

Mise à jour du guide d'usage optimal
sur les infections transmissibles
sexuellement et par le sang – Infection
confirmée à *Mycoplasma genitalium*
Annexes complémentaires

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

Le présent document contient les annexes complémentaires au rapport en soutien de la mise à jour du guide d'usage optimal sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang – Infection confirmée à *Mycoplasma genitalium*.

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

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

Renseignements

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

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 643-1339
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca
www.inesss.qc.ca

Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation du rapport en soutien de la mise à jour du guide d'usage optimal sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang – Infection confirmée à *Mycoplasma genitalium* aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

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

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE A.....	1
Stratégie de repérage d'information scientifique	1
ANNEXE B.....	4
Sélection des documents (Diagramme de flux).....	4
ANNEXE C.....	5
Liste des documents exclus et raisons de l'exclusion.....	5
ANNEXE D.....	7
Liste et caractéristiques des documents inclus	7
ANNEXE E.....	9
Évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratique clinique inclus	9
ANNEXE F	12
Recommandations issues des guides de pratique clinique.....	12
ANNEXE G.....	30
Processus et méthode d'élaboration.....	30
ANNEXE H.....	32
Traitement des commentaires des lecteurs externes	32
ANNEXE I	42
Résultats du sondage auprès des futurs utilisateurs du GUO (2021)	42
RÉFÉRENCES.....	60

LISTE DES TABLEAUX

Tableau A-1	Bases de données bibliographiques.....	1
Tableau C-1	Liste des documents et raisons de l'exclusion (2021-2022).....	5
Tableau D-1	Liste des documents inclus et caractéristiques générales (2021-2022).....	7
Tableau E-1	Qualité méthodologique des 5 guides de pratique clinique évalués selon la grille AGREE II (2021-2022).....	9
Tableau E-2	Qualité globale de 5 guides de pratique clinique selon la grille AGREE II (2021-2022).....	11
Tableau F-1	Manifestations cliniques (2021).....	12
Tableau F-2	Étiologie (2021)	14
Tableau F-3	Principes de traitement (2021).....	15
Tableau F-4	Traitement pharmacologique (2021)	17
Tableau F-5	Suivi (2021).....	19
Tableau F-6	Intervention auprès de la personne atteinte (2021).....	19
Tableau F-7	Intervention auprès des partenaires (2021).....	20
Tableau F-8	Manifestations cliniques (mise à jour 2022).....	21

Tableau F-9	Étiologie (mise à jour 2022)	23
Tableau F10	Principes de traitement (mise à jour 2022)	24
Tableau F-11	Traitement pharmacologique (mise à jour 2022)	24
Tableau F-12	Suivi (mise à jour 2022)	27
Tableau F-13	Intervention auprès de la personne atteinte (mise à jour 2022).....	27
Tableau F-14	Intervention auprès des partenaires (mise à jour 2022)	28
Tableau G-1	Formulation des recommandations cliniques.....	30
Tableau H-1	Grille d'évaluation à l'intention des lecteurs externes	32
Tableau H-2	Traitement des commentaires des lecteurs externes GUO (2021).....	33
Tableau H-3	Traitement des commentaires des lecteurs externes (mise à jour 2022).....	38
Tableau I-1	Traitement des commentaires des futurs utilisateurs potentiels du GUO (2021)	52

LISTE DES FIGURES

Figure B-1	Diagramme de flux (2021-2022).....	4
Figure F-1	Résumé du diagnostic et du traitement de <i>Mycoplasma genitalium</i> IUSTI 2022	29

ANNEXE A

Stratégie de repérage d'information scientifique

Tableau A-1 Bases de données bibliographiques

PubMed (NLM)	
Date du repérage : 18 juin 2020	
Limites : 2016- ; anglais, français	
Dernière mise à jour : 14 mars 2022	
#1	Mycoplasma Genitalium/drug therapy[mh]
#2	Mycoplasma Genitalium[mh]
#3	mycoplasma genitalium[tiab] OR m. genitalium[tiab]
#4	#2 OR #3
#5	Anti-Bacterial Agents[mh] OR Drug Therapy[sh] OR Treatment Outcome[mh]
#6	antibacterial[tiab] OR anti-bacterial[tiab] OR antibiotic*[tiab] OR antimycobacterial[tiab] OR anti-mycobacterial[tiab] OR bacteriocid*[tiab] OR drug[tiab] OR drugs[tiab] OR manag*[tiab] OR medication*[tiab] OR pharmaceutic*[tiab] OR pharmacolog*[tiab] OR pharmacotherap*[tiab] OR therap*[tiab] OR treat*[tiab]
#7	#5 OR #6
#8	Azithromycin[mh]
#9	azadose[tiab] OR azithromycin[tiab] OR azitrocin[tiab] OR azythromycin[tiab] OR sumamed[tiab] OR zithromax[tiab] OR zitromax[tiab]
#10	#8 OR #9
#11	Doxycycline[mh]
#12	atridox[tiab] OR doryx[tiab] OR doxycyclin*[tiab] OR hydramycin[tiab] OR oracea[tiab] OR periostat[tiab] OR vibra[tiab] OR vibramycin[tiab] OR vibravenos[tiab]
#13	#11 OR #12
#14	Josamycin[mh]
#15	josamycin*[tiab] OR kitasamycin[tiab] OR leucomycin[tiab] OR turimycin[tiab] OR wilprafen[tiab]
#16	#14 OR #15
#17	Minocycline[mh]
#18	arestin[tiab] OR cyclops[tiab] OR dentomycin[tiab] OR dynacin[tiab] OR klinomycin[tiab] OR minocin[tiab] OR minocyclin*[tiab] OR minomycin[tiab] OR mynocine[tiab]
#19	#17 OR #18
#20	Moxifloxacin[mh]
#21	actira[tiab] OR avalox[tiab] OR avelox[tiab] OR izilox[tiab] OR moxifloxacin[tiab] OR octegra[tiab] OR proflox[tiab]
#22	#20 OR #21
#23	Pristinamycin[mh]
#24	patricin[tiab] OR piostacin[tiab] OR pristinamycin[tiab] OR pyostacin*[tiab]
#25	#23 OR #24
#26	Guideline[pt] OR Guidelines as Topic[mh:noexp] OR Health Planning Guidelines[mh] OR Practice Guideline[pt] OR Practice Guidelines as Topic[mh] OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR guidance*[tiab] OR guideline*[tiab] OR guide line*[tiab] OR practical guide*[tiab]
#27	#4 AND (#7 OR #10 OR #13 OR #16 OR #19 OR #22 OR #25)
#28	#4 AND #26
#29	#1 OR #27 OR #28

Embase (Ovid) Date du repérage : 18 juin 2020 Limites : 2016- ; anglais, français Dernière mise à jour : 14 mars 2022	
1	Mycoplasma Genitalium/
2	(mycoplasma genitalium OR "m. genitalium").ti,ab
3	1 OR 2
4	exp *Antibiotic Agent/ OR exp *Drug Therapy/ OR exp *Treatment Outcome/ (antibacterial OR anti-bacterial OR antibiotic* OR antimycobacterial OR anti-mycobacterial OR bacteriocid* OR drug OR drugs OR manag* OR medication* OR pharmaceutic* OR pharmacolog* OR pharmacotherap* OR therap* OR treat*).ti,ab
5	4 OR 5
6	Azithromycin/
7	(azadose OR azithromycin OR azitrocin OR azythromycin OR sumamed OR zithromax OR zitromax).ti,ab
8	7 OR 8
9	Doxycycline/
10	(atridox OR doryx OR doxycyclin* OR hydramycin OR oracea OR periostat OR vibra OR vibramycin OR vibravenos).ti,ab
11	10 OR 11
12	Josamycin/
13	(josamycin* OR kitasamycin OR leucomycin OR turimycin OR wilprafen).ti,ab
14	13 OR 14
15	Minocycline/
16	(arestin OR cyclops OR dentomycin OR dynacin OR klinomycin OR minocin OR minocyclin* OR minomycin OR mynocine).ti,ab
17	16 OR 17
18	Moxifloxacin/
19	(actira OR avalox OR avelox OR izilox OR moxifloxacin OR octegra OR proflox).ti,ab
20	19 OR 20
21	Pristinamycin/
22	(patricin OR piostacin OR pristinamycin OR pyostacin*).ti,ab
23	22 OR 23
24	exp Practice Guideline/ OR (CPG OR CPGs OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR practical guide*).ti,ab
25	3 AND (6 OR 9 OR 12 OR 15 OR 18 OR 21 OR 24)
26	3 AND 25
27	26 OR 27
28	Conference Abstract.pt
29	28 NOT 29

EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database Date du repérage : 18 juin 2020 Limites : 2016- ; anglais, français Dernière mise à jour : 14 mars 2022	
1	(mycoplasma genitalium OR "m. genitalium").ti,ab

Stratégie de recherche manuelle

Date de la consultation : décembre 2019; mise à jour mars 2022

Limites : 2017- ; anglais et français

- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé/Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (ACMTS/CADTH) - <https://www.cadth.ca/fr>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - <https://www.ahrq.gov/>
- Australian Clinical Practice Guidelines (NHMRC) - <https://www.clinicalguidelines.gov.au/>
- BCGuidelines.ca - <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines>
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) - <https://kce.fgov.be/fr>
- ECRI Guidelines Trust - <https://guidelines.ecri.org/>
- Guidelines International Network (G-I-N) - <https://g-i-n.net/>
- Haute Autorité de Santé (HAS) - https://www.has-sante.fr/jcms/c_6056/fr/recherche-avancee
- Health Quality Ontario (HQO) - <https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care>
- Infobanque AMC (Association médicale canadienne – Canadian Medical Association) - <https://jouleamc.ca/cpg/homepage>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences - <https://www.ices.on.ca/>
- International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) - <https://www.inahta.org/>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <https://www.health.govt.nz/about-ministry/ministry-health-websites/new-zealand-guidelines-group>
- NHS National Institute for Health and Care Excellence (NICE) - <https://www.nice.org.uk/guidance>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) - <https://www.sign.ac.uk/>
- World Health Organization (WHO) - <https://www.who.int/fr/>

Autres sources

Les monographies canadiennes des différents produits ont été consultées.

