAITEMENT

### Précision pour le choix du traitement de la personne atteinte ou du partenaire asymptomatique en l'absence de grossesse :

- ▶ Le traitement avec la doxycycline devrait toujours être privilégié, particulièrement lors d'infections rectales ou dans les cas où une exposition rectale est rapportée.

## TRAITEMENT

	INFECTION URÉTRALE, ENDOCERVICALE, PHARYNGÉE <sup>1</sup> OU RECTALE
PERSONNE ATTEINTE	Doxycycline <sup>2</sup> 100 mg, PO, BID x 7 jours
	<b>OU</b>
	Azithromycine <sup>3</sup> 1 g, PO, en dose unique : <i>devrait être réservé aux personnes avec un problème anticipé d'adhésion au traitement</i>
	Lors d'une infection rectale, en présence d'un résultat positif à <i>C. trachomatis</i> avec un génotype associé à la LGV : commencer ou poursuivre le traitement avec la doxycycline <sup>2</sup> 100 mg PO BID pour un total de 21 jours consécutifs. Pour plus de détails, consulter l' <a href="#">outil clinique sur la LGV</a> .
	TOUT TYPE D'EXPOSITION
PARTENAIRE ASYMPTOMATIQUE DE LA PERSONNE ATTEINTE	Doxycycline <sup>2</sup> 100 mg, PO, BID x 7 jours
	<b>OU</b>
	Azithromycine <sup>3</sup> 1 g, PO, en dose unique : <i>devrait être considéré seulement lorsque le partenaire doit être traité par TAP ou lorsqu'un problème d'adhésion au traitement est anticipé</i>
	INFECTION URÉTRALE, ENDOCERVICALE, PHARYNGÉE <sup>1</sup> OU RECTALE (PERSONNE ATTEINTE) ET TOUT TYPE D'EXPOSITION (PARTENAIRE ASYMPTOMATIQUE DE LA PERSONNE ATTEINTE)
FEMME ENCEINTE	<b>1<sup>er</sup> CHOIX</b>
	Azithromycine <sup>3</sup> 1 g, PO, en dose unique
	<b>2<sup>e</sup> CHOIX</b>
	Amoxicilline <sup>4</sup> 500 mg, PO, TID x 7 jours

1. Malgré l'absence d'indication pour le dépistage de *C. trachomatis* au niveau de la gorge, des cas d'infection pharyngée à *C. trachomatis* peuvent être détectés puisque le dépistage de *N. gonorrhoeae* est effectué à l'aide d'un TAAN qui détecte aussi *C. trachomatis*.

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

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

4. Non homologué par Santé Canada pour cette indication.


# INFECTION À *NEISSERIA GONORRHOEAE*

## PRINCIPES DE TRAITEMENT

- ▶ La prévalence de la co-infection avec *C. trachomatis* est élevée. Lorsque la ceftriaxone est employée en monothérapie, un traitement contre l'infection à *C. trachomatis* doit être prescrit si la présence de cette infection ne peut pas être exclue.
- ▶ Lorsque le schéma thérapeutique combinant la céfixime et l'azithromycine est employé, en présence d'une **infection à *C. trachomatis* au niveau rectal combinée à une infection à *N. gonorrhoeae* au niveau urétral, endocervical ou rectal**, utiliser une **trithérapie** en ajoutant de la doxycycline<sup>1</sup> (100 mg, PO, BID x 7 jours) au traitement recommandé pour l'infection à *N. gonorrhoeae*.

## TRAITEMENT<sup>2</sup>

(incluant la femme enceinte ou qui allaite)