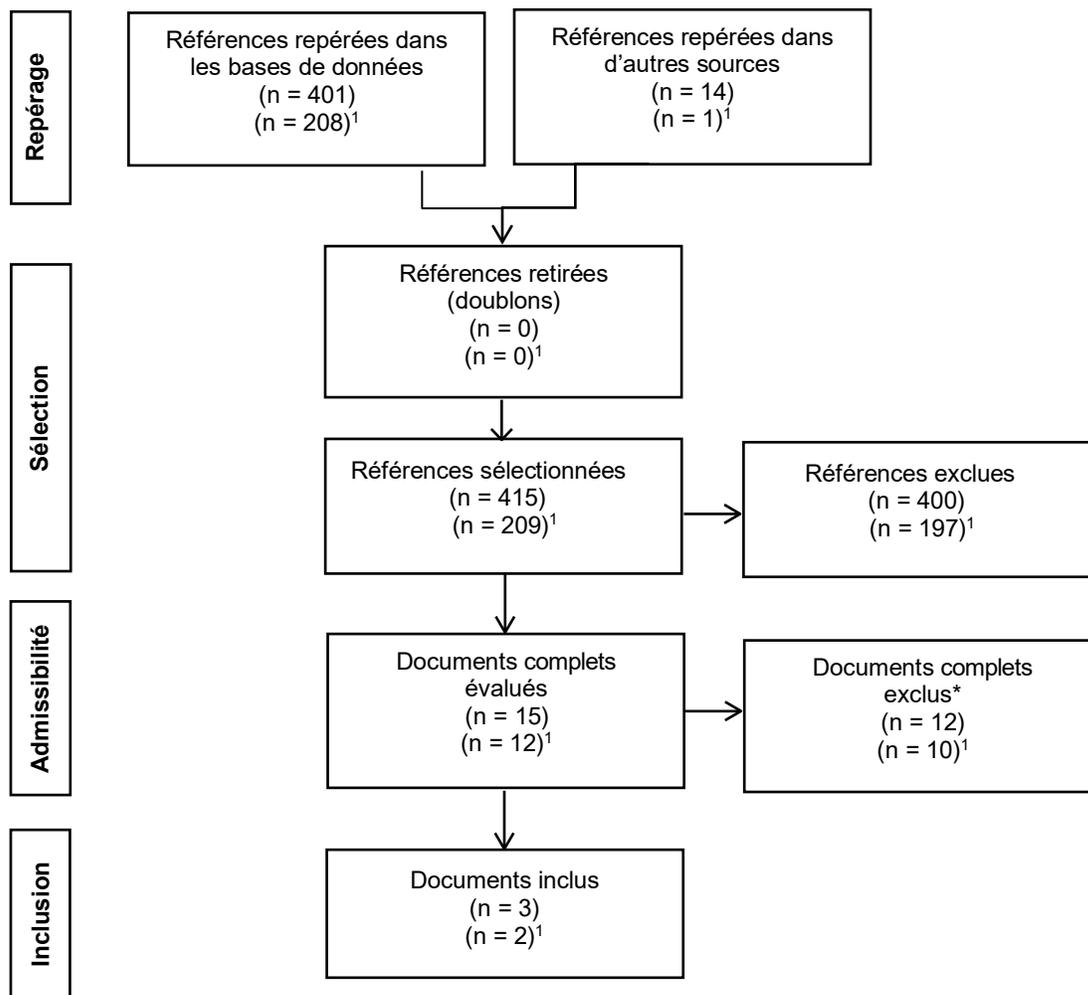
Les sites Web des organismes suivants ont été visités :

- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
- Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

ANNEXE B

Sélection des documents (Diagramme de flux)

Figure B-1 Diagramme de flux (2021-2022)



¹ Nombre de nouvelles références ajoutées lors des travaux de 2022.

* Liste complète des documents exclus avec les raisons d'exclusion disponible à l'annexe C.

ANNEXE C

Liste des documents exclus et raisons de l'exclusion

Tableau C-1 Liste des documents et raisons de l'exclusion (2021-2022)

Titres et références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)		Raison d'exclusion
1	Suivi et conseils après infection génitale haute. RPC infections génitales hautes CNGOF et SPILF [Ah-Kit <i>et al.</i> , 2019]	Hors sujet
2	Mycoplasmes génitaux [Alcaraz <i>et al.</i> , 2016]	Type de document inadéquat (formation médicale continue sans méthodologie)
3	Les infections génitales hautes. Mise à jour des recommandations pour la pratique clinique – texte court [Brun <i>et al.</i> , 2019]	Qualité méthodologique inadéquate
4	Lymphogranulome vénérien (maladie de Nicolas Favre) [Caumes <i>et al.</i> , 2016]	Type de document inadéquat (formation médicale continue sans méthodologie)
5	Les infections génitales hautes : diagnostic microbiologique. RPC infections génitales hautes CNGOF et SPILF [Cazanave et de Barbeyrac, 2019]	Hors sujet
6	Urétrite masculine [Gerhardt <i>et al.</i> , 2016]	Type de document inadéquat (formation médicale continue sans méthodologie)
7	MST anorectales [Janier <i>et al.</i> , 2016a]	Type de document inadéquat (formation médicale continue sans méthodologie)
8	Orchiépididymite [Janier <i>et al.</i> , 2016b]	Type de document inadéquat (formation médicale continue sans méthodologie)
9	Cervicite mucopurulente [Janier <i>et al.</i> , 2016c]	Type de document inadéquat (formation médicale continue sans méthodologie)
10	Consensus document on the diagnosis and treatment of sexually transmitted diseases in adults, children and adolescents [AIDS Study Group (GESIDA), 2018]	Document en espagnol ¹
11	Urethritis in men [Read <i>et al.</i> , 2018]	Type de document inadéquat
12	Prise en charge thérapeutique des infections génitales hautes non compliquées. RPC infections génitales hautes CNGOF et SPILF [Verdon, 2019]	Qualité méthodologique inadéquate
13	<i>Mycoplasma genitalium</i> : Test positivity in syndromic presentations and clinicians' adherence with treatment guidelines at Sydney Sexual Health Centre [Cheung <i>et al.</i> , 2021]	Hors sujet
14	United Kingdom British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of epididymo-orchitis, 2020 [Chirwa <i>et al.</i> , 2021]	Hors sujet
15	Brazilian protocol for sexually transmitted infections, 2020: Infections that cause urethral discharge [De Lannoy <i>et al.</i> , 2021]	Qualité méthodologique inadéquate
16	2021 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens [De Vries <i>et al.</i> , 2021]	Hors sujet
17	Brazilian protocol for sexually transmitted infections, 2020: Infections that cause cervicitis [Miranda <i>et al.</i> , 2021]	Qualité méthodologique inadéquate

¹ Le document de base est en anglais, mais les données supplémentaires permettant d'en évaluer la qualité méthodologique sont publiées en espagnol seulement.

Titres et références (par ordre alphabétique selon le nom du 1 ^{er} auteur)		Raison d'exclusion
18	Recent advances in understanding and combatting <i>Mycoplasma genitalium</i> [Peel <i>et al.</i> , 2020]	Type de document inadéquat
19	STIs in adolescents: Chlamydia, gonorrhoea, mycoplasma genitalium, and HPV [Saldanha, 2020]	Type de document inadéquat
20	UAA-AAUS guideline for <i>M. genitalium</i> and non-chlamydial non-gonococcal urethritis [Wada <i>et al.</i> , 2021]	Qualité méthodologique inadéquate
21	Nonviral sexually transmitted infections in pregnancy: Current controversies and new challenges [Waltmann <i>et al.</i> , 2021]	Type de document inadéquat
22	<i>Mycoplasma genitalium</i> , Australian STI Management Guidelines for Use in Primary Care [ASHM, 2021]	Qualité méthodologique inadéquate

ANNEXE D

Liste et caractéristiques des documents inclus

Tableau D-1 Liste des documents inclus et caractéristiques générales (2021-2022)

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – <i>Mycoplasma genitalium</i> : informations importantes et ressources [ASPC, 2021; ASPC, 2020]	
Organisme	Agence de la santé publique du Canada
Année	2020, 2021
Pays	Canada
Population	Non précisé
Objectif	Les <i>Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement</i> visent à servir de ressource aux professionnels en soins primaires et en santé publique, en particulier le personnel infirmier et les médecins, en matière de prévention, de diagnostic, de traitement et de prise en charge des infections transmissibles sexuellement.
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Non indiqué
Identification	LDC 2020, LDC 2021

2016 European guideline on <i>Mycoplasma genitalium</i> infections [Jensen <i>et al.</i>, 2016]	
Organisme	International Union against Sexually Transmitted Infections
Année	2016
Région	Europe
Population	Non précisé
Objectif	Offrir des recommandations pour le diagnostic et la prise en charge des infections à <i>Mycoplasma genitalium</i>
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Oui
Identification	IUSTI 2016

British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of infection with <i>Mycoplasma genitalium</i> (2018) [Soni <i>et al.</i>, 2019]	
Organisme	British Association for Sexual Health and HIV
Année	2019
Pays	Grande-Bretagne
Population	16 ans et plus
Objectif	Fournir des recommandations sur le diagnostic et la prise en charge des infections à <i>Mycoplasma genitalium</i>
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Oui
Identification	BASHH 2019

2021 European guideline on the management of <i>Mycoplasma genitalium</i> infections [Jensen et al., 2022]	
Organisme	British Association for Sexual Health and HIV
Année	2022
Pays	Europe
Population	Non précisé
Objectif	Offrir des recommandations pour le diagnostic et la prise en charge des infections à <i>Mycoplasma genitalium</i>
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Oui
Identification	IUSTI 2022

Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 [Workowski et al., 2021]	
Organisme	Centers for Disease Control and Prevention
Année	2021
Pays	États-Unis
Population	Non précisé
Objectif	Offrir des recommandations pour le diagnostic et la prise en charge des infections à <i>Mycoplasma genitalium</i>
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Oui
Identification	CDC 2021

Prélèvements et analyses de laboratoire pour la recherche de <i>Mycoplasma genitalium</i> [INSPQ, 2022] (Qualité méthodologique non évaluée)	
Organisme	Institut national de santé publique du Québec
Année	2022
Pays	Canada
Population	Non précisé
Objectif	Offrir des recommandations pour les prélèvements et analyses de laboratoire pour la recherche de <i>Mycoplasma genitalium</i>
Évaluation de la présence de conflits intérêts	Non
Identification	INSPQ 2022

ANNEXE E

Évaluation de la qualité méthodologique des guides de pratique clinique inclus

Tableau E-1 Qualité méthodologique des 5 guides de pratique clinique évalués selon la grille AGREE II (2021-2022)

	BASHH 2019		IUSTI 2016		LDC 2020, 2021		CDC 2021		IUSTI 2022	
Évaluateurs	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Domaines de la grille AGREE II										
Domaine 1. Champ et objectifs										
1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.	7	7	5	3	7	7	7	7	7	5
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.	3	2	4	6	3	1	7	6	5	5
3. La population à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.	6	6	4	5	7	6	7	7	6	5
Domaine 2. Participation des groupes concernés										
4. Le groupe de travail ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.	6	5	4	4	6	6	7	7	4	4
5. Les opinions et les préférences de la population cible ont été identifiées.	5	5	3	4	1	1	1	1	1	1
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.	5	3	3	3	7	5	7	7	4	6
Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC										
7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.	6	5	6	7	1	1	5	5	5	5
8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.	7	5	1	3	1	1	6	5	4	3
9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.	3	5	2	4	2	4	2	2	1	1
10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.	3	5	1	1	1	1	6	4	3	1

	BASHH 2019		IUSTI 2016		LDC 2020, 2021		CDC 2021		IUSTI 2022	
11. Les bénéfiques, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.	5	4	6	6	4	5	7	6	3	4
12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.	5	5	5	5	3	2	1	1	3	2
13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.	6	4	4	2	2	2	6	5	4	4
14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.	7	7	2	3	2	2	1	1	5	5
Domaine 4. Clarté et présentation										
15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.	5	4	6	6	5	6	7	6	7	6
16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.	7	6	7	7	7	6	7	7	7	6
17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.	5	4	5	5	5	4	5	5	7	7
Domaine 5. Applicabilité										
18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1
19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.	5	7	1	1	3	4	6	6	2	2
20. Les répercussions potentielles sur les ressources de l'application des recommandations ont été examinées.	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1
21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.	5	3	3	1	1	1	1	1	1	1
Domaine 6. Indépendance éditoriale										
22. Le point de vue des organismes de financement n'a pas influencé le contenu de la RPC.	7	7	7	6	7	6	3	3	7	7
23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.	5	7	7	6	1	1	5	5	4	4

	BASHH 2019		IUSTI 2016		LDC 2020, 2021		CDC 2021		IUSTI 2022	
Somme de la cotation pour les 23 critères	115	110	88	90	78	74	108	101	92	86
Qualité générale du guide (1 à 7)	6	5	4	4	3	3	5	5	4	4
Recommandation de l'utilisation du guide	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui

Tableau E-2 Qualité globale de 5 guides de pratique clinique selon la grille AGREE II (2021-2022)

Évaluateurs	BASHH 2019				IUSTI 2016				LDC 2020, 2021				CDC 2021				IUSTI 2022			
	1	2	T*	%†	1	2	T*	%†	1	2	T*	%†	1	2	T*	%†	1	2	T*	%†
1-Champ d'application et objectifs	16	15	31	69	13	14	27	58	17	14	31	69	21	20	41	97	18	15	33	75
2-Participation des groupes concernés	16	13	29	64	10	11	21	42	14	12	26	56	15	15	30	67	9	11	20	39
3-Rigueur du processus d'élaboration du guide	42	40	82	69	27	31	58	44	16	18	34	19	34	29	63	49	28	25	53	39
4-Clarté et présentation	17	14	31	69	18	18	36	83	17	16	33	75	19	18	37	86	21	19	40	94
5-Applicabilité	12	14	26	38	6	4	10	4	6	7	13	10	11	11	22	29	5	5	10	17
6-Indépendance éditoriale	12	14	26	92	14	12	26	92	8	7	15	46	8	8	16	50	11	11	22	75
Total	115	110	225		88	90	178		78	74	152		108	101	209		92	86	178	
Score global **				65 %				48 %				38 %				59 %				48 %
Recommandation - utilisation guide	Oui				Oui				Oui ²				Oui				Oui			

* Somme des scores obtenus pour l'ensemble des domaines pour chaque évaluateur.

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

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

² Les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement ont été retenues pour leur contenu contextuel canadien, bien que leur qualité méthodologique soit plus faible que celle des autres guides retenus.

ANNEXE F

Recommandations issues des guides de pratique clinique

Tableau F-1 Manifestations cliniques (2021)

LDC 2020	BASHH 2019	IUSTI 2016
<p>Femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les femmes sont souvent asymptomatiques. Lorsqu'ils sont présents, les signes et symptômes peuvent comprendre: <ul style="list-style-type: none"> • pertes vaginales • dysurie • saignements inter menstruels ou post-coïtaux ▶ Les données disponibles suggèrent : <ul style="list-style-type: none"> • une association entre <i>M. genitalium</i> et la cervicite; • un lien de causalité entre <i>M. genitalium</i> et l'endométrite/atteinte inflammatoire pelvienne (AIP); • une association importante entre <i>M. genitalium</i> et la naissance prématurée, l'avortement spontané et l'infertilité féminine. ▶ Les données probantes sont insuffisantes pour déterminer une association avec les grossesses ectopiques. ▶ La sévérité des signes et symptômes d'une AIP associée à une infection à <i>M. genitalium</i> peut être semblable à celle d'une AIP associée à une chlamydie <p>Hommes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>M. genitalium</i> a souvent été identifié comme un 	<p>Signs and symptoms in males:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ None – the majority are asymptomatic ▶ Urethral discharge ▶ Dysuria ▶ Penile irritation ▶ Urethral discomfort ▶ Urethritis (acute, persistent, recurrent) ▶ Balanoposthitis (in one study) <p>Complications in males</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ ▶ Sexually acquired reactive arthritis ▶ ▶ Epididymo-orchitis <p>The clinical presentation of <i>M. genitalium</i> urethritis is similar to other causes and thus clinical features of acute symptomatic NGU cannot be used to determine the infective aetiology. Although the proportion of infected men that develop symptoms is unknown, this is likely to be <10%.</p> <p>Signs and symptoms in females</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ None – the majority are asymptomatic ▶ Dysuria ▶ Post-coital bleeding ▶ Painful inter-menstrual bleeding 	<p>Urogenital infections Symptoms and signs in women</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Among sexually transmitted diseases (STD) clinic attendees, 40–75% are asymptomatic. ▶ Symptoms are related to cervical and urethral infection and include increased or altered vaginal discharge (<50%), dysuria or urgency (30%) and, occasionally, inter- menstrual or post coital bleeding or menorrhagia. ▶ Cervicitis. ▶ Rectal and pharyngeal infections are usually asymptomatic. ▶ Lower abdominal pain (<20%) should raise suspicion of PID. <p>Complications in women</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ PID (endometritis, salpingitis). ▶ Tubal factor infertility (probably). ▶ Sexually acquired reactive arthritis (SARA) may occur. <p>Symptoms and signs in men</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 70% symptomatic in some STD clinic settings. ▶ Urethritis (acute, persistent, and recurrent). ▶ Dysuria. ▶ Urethral discharge.

LDC 2020	BASHH 2019	IUSTI 2016
<p>agent étiologique d'urétrite aiguë, persistante et récurrente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Une étude menée dans une clinique suédoise d'ITS a révélé que 73 % des hommes ayant eu un résultat positif pour <i>M. genitalium</i> présentaient une urétrite symptomatique (p. ex. écoulement urétral, dysurie), comparativement à 40 % des hommes ayant une infection à <i>C. trachomatis</i>. Ces résultats sont conformes aux observations tirées d'une autre étude menée dans une clinique spécialisée en ITS. ▶ Les données probantes sont insuffisantes pour déterminer si <i>M. genitalium</i> cause une épидидymite ou une proctite. ▶ Les données disponibles ne permettent pas de conclure que l'infection à <i>M. genitalium</i> peut être une cause d'infertilité masculine. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cervicitis ▶ Lower abdominal pain (see Complications: PID) <p>Complications in females</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Pelvic inflammatory disease ▶ Tubal factor infertility (uncertain association) ▶ Sexually acquired reactive arthritis ▶ Pre-term delivery <p>Individuals with cervicitis due to <i>M. genitalium</i> frequently have no symptoms at all. If present, symptoms are nonspecific, with the most common symptom being post-coital bleeding. Although the proportion of infected women who develop symptoms is unknown this is likely to be <5%. Clinical signs and symptoms of <i>M. genitalium</i>-associated PID are similar to, and indistinguishable from, PID due to <i>C. trachomatis</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Proctitis. ▶ Balanoposthitis has been associated with <i>M. genitalium</i> infection in one study. <p>Complications in men</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ SARA may occur. ▶ Epididymitis may occur. <p>Ocular infections</p> <p>Ocular infections can result in conjunctivitis in adults but has not been systematically studied. Neonatal conjunctivitis has not been systematically studied.</p> <p>Indications for laboratory testing</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Symptoms or signs of urethritis in men. ▶ Mucopurulent cervicitis. ▶ Cervical or vaginal discharge with risk factor for STI. ▶ Intermenstrual or post coital bleeding. ▶ Acute pelvic pain and/or PID. ▶ Acute epididymo-orchitis in a male aged <50 years.