PERSONNE ATTEINTE	INFECTION URÉTRALE, ENDOCERVICALE OU RECTALE	INFECTION PHARYNGÉE
		<p>Ceftriaxone 250 mg, IM, en dose unique</p> <p><b>OU</b></p> <p>Céfixime 800 mg, PO, en dose unique <b>ET</b> Azithromycine<sup>3</sup> 2 g, PO, en dose unique</p>
PARTENAIRE ASYMPTOMATIQUE DE LA PERSONNE ATTEINTE	AUCUNE EXPOSITION ORALE	EXPOSITION ORALE
	<p>Ceftriaxone 250 mg, IM, en dose unique</p> <p><b>OU</b></p> <p>Céfixime 800 mg, PO, en dose unique <b>ET</b> Azithromycine<sup>3</sup> 2 g, PO, en dose unique</p>	<p><b>Option A</b></p> <p>Ceftriaxone 250 mg, IM, en dose unique</p> <p><b>Option B</b></p> <p>Céfixime 800 mg, PO, en dose unique <b>ET</b> Azithromycine<sup>3</sup> 2 g, PO, en dose unique</p> <p><b>Option A :</b> disponibilité de la ceftriaxone et acceptabilité du mode d'administration IM par la personne.</p> <p><b>Option B :</b> observance anticipée à une visite de contrôle advenant un résultat positif au test de dépistage. L'option B est acceptable seulement si des prélèvements pharyngés pour TAAN et culture ont été effectués chez le partenaire.</p>
ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE <sup>4</sup>		
À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES <sup>5</sup>		À UNE CÉPHALOSPORINE
<p>Cliquer <a href="#">ici</a>  pour consulter l'algorithme spécifique à l'infection à <i>N. gonorrhoeae</i> pour aider dans le choix de l'antibiothérapie.</p>		<p>Se référer à l'option de traitement ci-dessous.</p>
<p>Gentamicine<sup>6</sup> 240 mg IM (en deux injections de 3 ml)</p> <p><b>ET</b></p> <p>Azithromycine<sup>3</sup> 2 g PO en dose unique</p>		

1. La doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes. Elle est compatible, si nécessaire, avec l'allaitement si traitement de moins de 3 semaines.
2. Pour les cas d'allergie ou de résistance à l'azithromycine ou de résistance aux céphalosporines, consulter un médecin spécialiste.
3. Si vomissements dans l'heure suivant l'administration de l'azithromycine, administrer un antiémétique prophylactique puis une autre dose d'azithromycine.
4. Les quinolones peuvent être considérées comme traitement chez les adultes de 18 ans ou plus (à l'exception des femmes enceintes ou qui allaitent) seulement si la sensibilité de la souche aux quinolones est démontrée par des épreuves de sensibilité. Le traitement recommandé est alors le suivant : ciprofloxacine 500 mg, PO, en dose unique.
5. Pénicilline G ou V, ampicilline, amoxicilline, cloxacilline, pipéracilline.
6. Non homologué par Santé Canada pour cette indication.

INFECTION NON COMPLIQUÉE À  
*CHLAMYDIA TRACHOMATIS* OU À  
*NEISSERIA GONORRHOEAE*

## TESTS DE CONTRÔLE

	INFECTION À <i>C. TRACHOMATIS</i>	INFECTION À <i>N. GONORRHOEAE</i>
INDICATIONS	<p>Un test de contrôle <b>n'est pas recommandé</b> dans les cas d'infection à <i>C. trachomatis</i>, sauf dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Persistance ou apparition de signes ou symptômes</li> <li>▶ Grossesse</li> <li>▶ Problème anticipé d'adhésion au traitement</li> <li>▶ Utilisation d'un schéma thérapeutique autre que ceux recommandés</li> <li>▶ Infection rectale à <i>C. trachomatis</i> traitée avec azithromycine</li> <li>▶ Infection à <i>C. trachomatis</i> de génotype L<sub>1-3</sub> (LGV)</li> </ul>	<p>Un test de contrôle <b>est recommandé dans tous les cas</b> d'infection gonococcique, en particulier dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Persistance ou apparition de signes ou symptômes</li> <li>▶ Grossesse</li> <li>▶ Problème anticipé d'adhésion au traitement</li> <li>▶ Utilisation d'un schéma thérapeutique autre que ceux recommandés</li> <li>▶ Infection pharyngée (même si traitée avec ceftriaxone)</li> <li>▶ Utilisation du schéma thérapeutique combinant la gentamicine et l'azithromycine dans le cadre d'un antécédent de réaction allergique</li> <li>▶ Résistance démontrée ou sensibilité réduite<sup>1</sup> à l'un des antibiotiques utilisés</li> <li>▶ Partenaire d'une personne chez qui une résistance ou une sensibilité réduite<sup>1</sup> à l'un des antibiotiques utilisés a été démontrée</li> </ul>
PRÉLÈVEMENTS ET ANALYSES	<p>TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 3 semaines après la fin du traitement</p>	<p><b>En cas d'infection pharyngée<sup>2</sup> :</b> TAAN<sup>3</sup> et culture effectués le plus tôt possible à partir de 2 semaines après la fin du traitement <b>OU</b> culture<sup>4</sup> effectuée le plus tôt possible à partir de 3 jours et jusqu'à 2 semaines après la fin du traitement.</p> <p><b>En cas d'infection autre que pharyngée<sup>2</sup> :</b> TAAN effectué le plus tôt possible à partir de 2 semaines après la fin du traitement<sup>5</sup>. 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.</p>