Tableau F-2 Étiologie (2021)

LDC 2020	BASHH 2019	IUSTI 2016
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les mycoplasmes sont de petites bactéries anaérobies facultatives (de 0,2 à 0,3 µm) dépourvues de paroi cellulaire. Ils sont pléomorphes et ne peuvent pas être colorés par la méthode de Gram ni identifiés au microscope optique. ▶ Les mycoplasmes génitaux appartiennent à la classe des Mollicutes de la famille des Mycoplasmataceae, qui compte deux genres, soit <i>Mycoplasma</i> et <i>Ureaplasma</i>. ▶ Sept espèces de <i>Mycoplasma</i> ont été identifiées dans le tractus urogénital, y compris <i>M. genitalium</i>, qui a émergé comme une cause importante d'infections du tractus génital. Des associations entre l'infection à <i>M. genitalium</i> et l'urétrite non chlamyidienne et non gonococcique ont été rapportées. ▶ <i>M. genitalium</i> est un pathogène émergent, sexuellement transmissible. Peu de données sont disponibles sur la prévalence de <i>M. genitalium</i> au Canada et sur les tendances de la résistance aux antimicrobiens au niveau régional. ▶ A l'échelle internationale, les estimations de la prévalence de <i>M. genitalium</i> varient de 1 à 4 % chez les hommes et de 1 à 6 % chez les femmes. La prévalence peut aller jusqu'à 38 % chez les personnes présentant un risque élevé d'infections transmissibles sexuellement (ITS). ▶ Les facteurs de risque d'infection à <i>M. genitalium</i> rapportés dans la littérature : <ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs partenaires sexuels • Jeune âge • Jeune âge au moment des premières relations sexuelles • Partenaire sexuel ayant eu récemment une ITS 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>M. genitalium</i> is associated with the detection of other bacterial STIs, <i>C. trachomatis</i> being the most frequently isolated co-organism. An association between <i>M. genitalium</i> and HIV transmission and acquisition is biologically plausible and supported by some studies in sub-Saharan Africa. ▶ <i>M. genitalium</i> infection is unequivocally and strongly associated with non-gonococcal urethritis (NGU). ▶ Typically, the prevalence of <i>M. genitalium</i> in men with NGU is 15–25% and in male patients with nonchlamydial nongonococcal urethritis (NCNGU) is 10–35%, as compared to 1–2% in the general population. ▶ <i>M. genitalium</i> is also associated with persistent and recurrent urethritis, where up to 40% of affected men may have <i>M. genitalium</i> detected. ▶ It is possible that sexually acquired reactive arthritis may occur as a result of <i>M. genitalium</i> infection. An association with epididymo-orchitis is possible, but current data are lacking to support an association with prostatitis. ▶ Several studies support an association of <i>M. genitalium</i> infection in cisgender women with post coital bleeding and cervicitis, endometritis and pelvic inflammatory disease (PID). ▶ The evidence suggests that the majority of people infected with <i>M. genitalium</i> in the genital tract do not develop disease. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>M. genitalium</i> infection is unequivocally associated with male NGU and even stronger associated with non-chlamydial non-gonococcal urethritis (NCNGU). ▶ The prevalence of <i>M. genitalium</i> in men with NCNGU ranges from 10% to 35%, thus contributing significantly to the overall burden of disease. ▶ In women, several studies have demonstrated the association between <i>M. genitalium</i> and urethritis, cervicitis, endometritis, and pelvic inflammatory disease (PID). ▶ Persistence of <i>M. genitalium</i> after treatment is associated with recurrent or persistent NGU, and up to 40% with this condition are <i>M. genitalium</i> positive. Thus, failure to eradicate <i>M. genitalium</i> leads to persistent or recurrent disease in the vast majority of men with persistent infection and diagnosis and optimal treatment is extremely important. ▶ <i>M. genitalium</i> has been shown to facilitate HIV transmission, in particular in studies from Sub-Saharan Africa.

Tableau F-3 Principes de traitement (2021)

LDC 2020	BASHH 2019	IUSTI 2016
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Étant donné que le dépistage de l'infection à <i>M. genitalium</i> n'est pas recommandé et qu'au Canada, la disponibilité du test est limitée, la prise en charge de la plupart des infections se fera dans le contexte d'une approche syndromique pour l'urétrite, la cervicite ou l'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP). ▶ Envisager la possibilité d'une infection à <i>M. genitalium</i> chez les personnes présentant une cervicite, une urétrite ou une AIP persistante ou récurrente à la suite du traitement empirique lorsque les TAAN effectués avant le traitement sont négatifs pour la chlamydie et la gonorrhée ou bien le test de suivi de contrôle est négatif. ▶ Envisager aussi <i>T. vaginalis</i> comme un agent causal possible. ▶ Dans la plupart des contextes, l'azithromycine s'est révélée plus efficace que la doxycycline dans le traitement de <i>M. genitalium</i>. ▶ Des comparaisons in vitro de l'activité des fluoroquinolones contre <i>M. genitalium</i> ont révélé que la moxifloxacine avait la plus forte activité bactéricide. ▶ Comparé à la moxifloxacine, l'azithromycine est plus largement utilisée, moins coûteuse, a un spectre plus étroit et une durée de traitement plus courte, et provoque moins d'effets secondaires. ▶ Dans deux études canadiennes, environ la moitié des infections à <i>M. genitalium</i> présentaient des mutations intervenant dans la résistance aux macrolides. Le traitement avec l'azithromycine s'étalant sur plusieurs jours pourrait être moins susceptible d'entraîner une résistance aux macrolides que le traitement d'azithromycine en une dose unique; toutefois, il pourrait être associé à des taux plus élevés d'effets secondaires et il est peu probable qu'il soit efficace contre les infections résistantes à l'azithromycine. 	<p>Treatment of uncomplicated urogenital infection (urethritis, cervicitis)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Knowledge of macrolide resistance status is important in determining whether azithromycin should be given but will depend on such testing being available. Even where an organism is known to be initially macrolide-sensitive, an azithromycin regimen should not be repeated following treatment failure because it is likely that resistance has developed on treatment. ▶ Although doxycycline as monotherapy has poor efficacy and eradication rates are low at about 30–40%, there is evidence that prior treatment with doxycycline may improve treatment success when given with or followed by an extended azithromycin regimen. ▶ Using moxifloxacin first line in all cases of <i>M. genitalium</i> is not recommended because future therapeutic options are limited. <p>Treatment of complicated urogenital infection (PID, epididymo-orchitis)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Given the need for prompt and effective treatment in complex STI syndromes, patients with confirmed <i>M. genitalium</i> infection, or who have a partner who has tested positive for <i>M. genitalium</i> should be given moxifloxacin as a 14-day regimen. <p>Treatment of rectal infection</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ This should be managed in the same way as urogenital infection. ▶ Current asymptomatic partners (including nonregular partners where there is likely to be further sexual contact and risk of reinfection) of individuals with disease caused by <i>M. genitalium</i> infection should be tested and/or offered 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Treatment of individuals with <i>M. genitalium</i> urogenital infection prevents sexual transmission and is likely to reduce the risk of complications, including PID and tubal factor infertility. ▶ Only few antimicrobial classes have activity against mycoplasmas including tetracyclines, macrolides and fluoroquinolones. <p>Indications for therapy [IV; C]</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Detection of <i>M. genitalium</i>-specific nucleic acid in a clinical specimen. ▶ Current partners of <i>M. genitalium</i>-positive patients should be treated with the same antimicrobial as the index patient. ▶ If current partner does not attend for evaluation and testing, epidemiological treatment should be offered with the same regimen as given to the index patient. ▶ On epidemiological grounds for recent sexual contacts (previous 3 months). Ideally, specimens for <i>M. genitalium</i> NAAT should be collected before treatment and treatment should await the result of testing.

LDC 2020	BASHH 2019	IUSTI 2016
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Des échecs au traitement avec une dose unique d'azithromycine 1 g PO ont été rapportés. Deux études australiennes ont révélé des taux de guérison de 84 % (2005 à 2007) et de 69 % (2007 à 2009) à la suite d'un traitement avec une dose unique d'azithromycine 1 g PO. Ces observations semblent indiquer une réduction du taux de guérison au fil du temps. D'autres données révèlent des taux de guérison de 40 à 91 % avec une dose unique d'azithromycine 1 g PO. ▶ Chez les patients présentant une urétrite non gonococcique (UNG) ou une cervicite, les taux de guérison documentés d'infections à <i>M. genitalium</i> traitées par un régime d'azithromycine sur plusieurs jours (azithromycine à 500 mg PO en une dose unique le premier jour, puis à 250 mg PO en une dose unique du deuxième au cinquième jour) variaient de 78 à 100 %. ▶ En cas d'échec thérapeutique avec l'azithromycine, la moxifloxacine s'est révélée efficace. Bien que des taux de guérison aussi élevés que 100 % aient été rapportés avec la moxifloxacine, des échecs thérapeutiques ont été rapportés et peuvent être associés à la résistance aux fluoroquinolones. Des études canadiennes ont révélé que de 1,9 à 20 % des cas présentaient des souches avec des mutations rapportées comme intervenant dans la résistance à la moxifloxacine. ▶ Un traitement de sept jours par la moxifloxacine semble être aussi efficace qu'un traitement de 10 jours. ▶ La pristinamycine a permis de traiter avec succès des cas qui n'avaient pas répondu à un traitement par un macrolide ou par moxifloxacine. La pristinamycine n'est actuellement pas disponible au Canada, mais peut faire l'objet d'une Demande d'accès spécial via Santé Canada. 	<p>epidemiological treatment (using the same antimicrobial regimen as used in the index patient). This is to reduce the risk of re-infection in the index case.</p>	

Tableau F-4 Traitement pharmacologique (2021)

LDC 2020	BASHH 2019	IUSTI 2016
<p>► Lors de l'élaboration des recommandations thérapeutiques, le Groupe de travail d'experts pour les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement a examiné la documentation scientifique disponible sur l'efficacité et l'innocuité du traitement contre <i>M. genitalium</i>, ainsi que sur la progression des problèmes de résistance aux antimicrobiens.</p> <p>► Les options de traitement suivantes sont recommandées en l'absence de contre-indication. Consulter les monographies de produit pour connaître les contre-indications et les effets secondaires.</p> <p>Avertissement : Consulter l'avis de sécurité qu'a publié Santé Canada concernant l'azithromycine et le risque de complications cardiovasculaires et de décès.</p> <p>Cas suspecté de cervicite ou urétrite à <i>M. genitalium</i></p> <p>► Cervicite ou urétrite non traitée par l'azithromycine antérieurement : Azithromycine 500 mg PO le 1er jour, puis 250 mg PO du 2e au 5e jour [B-II]</p> <p>► Cervicite ou urétrite traitée par l'azithromycine antérieurement : Moxifloxacine 400 mg PO 1 fois par jour pendant 7 jours</p> <p>► Comme l'azithromycine 1 g PO en une dose unique peut entraîner une résistance aux macrolides, les patients ne répondant pas à ce traitement pour la cervicite ou l'urétrite pourraient ne pas bénéficier d'un nouveau traitement avec un régime s'étalant sur plusieurs jours.</p> <p>Cas suspecté ou confirmé d'urétrite ou cervicite à <i>M. genitalium</i> résistante aux macrolides</p> <p>► Moxifloxacine 400 mg PO 1 fois par jour pendant</p>	<p>Treatment of uncomplicated urogenital infection (urethritis, cervicitis)</p> <p>► Doxycycline 100 mg bd for seven days followed by azithromycin 1 g orally as a single dose then 500 mg orally once daily for two days* where the organism is known to be macrolide-sensitive or where resistance status is unknown (1D).</p> <p>► Moxifloxacin 400 mg orally once daily for ten days if organism is known to be macrolideresistant or where treatment with azithromycin has failed** (1B).</p> <p>*Given that most individuals will have had doxycycline as first-line treatment for uncomplicated infection, a repeat course is unnecessary once the <i>M. genitalium</i> positive result is known.</p> <p>Azithromycin should be given immediately after doxycycline, and ideally within two weeks of completing doxycycline. If this is not possible, the course of doxycycline should be repeated prior to giving azithromycin.</p> <p>**Treatment failure is defined as persistent symptoms following treatment, or a positive test of cure taken five weeks post-treatment.</p> <p>Treatment of complicated urogenital infection (PID, epididymo-orchitis)</p> <p>► Moxifloxacin 400 mg orally once daily for 14 days (1D).</p> <p>Alternative regimens</p> <p>Very little evidence exists for the effectiveness of the following regimens but they may be considered:</p> <p>► Doxycycline 100 mg bd for seven days* then pristinamycin 1 g orally four times daily for ten days</p> <p>► Pristinamycin 1 g orally four times daily for 10 days</p>	<p>Recommended treatment for uncomplicated <i>M. genitalium</i> infection in the absence of macrolide resistance mediating mutations [IIb; B]</p> <p>► Azithromycin 500 mg on day one, then 250 mg od days 2–5 (oral).</p> <p>► Josamycin 500 mg three times daily for 10 days [IV; C].</p> <p>Recommended treatment for uncomplicated macrolideresistant <i>M. genitalium</i> infection [IIb;B]</p> <p>► Moxifloxacin 400 mg od for 7–10 days (oral). The optimal duration of treatment is uncertain and a few observational studies have found higher cure rate after longer treatment in cervicitis.</p> <p>Recommended second-line treatment for uncomplicated persistent <i>M. genitalium</i> infection [IIb; B]</p> <p>► Moxifloxacin 400 mg od for 7–10 days (oral).</p> <p>Recommended third-line treatment for persistent <i>M. genitalium</i> infection after azithromycin and moxifloxacin [III; B]</p> <p>► Doxycycline 100 mg two times daily for 14 days can be tried and will eradicate <i>M. genitalium</i> from approximately 30% of the patients, but the patient must be informed about the poor eradication rate and accept to comply with advice regarding sexual abstinence or condom use.</p> <p>► Pristinamycin 1 g four times daily for 10 days (oral). The patient should be informed about the need to comply strictly with the dosage scheme.</p>

LDC 2020	BASHH 2019	IUSTI 2016
<p>7 jours [B-II]</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les personnes chez qui une urétrite ou une cervicite persiste après un traitement d'azithromycine s'étalant sur plusieurs jours pourraient avoir une souche résistante aux macrolides et devraient être traitées de façon empirique avec la moxifloxacine. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Doxycycline 100 mg orally twice daily for 14 days ▶ Minocycline 100 mg orally twice daily for 14 days <p>*Prior treatment with doxycycline will reduce <i>M. genitalium</i> load and has been demonstrated to be of benefit if administered prior to extended azithromycin and also pristinamycin treatment which is only 75% effective as monotherapy.</p> <p>Treatment of rectal infection</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ This should be managed in the same way as urogenital infection. For severe proctitis, a longer course of moxifloxacin (14 days) may be considered. 	<p>Recommended treatment for complicated <i>M. genitalium</i> infection (PID, epididymitis) [IV; C]</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Moxifloxacin 400 mg od for 14 days (oral).

Tableau F-5 Suivi (2021)

LDC 2020	BASHH 2019	IUSTI 2016
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Un test de contrôle devrait être fait chez les personnes qui présentent des symptômes persistants ou récurrents après la fin d'un traitement contre <i>M. genitalium</i> ou qui habitent dans des régions où la prévalence documentée de la résistance aux antibiotiques est élevée. ▶ Le moment approprié pour effectuer un test de contrôle au moyen de TAAN est incertain. On recommande d'attendre au moins trois semaines après la fin du traitement, car un test de contrôle effectué trop tôt pourrait entraîner la détection d'acides nucléiques résiduels de <i>M. genitalium</i> malgré la guérison (c.-à-d. un résultat faux positif). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ We recommend all patients should attend for a TOC five weeks (and no sooner than three weeks in order to avoid false negative results) after the start of treatment to ensure microbiological cure and to help identify emerging resistance (1D). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ A TOC should be routinely performed in all patients due to the high prevalence of macrolide resistance either present pretreatment or developing during treatment with azithromycin and in the absence of routine testing for fluoroquinolone resistance [III; B]. This recommendation differs from the BASHH and CDC guidelines where TOC for asymptomatic cases is not recommended. However, many patients enter a stage of few or no symptoms after treatment, but with persistent carriage and subsequent risk for spread of resistance in the community. ▶ TOC samples should be collected no earlier than 3 weeks after start of treatment [III, B]. In patients responding to treatment, <i>M. genitalium</i> will be undetectable within 1 week in most patients, but tests may become temporarily false negative in patients failing treatment.

Tableau F-6 Intervention auprès de la personne atteinte (2021)

LDC 2020	BASHH 2019	IUSTI 2016
<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'infection à <i>M. genitalium</i> n'est pas une infection à déclaration obligatoire au Canada. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Patients should be advised to abstain from sexual intercourse until 14 days after the start of treatment, and until symptoms have resolved (Where azithromycin has been used this is especially important because of its long half-life, and is likely to reduce the risk of selecting/inducing macrolide resistance if the patient is re-exposed to <i>M. genitalium</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Patients with <i>M. genitalium</i> infection should be advised to abstain from unprotected sexual contact until they and their partners have completed treatment, their symptoms have resolved, and their test of cure (TOC) is negative.

Tableau F-7 Intervention auprès des partenaires (2021)

LDC 2020	BASHH 2019	IUSTI 2016
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bien qu'il n'y ait pas suffisamment de données probantes pour formuler des recommandations concernant la notification systématique des partenaires, le traitement des partenaires actuels doit être envisagé (peu importe les symptômes) pour prévenir la réinfection du cas index. Traiter les partenaires sexuels actuels avec le même régime thérapeutique que le cas index. ▶ Les personnes ayant reçu un diagnostic d'infection à <i>M. genitalium</i> et leurs partenaires sexuels devraient utiliser une méthode de barrière lors de toute activité sexuelle, jusqu'à la fin du traitement de la personne et de tous ses partenaires actuels. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Only current partner(s) (including non regular partners where there is likely to be further sexual contact) should be tested and treated if positive. This is to reduce the risk of re-infection to the index patient. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Recent sexual contacts (previous 3 months) should be contacted and offered testing for <i>M. genitalium</i> infection and testing for other STIs.

Tableau F-8 Manifestations cliniques (mise à jour 2022)

GPC	
IUSTI 2022	CDC 2021
<p><i>Urogenital infections</i></p> <p>Symptoms and signs in women</p> <ul style="list-style-type: none"> • Among STI clinic attendees and in the general population, 40–75% of <i>M. genitalium</i> infections are asymptomatic. • Symptoms are related to cervical and urethral infection and include increased or altered vaginal discharge (<50%), dysuria or micturition urgency (30%) and intermenstrual or post coital bleeding or menorrhagia. • Mucopurulent cervicitis and urethritis. • Rectal and pharyngeal infections are usually asymptomatic. • Lower abdominal pain (<20%) should raise suspicion of PID. <p>Complications in women</p> <ul style="list-style-type: none"> • PID (endometritis, salpingitis) • Tubal factor infertility (probably, further studies needed) • Adverse pregnancy outcome (possibly, further studies needed) • Sexually acquired reactive arthritis (SARA) may occur. <p>Symptoms and signs in men</p> <ul style="list-style-type: none"> • 70% of <i>M. genitalium</i> infections are symptomatic in STI clinic settings • In the general population, less than 5% of those infected report symptoms. • Urethritis (acute, persistent and recurrent) • Dysuria • Urethral discharge • Proctitis • Balanoposthitis has been associated with <i>M. genitalium</i> infection in one study. <p>Complications in men</p> <ul style="list-style-type: none"> • SARA may occur. • Epididymitis may occur. 	<p>Among men</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>M. genitalium</i> causes symptomatic and asymptomatic urethritis among men. Data are insufficient to implicate <i>M. genitalium</i> infection with chronic complications among men (e.g., epididymitis, prostatitis, or infertility). The consequences of asymptomatic infection with <i>M. genitalium</i> among men are unknown. <p>Among women</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>M. genitalium</i> has been associated with cervicitis, PID, preterm delivery, spontaneous abortion, and infertility, with an approximately twofold increase in the risk for these outcomes among women infected with <i>M. genitalium</i>. • <i>M. genitalium</i> infections among women are also frequently asymptomatic, and the consequences associated with asymptomatic <i>M. genitalium</i> infection are unknown.

GPC

IUSTI 2022	CDC 2021
<p>Ocular infections</p> <ul style="list-style-type: none"> Ocular infections can result in conjunctivitis in adults but has not been systematically studied. Neonatal conjunctivitis has not been systematically studied. <p>Pregnancy</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>M. genitalium</i> infections during pregnancy may be associated with a modest increase in the risk of spontaneous abortion and preterm birth. <p>Indications for laboratory testing</p> <p>Symptoms and signs (Grade 1B)</p> <ul style="list-style-type: none"> Symptoms or signs of urethritis in men Mucopurulent cervicitis Intermenstrual or post-coital bleeding Dysuria with no known other aetiology in women Acute pelvic pain and/or PID Acute epididymo-orchitis in a male aged <50 years Proctitis after exclusion of <i>N. gonorrhoeae</i> and <i>C. trachomatis</i> as causative pathogens <p>Risk factors</p> <ul style="list-style-type: none"> On-going sexual contacts of persons being treated for <i>M. genitalium</i> infection (Grade 1B). Before termination of pregnancy, testing could be considered (Grade 2B). 	