1. Seuil de sensibilité réduite à la céfixime 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.

## ANTIBIORÉSISTANCE

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.

## RÉINFECTION

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.

## INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

### MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)

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](#)).

### GRATUITÉ DE LA MÉDICATION

Pour les personnes inscrites au régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) et détentrices d'une carte d'assurance maladie, d'un carnet de réclamation ou d'une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valides : inscrire sur l'ordonnance le code **K** (pour la personne atteinte), 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 ».

## INTERVENTIONS PRÉVENTIVES RELATIVES AUX ITSS

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

- Rechercher les facteurs de risque pour les ITSS et dépister selon les indications, puisque plusieurs personnes sont asymptomatiques et ignorent qu'elles sont infectées;
- Informer la personne sur les pratiques sexuelles à 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 :

- [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](#)
- [Site Internet, dépliants et brochures à l'intention des patients](#) (p. ex. [Entre caresses et baisers, une ITSS s'est fauflée... Il faut en parler](#))
- [Estimation du risque associé aux activités sexuelles](#)
- [Vaccination et ITSS](#)
- [Ressources – Intervention préventive relative aux ITSS](#)
- [Intervention préventive relative aux ITSS : outil d'aide à la pratique, visite initiale et visite subséquente](#)
- [Guide québécois de dépistage des ITSS](#)
- [Recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne au Québec : détection et traitement](#)
- Traitement accéléré du partenaire : [aide-mémoire pour les cliniciens](#) et [aide-mémoire pour les pharmaciens](#)