Tableau F-9 Étiologie (mise à jour 2022)

GPC	
IUSTI 2022	CDC 2021
<ul style="list-style-type: none"> • <i>M. genitalium</i> infection is unequivocally associated with male non-gonococcal urethritis (NGU) and is even more strongly associated with non-chlamydial non-gonococcal urethritis (NCNGU). • The prevalence of <i>M. genitalium</i> in men with NCNGU ranges from 10% to 35%, thus contributing significantly to the overall burden of disease. In comparison, <i>M. genitalium</i> is detected in only 1% to 3.3% of men and women in the general population. • In women, several studies have demonstrated the association between <i>M. genitalium</i> and urethritis, cervicitis, endometritis and pelvic inflammatory disease (PID). • Persistence of <i>M. genitalium</i> after treatment is associated with recurrent or persistent NGU, and up to 40% with this condition are <i>M. genitalium</i> positive. • <i>M. genitalium</i> has been shown to facilitate HIV transmission, in particular in studies from Sub-Saharan Africa. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>M. genitalium</i> is the etiology of approximately 15%–20% of NGU, 20%–25% of nonchlamydial NGU, and 40% of persistent or recurrent urethritis. • <i>M. genitalium</i> can be detected among 10%–30% of women with clinical cervicitis. <i>M. genitalium</i> is identified in the cervix or endometrium of women with PID more often than in women without PID. Prevalence of <i>M. genitalium</i> among women with PID ranges from 4% to 22% and was reported as 60% in one study of women with postabortal PID. The associations of <i>M. genitalium</i> with cervicitis and PID in cross-sectional studies using NAAT testing are consistent. • Data from case-control serologic studies and a meta-analysis of clinical studies indicate a potential role in causing infertility. However, seroassays are suboptimal and inconclusive. Similarly, evidence for a role for <i>M. genitalium</i> infection during pregnancy as a cause of perinatal complications, including preterm delivery, spontaneous abortion, or low birthweight, are conflicting because evidence is insufficient to attribute cause. Data are limited regarding ectopic pregnancy and neonatal <i>M. genitalium</i> infection. • Rectal infection with <i>M. genitalium</i> has been reported among 1%–26% of MSM and among 3% of women. Rectal infections often are asymptomatic, although higher prevalence of <i>M. genitalium</i> has been reported among men with rectal symptoms. Similarly, although asymptomatic <i>M. genitalium</i> has been detected in the pharynx, no evidence exists of it causing oropharyngeal symptoms or systemic disease. • Urogenital <i>M. genitalium</i> infection is associated with HIV among both men and women; however, the data are from case-control and cross-sectional studies. • Risk for HIV infection is increased among women with <i>M. genitalium</i>, and evidence indicates that HIV shedding occurs more often among persons with <i>M. genitalium</i> and HIV infection who are not taking ART than among persons without <i>M. genitalium</i>.

Tableau F10 Principes de traitement (mise à jour 2022)

GPC	
IUSTI 2022	CDC 2021
<ul style="list-style-type: none"> • Treatment of individuals with <i>M. genitalium</i> urogenital infection prevents sexual transmission and is likely to reduce the risk of complications, including PID5 and tubal-factor infertility. • Only a few antimicrobial classes have activity against mycoplasmas including tetracyclines, macrolides, fluoroquinolones and streptogramins. <p>Indications for therapy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detection of <i>M. genitalium</i> -specific nucleic acid in a clinical specimen (Grade 1B) • Current partners of <i>M. genitalium</i> -positive patients should be tested and treated with the same antimicrobial as the index patient (Grade 1B) <p>Pregnancy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Although little is known about transmission during birth, the neonate should be observed for signs of infection, primarily conjunctivitis and respiratory tract infection (Grade 1D). 	<ul style="list-style-type: none"> • Men with recurrent NGU should be tested for <i>M. genitalium</i> using an FDA-cleared NAAT. • Women with recurrent cervicitis should be tested for <i>M. genitalium</i>, and testing should be considered among women with PID. • If resistance testing is available, it should be performed and the results used to guide therapy. Testing should be accompanied with resistance testing, if available. • Screening of asymptomatic <i>M. genitalium</i> infection among women and men or extragenital testing for <i>M. genitalium</i> is not recommended. In clinical practice, if testing is unavailable, <i>M. genitalium</i> should be suspected in cases of persistent or recurrent urethritis or cervicitis and considered for PID.

Tableau F-11 Traitement pharmacologique (mise à jour 2022)

GPC	
IUSTI 2022	CDC 2021
<p>Therapy</p> <p>Therapy for <i>M. genitalium</i> is indicated if <i>M. genitalium</i> is detected. Doxycycline has a cure rate of 30–40%, but resistance is not increasing. Azithromycin has a cure rate of 85–95% in macrolide-susceptible infections. An extended course of azithromycin appears to have a higher cure rate, and pre-treatment with doxycycline may decrease organism load and the risk of macrolide resistance selection. Moxifloxacin can be used as second-line therapy but resistance is increasing.</p> <p>Recommended treatment for uncomplicated <i>M. genitalium</i> infection in the absence of macrolide resistance mutations or resistance testing</p>	<p>Recommended Regimens if <i>M. genitalium</i> Resistance Testing Is Available</p> <p><u>If macrolide sensitive:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline 100 mg orally 2 times/day for 7 days, followed by azithromycin 1 g orally initial dose, followed by 500 mg orally once daily for 3 additional days (2.5 g total) <p><u>If macrolide resistant:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline 100 mg orally 2 times/day for 7 days followed by moxifloxacin 400 mg orally once daily for 7 days

GPC

IUSTI 2022	CDC 2021
<ul style="list-style-type: none"> • Azithromycin 500 mg on day one, then 250 mg od days 2–5 (oral) (Grade 1B) • Josamycin 500 mg 3 times daily for 10 days (oral) (Grade 2C) <p>Recommended treatment for uncomplicated <i>M. genitalium</i> infection in the presence of macrolide resistance mutations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moxifloxacin 400 mg od for 7 days (oral) (Grade 1B) <p>Recommended second-line treatment for uncomplicated persistent <i>M. genitalium</i> infection after azithromycin treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moxifloxacin 400 mg od for 7 days (oral) (Grade 1B) <p>Recommended third-line treatment for persistent <i>M. genitalium</i> infection after azithromycin and moxifloxacin treatment</p> <p>No optimal therapies can be suggested at present. Pristinamycin is the best evaluated third-line treatment but has only approximately 75% cure rate.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pristinamycin 1 g four times daily for 10 days (oral) (Grade 1B) • Minocycline 100 mg two times daily for 14 days (oral) is more active than doxycycline and was shown to have a microbiological cure rate of 71% among 35 evaluable patients and this is supported by in vitro data (Jensen JS, unpublished). However, no systematic comparisons have been performed (Grade 2B). • Doxycycline 100 mg two times daily for 14 days (oral) may eradicate <i>M. genitalium</i> from approximately 30–40% of the patients, but the patient must be informed about the poor eradication rate and agree to comply with advice regarding sexual abstinence or condom use (Grade 2B). • Lefamulin has recently been registered in Europe for community-acquired bacterial pneumonia. It is highly active in vitro against <i>M. genitalium</i> with combined macrolide and fluoroquinolone resistance; however, only anecdotal experience with treatment of <i>M. genitalium</i> is available. (Grade 2D). <p>Recommended treatment for complicated <i>M. genitalium</i> infection (PID, epididymitis)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moxifloxacin 400 mg od for 14 days (oral) (Grade 1C). 	<p>Recommended Regimen if <i>M. genitalium</i> Resistance Testing Is Not Available</p> <p>If <i>M. genitalium</i> is detected by an FDA-cleared NAAT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline 100 mg orally 2 times/day for 7 days, followed by moxifloxacin 400 mg orally once daily for 7 days <p>The rationale for this approach is that although not curative, doxycycline decreases the <i>M. genitalium</i> bacterial load, thereby increasing likelihood of moxifloxacin success. Higher doses of azithromycin have not been effective for <i>M. genitalium</i> after azithromycin treatment failures.</p> <p>Sex partners of patients</p> <p>with symptomatic <i>M. genitalium</i> infection can be tested, and those with a positive test can be treated to possibly reduce the risk for reinfection. If testing the partner is not possible, the antimicrobial regimen that was provided to the patient can be provided.</p>

GPC	
IUSTI 2022	CDC 2021
<p>Pregnancy</p> <p>In macrolide susceptible <i>M. genitalium</i> infections, a five-day-course of azithromycin is generally acceptable. The choice of drugs for macrolide-resistant infections is difficult, and the risk associated with treatment using available antibiotics may outweigh the risk of adverse pregnancy outcome. Thus, treatment, especially in women with infection with a macrolide-resistant <i>M. genitalium</i> strain, may be postponed until after delivery. Pristinamycin is considered safe in pregnancy and may be considered in symptomatic women after specialist consultation. (Grade 1D).</p>	

Tableau F-12 Suivi (mise à jour 2022)

GPC	
IUSTI 2022	CDC 2021
<p>Follow-up and test of cure (TOC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • A TOC should be considered in all patients due to the high prevalence of resistance present either pre-treatment or developing during treatment and due to the subsequent risk for spread of resistance in the community (Grade 2C). • TOC samples should be collected no earlier than three weeks after completion of treatment (Grade 1B). • In patients responding to treatment, <i>M. genitalium</i> will be undetectable within one week in most patients, but tests may become temporarily false negative in patients failing treatment due to a transient reduction in bacterial load. 	<p>Test of cure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test of cure is not recommended for asymptomatic persons who received treatment with a recommended regimen. In settings in which <i>M. genitalium</i> testing is available, persons with persistent urethritis, cervicitis, or PID accompanied by detection of <i>M. genitalium</i> should be treated with moxifloxacin. <p>Men with persistent or recurrent NGU after treatment for <i>M. genitalium</i> or <i>T. vaginalis</i> should be referred to an infectious disease or urology specialist.</p>

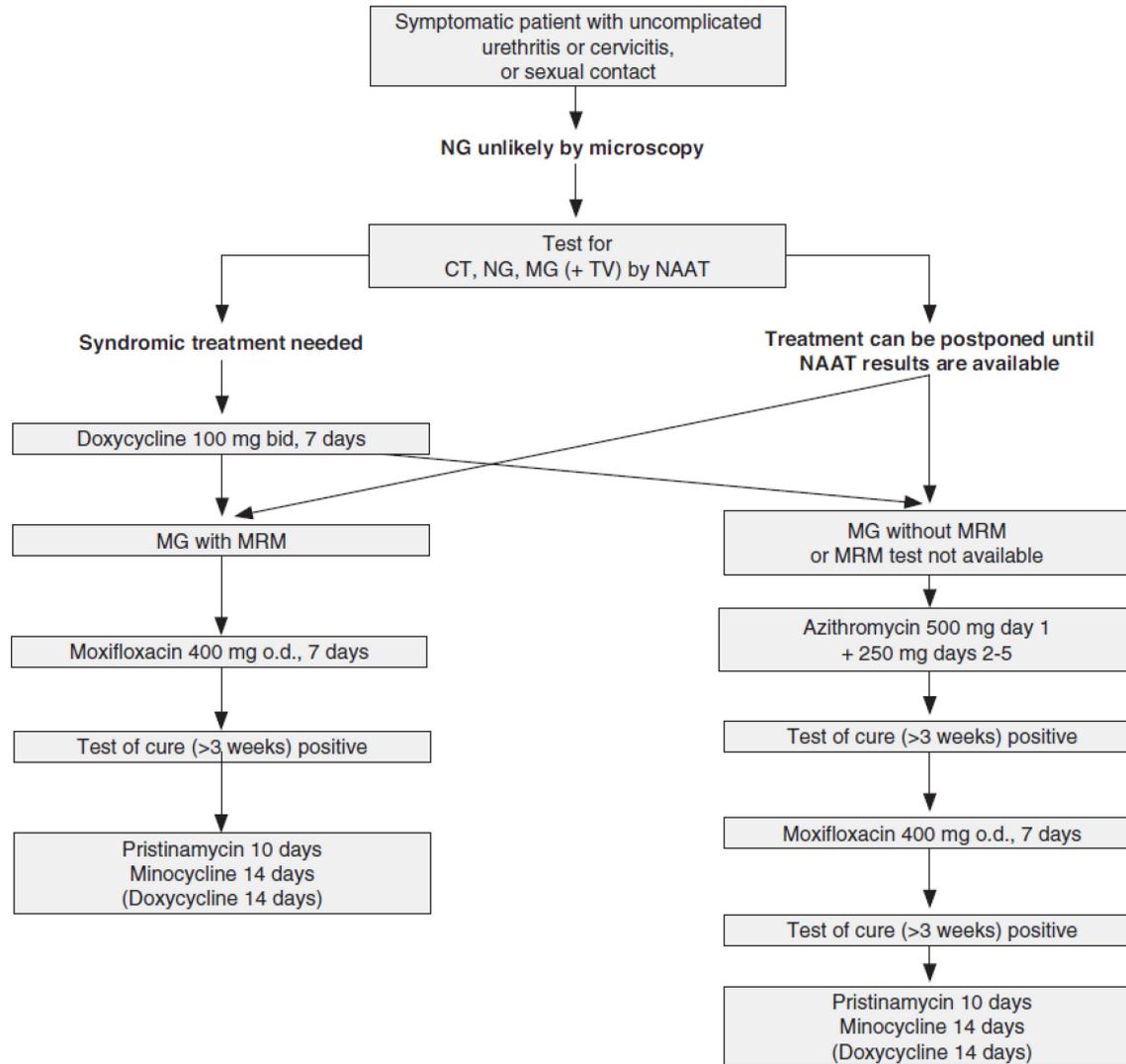
Tableau F-13 Intervention auprès de la personne atteinte (mise à jour 2022)

GPC	
IUSTI 2022	CDC 2021
<p>Information, explanation and advice for the patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients with <i>M. genitalium</i> infection should be advised to abstain from unprotected sexual contact until they and their partners have completed treatment, their symptoms have resolved, and their test of cure (TOC) is negative (Grade 1D). • Patients with <i>M. genitalium</i> infection (and their sexual contacts) should be given information about the infection, including details about transmission, prevention and complications. It is recommended that both verbal and written information be provided. (Grade 1D). • Patients with <i>M. genitalium</i> infection should be screened for other STIs, including <i>C. trachomatis</i>, <i>N. gonorrhoeae</i>, syphilis and HIV, plus <i>T. vaginalis</i> where appropriate (Grade 1D). • <i>M. genitalium</i> infections during pregnancy may be treated with azithromycin or pristinamycin. Treatment may be postponed until after delivery, but the neonate should be observed for signs of infection, primarily conjunctivitis and respiratory tract infection (Grade 1D) 	<p>HIV Infection</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persons who have <i>M. genitalium</i> and HIV infection should receive the same treatment regimen as those persons without HIV. <p>To minimize transmission and reinfections, men treated for NGU should be instructed to abstain from sexual intercourse until they and their partners have been treated</p>

Tableau F-14 Intervention auprès des partenaires (mise à jour 2022)

GPC	
IUSTI 2022	CDC 2021
<ul style="list-style-type: none"> • Current partner(s) (i.e. one or more partners with whom the index patient has recently had unprotected sex and with whom the patient will continue to have sex) should always be tested and treated with the same antimicrobial as the index patient (Grade 2B). 	<ul style="list-style-type: none"> • Recent studies report a high concordance of <i>M. genitalium</i> among partners of males, females, and MSM; however, no studies have determined whether reinfection is reduced with partner treatment. • Sex partners of patients with symptomatic <i>M. genitalium</i> infection can be tested, and those with a positive test can be treated to possibly reduce the risk for reinfection. If testing the partner is not possible, the antimicrobial regimen that was provided to the patient can be provided.

Figure F-1 Résumé du diagnostic et du traitement de *Mycoplasma genitalium* IUSTI 2022



ANNEXE G

Processus et méthode d'élaboration

Tableau G-1 Formulation des recommandations cliniques

Niveau de consensus basé sur l'ensemble de la preuve	Interprétation des recommandations	Directive pour la formulation de la recommandation
<p>Le groupe de travail est certain que l'intervention ou la décision est :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ associée à une obligation légale ✓ peut avoir des conséquences sérieuses sur la santé ou le bien-être de la population si elle n'est pas appliquée. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour la pratique L'intervention <u>doit ou ne doit pas être appliquée</u> à l'ensemble des patients, usagers ou proches aidants. ▪ Pour les décideurs publics La recommandation <u>doit ou ne doit pas être appliquée</u> à l'ensemble des situations. 	<p>La recommandation est formulée comme une norme ou une obligation, en utilisant le verbe « devoir ».</p>
<p>Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé, que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ pour la grande majorité des situations, des patients, usagers ou proches aidants, les bénéfices l'emportent sur les inconvénients ou l'inverse; ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour la pratique L'intervention <u>devrait ou ne devrait pas être appliquée</u> à la grande majorité des patients, usagers ou proches aidants, dans la majorité des situations. ▪ Pour les décideurs publics La recommandation <u>devrait être appliquée</u> à l'ensemble des situations. 	<p>La recommandation est formulée comme une instruction directe, en utilisant le verbe « devoir » à la forme conditionnelle, suivi d'un verbe d'action. <i>Exemples : « l'intervention X devrait être offerte ... », « ...devrait être proposée... », « le clinicien devrait discuter ... » « ...est fortement suggérée », '...est non conseillée...'. '...ne permet pas de soutenir... »</i></p>
<p>Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ pour la grande majorité des situations, des patients, usagers ou proches aidants, les bénéfices l'emportent sur les inconvénients ou l'inverse, ✓ mais que d'autres options d'intervention ou d'autres choix décisionnels tout aussi efficaces, mais moins dispendieux sont disponibles et peuvent être considérées. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour la pratique L'intervention <u>pourrait ou ne pourrait pas être appliquée</u> selon les circonstances cliniques, les valeurs ou les préférences des patients, usagers ou proches aidants. ▪ Pour les décideurs publics La recommandation <u>pourrait être</u> appliquée selon le contexte organisationnel. 	<p>La recommandation est formulée comme une instruction directe; en utilisant un verbe « pouvoir » à la forme conditionnelle, <i>Exemple : « l'intervention X pourrait considérer ... »; « l'usage de ...pourrait être considérée ... »</i></p>

Niveau de consensus basé sur l'ensemble de la preuve	Interprétation des recommandations	Directive pour la formulation de la recommandation
<p>Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé que :</p> <p>✓ Malgré un niveau de preuve scientifique insuffisant. Les données expérientielles sont suffisantes pour l'élaboration d'une recommandation applicable à la plupart des patients, usagers ou proches aidants; ou à certains choix décisionnels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour la pratique L'intervention <u>pourrait être considérée au cas par cas</u> selon les circonstances cliniques, les préférences et les valeurs des patients, usagers ou proches aidants. ▪ Pour les décideurs publics Le choix décisionnel <u>pourrait être considéré au cas par cas</u> selon le contexte organisationnel. 	<p>Le verbe « considérer » est utilisé.</p>

ANNEXE H

Traitement des commentaires des lecteurs externes

Tableau H-1 Grille d'évaluation à l'intention des lecteurs externes

Dossier : Élaboration d'un guide d'usage optimal (GUO) sur les infections confirmées à *Mycoplasma genitalium*
Lecteur :

Ce guide vise à vous assister dans votre travail de révision des documents en présentant les différents éléments à examiner. Nous vous demandons d'y inscrire directement vos commentaires.
Merci de votre collaboration.

1. CONTENU GÉNÉRAL

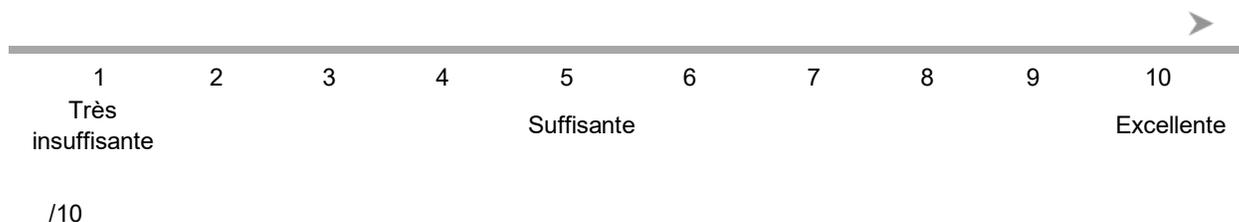
- 1.1. Les informations dans le GUO sont-elles bien présentées et faciles à lire?
- 1.2. La méthodologie vous semble-t-elle appropriée pour l'élaboration d'un GUO (voir rapport en soutien et rapport de revue systématique (état des connaissances))?
- 1.3. Les recommandations du GUO sont-elles applicables dans le contexte québécois actuel?
- 1.4. Considérez-vous que ce GUO est un bon outil pour l'usage optimal des antibiotiques?
- 1.5. Les éléments de réflexion menant aux recommandations du GUO sont-ils tous présents (voir rapport en soutien et rapport de revue systématique (état des connaissances))?
- 1.6. Le contenu du GUO est-il accessible pour un lecteur non spécialiste?
- 1.7. Les références sont-elles d'actualité?