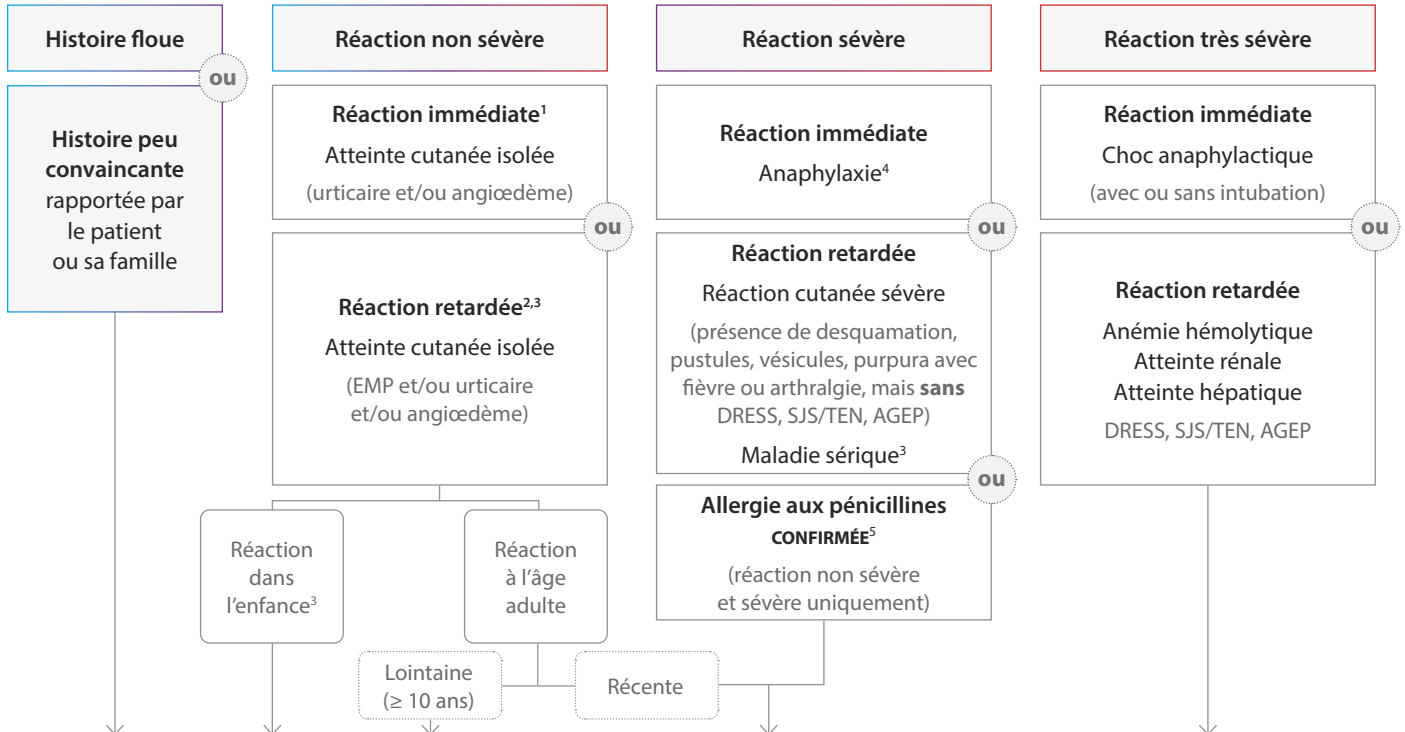
## RÉFÉRENCES

Pour consulter les références, voir le [rapport en soutien au GUO](#) et le [rapport de revue systématique](#).

# INFECTION NON COMPLIQUÉE À *NEISSERIA GONORRHOEAE*

## SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION ALLERGIQUE ANTÉRIEURE AUX ANTIBIOTIQUES DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES

ÉVALUER LA SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION INITIALE



**JE PRESCRIS DE FAÇON SÉCURITAIRE**

**Céphalosporines DIFFÉRENTES**  
**Céfixime OU Ceftriaxone**  
 selon les recommandations de traitement

**JE PRESCRIS AVEC PRUDENCE**

**Céphalosporines DIFFÉRENTES**  
**Céfixime OU Ceftriaxone**  
 selon les recommandations de traitement

La 1<sup>re</sup> dose devrait **toujours** être administrée sous surveillance médicale.

**Si antécédents de réactions :**

- **immédiates**, un test de provocation devrait être réalisé;
- **retardées**, le patient ou sa famille doivent être avisés du risque de récurrence possible dans les jours suivant l'utilisation de l'antibiotique.

**SI UNE BÊTA-LACTAMINE<sup>6</sup> NE PEUT ÊTRE ADMINISTRÉE, JE PEUX PRESCRIRE...**

selon la recommandation de traitement en présence d'un antécédent de réaction allergique

**J'ÉVITE DE PRESCRIRE**

**Bêta-lactamine<sup>6</sup>**  
 Privilégier une autre classe d'antibiotique.

**et**

**JE PRESCRIS**

selon la recommandation de traitement en présence d'un antécédent de réaction allergique

PRISE DE DÉCISION CONCERNANT LE CHOIX DE LA BÊTA-LACTAMINE ET LES CONDITIONS D'ADMINISTRATION

1. Réaction immédiate (de type I ou IgE-médiée) : se déclare généralement en moins d'une heure suivant la prise de la **première dose** d'un antibiotique.
2. Réaction retardée (de types II, III et IV) : peut survenir à tout moment à partir d'une heure suivant l'administration de l'antibiotique.
3. Les réactions cutanées retardées et les réactions de type maladie sérique qui apparaissent chez les enfants sous antibiothérapie sont généralement non allergiques et peuvent être d'origine virale.
4. Anaphylaxie sans choc ou intubation: nécessite un niveau supplémentaire de vigilance.
5. Sans recommandations pour d'autres bêta-lactamines.
6. Pénicillines, céphalosporines et carbapénèmes.

**AGEP** : acute generalized exanthematous pustulosis;  
**DRESS** : drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms;  
**EMP** : éruption maculo-papuleuse;  
**SJS** : Stevens–Johnson syndrome;  
**TEN** : toxic epidermal necrolysis.

Pour plus d'information, consultez [l'outil interactif](#) et [l'outil d'aide à la décision](#).

**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.