2. CONTENU SPÉCIFIQUE

Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections du GUO pour lesquelles vous avez une expertise particulière.

3. QUALITÉ SCIENTIFIQUE

De façon globale, sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous la qualité scientifique du GUO?



4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES

- 4.1. Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général pourraient bénéficier des informations contenues dans ce GUO?

Tableau H-2 Traitement des commentaires des lecteurs externes GUO (2021)

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Lecteur externe 1	
<u>QUALITÉ SCIENTIFIQUE = 10/10</u>	
1. <u>CONTENU GÉNÉRAL</u>	
1.1. Oui, très bien présenté : concis, précis, pertinent!	Aucune action requise.
1.2. Toujours de haut niveau. Travail en amont de la réalisation du guide est irréprochable.	Aucune action requise.
1.3. Oui, tout à fait! Malgré la faible fréquence de ces infections, il est important que l'usage des antibiotiques requis soit bien balisé surtout dans le contexte de la résistance aux macrolides.	Aucune action requise.
1.4. Tout à fait. Facile à consulter dans la réalité de terrain.	Aucune action requise.
1.5. OK	Aucune action requise.
1.5. Belle vulgarisation pour un néophyte. Pas de détails superflus. Outil très convivial.	Aucune action requise.
1.6. Belle revue de littérature actuelle.	Aucune action requise.
2. <u>CONTENU SPÉCIFIQUE</u>	
2.1. Rien à ajouter.	Aucune action requise.
2.2. En termes de présentation, je crois que l'entête du tableau présentant les antibiotiques gagnerait à être plus clair. On ne voit pas d'un premier coup d'œil que cela concerne l'homme et la femme. Comme l'accent est mis sur la grossesse et allaitement, cela peut laisser croire à tort que cela concerne les femmes seulement.	Une section sur les femmes enceintes ou qui allaitent sera ajoutée dans le corps du tableau de traitement afin de rendre le tout plus clair. L'accent ne sera ainsi plus sur la grossesse et l'allaitement dans l'en-tête du tableau.
4. <u>TRANSFERT DE CONNAISSANCES</u>	
4.1. Md : omni et spécialistes, Infirmières : milieu communautaire (CLSC), scolaire, GMF, Pharmaciens communautaires, Pharmaciens qui sont enseignants à l'université, TS.	Aucune action requise.
Lecteur externe 2	
<u>QUALITÉ SCIENTIFIQUE= 10/10</u>	
1. <u>CONTENU GÉNÉRAL</u>	
1.1. Oui. La mise en page de la première page du GUO est difficile à lire, mais je suis certaine que ce sera corrigé en version finale.	Le document subira un processus complet d'infographie, après la lecture externe, ce qui corrigera la situation.
1.2. Oui.	Aucune action requise.
1.3. Je crois que oui.	Aucune action requise.
1.4. Oui, tout à fait.	Aucune action requise.
1.5. Oui et très bien élaborés.	Aucune action requise.
1.6. Oui, selon moi.	Aucune action requise.
1.7. Oui au maximum du possible	Aucune action requise.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>2. <u>CONTENU SPÉCIFIQUE</u></p> <p>2.1. Il serait intéressant de nommer le traitement pour les 14 à 18 ans ou les 16 à 18 ans, car on en voit en clinique. Sinon, dans la pratique actuelle, je crois que les recommandations sont applicables facilement.</p>	<p>Les recommandations du GUO s'appliquent aux personnes de 14 ans et plus, tel que cela est mentionné dans l'en-tête du GUO.</p>
<p>2.2. Je trouve cet outil très pertinent et je l'attendais avec impatience, car je vois de plus en plus de cas de <i>Mycoplasma genitalium</i> dans ma pratique de planning / ITSS.</p>	<p>Aucune action requise.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES</p> <p>4.1. Omnipraticiens, gynécologues, urologues, IPS, pharmaciens</p>	Aucune action requise.
Lecteur externe 3	
QUALITÉ SCIENTIFIQUE= 7,5/10	
<p>1. CONTENU GÉNÉRAL</p> <p>1.1. Les informations contenues dans le GUO sont bien présentées avec un visuel semblable aux autres GUO sur le traitement pharmacologique des ITSS de l'INESSS montrant une belle continuité dans la série de GUO. Les informations sont concises et facile à lire et comprendre.</p>	Aucune action requise.
<p>1.2. La méthodologie utilisée inclut la révision de trois guides et normes de pratiques cliniques de sociétés reconnues et une revue systématique incluant 25 études de cohortes, 6 essais cliniques, 3 séries de cas et 3 revues systématiques dont le processus de sélection est transparent et utilise des critères pertinents. L'appréciation de la preuve scientifique de la revue systématique sur l'état des connaissances dans le traitement de l'infection à <i>M. genitalium</i> a été évaluée selon des critères standards pour ce type de revue. L'estimation de la qualité de la preuve scientifique des énoncés contenus dans le GUO par le comité me semble juste. Il est malheureux que la qualité de la preuve scientifique sur laquelle sont basés les énoncés soit en général faible et que dans plusieurs études revues, la comparaison directe entre deux traitements n'était pas possible et que dans la majorité des études, seulement la guérison microbiologique était considérée sans données sur la guérison clinique. Mais c'est la littérature dont on dispose.</p>	Aucune action requise.
<p>1.3. Les recommandations du GUO sont bien adaptées au contexte québécois, particulièrement au fait que lors du traitement initial d'une infection confirmée à <i>M. genitalium</i> nous n'avons pas de résultat de la recherche de la résistance. Aussi, avec la dernière mise à jour des GUO sur l'approche syndromique qui met la doxycycline en lieu de l'azithromycine pour le traitement préféré de l'urétrite et la cervicite non-complicquées; nous serons plus en mesure de voir l'azithromycine multidoses donnée en première ligne aux infections à <i>M. genitalium</i> diagnostiquées après une non-réponse à un traitement syndromique. J'ai été ravi d'apprendre que la moxifloxacine a été ajoutée récemment à la liste du programme de gratuité des traitements en lien avec les ITSS.</p>	Aucune action requise.
<p>1.4. Oui, et comme <i>M. genitalium</i> est un pathogène encore considéré « émergent » qui est moins connu, ce GUO sera un outil simple et facilement compréhensible pour que les praticiens de première ligne moins à l'aise avec les ITSS se familiarisent avec cette infection et sa prise en charge.</p>	Aucune action requise.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>1.5. Le rapport en soutien au guide d'usage optimal est clair et relate très bien les raisonnements qui sous-tendent les décisions prises par le comité consultatif.</p> <p>Le document sur l'état des connaissances est clair et la méthodologie est appropriée tel que déjà noté au point 1.2.</p> <p>Commentaires spécifiques:</p> <p>-Puisque notre guide s'applique à des personnes symptomatiques pour lesquelles un test de laboratoire démontre une infection à <i>M. genitalium</i>, il aurait été intéressant dans les tableaux synthèses qui décrivent les résultats des études révisées, de mettre si les patients inclus dans les études étaient symptomatiques et quel était le site infecté pour pouvoir se faire une meilleure idée de l'efficacité des traitements chez les individus symptomatiques qui sont ceux qui font l'objet du GUO. Par exemple, au tableau 3, la première étude mentionnée (Gambini) est clairement chez des patients symptomatiques puisqu'on mentionne qu'il s'agit d'hommes avec urétrite non gonococcique. Alors que pour les deuxièmes et troisièmes études mentionnées (Bjornelius et Mena), il n'est pas mentionné s'il s'agit de patients symptomatiques ou non, et nous ne savons pas quels sont les sites d'infections des patients qui sont inclus dans les études. En lisant l'article de Bjornelius, on réalise que la majorité des personnes incluses étaient symptomatiques, mais que certains étaient des contacts asymptomatiques de patients symptomatiques. Et que les sites testés étaient l'urine chez les hommes et des écouillons cervicaux chez les femmes. Et en lisant l'article de Mena, il s'agit de patients avec urétrite donc symptomatiques; c'eût été pertinent d'avoir ces détails dans les tableaux pour avoir une image plus précise de la généralisabilité des résultats à la population visée par le GUO. Cela n'aurait ultimement probablement pas changé le contenu des recommandations du GUO cependant, à mon avis.</p> <p>-Au tableau 6, on inclut une étude (Ong) qui porte essentiellement sur la proctite qui n'est pas un syndrome clinique dont le guide fait mention; il faudrait peut-être le mentionner dans le texte du rapport. Quoi qu'il en soit les données demeurent pertinentes.</p> <p>-Aussi, on préfère maintenant « HARSAH » à « hommes homosexuels » dans le langage habituel en ITSS (tableaux 6 et 7).</p>	<p>-La revue systématique portait sur l'efficacité et l'innocuité des antibiotiques utilisés pour le traitement d'une infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i>. Le critère de sélection des études était basé sur la présence d'une confirmation de l'infection par <i>Mycoplasma genitalium</i> plutôt que sur la présence ou non de symptômes, c'est pourquoi l'emphase n'a pas été mise sur ce dernier élément lors de l'extraction des données des études.</p> <p>-Il sera précisé, dans l'état des connaissances (rapport de revue systématique), que l'étude de Ong porte sur des personnes souffrant de rectite.</p> <p>-Aux tableaux 6 et 7 de l'état des connaissances (rapport de revue systématique), le terme « HARSAH » sera utilisé en remplacement des termes « hommes homosexuels ».</p>
<p>1.6. Oui, il est facile à lire et à comprendre.</p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>1.7. La revue systématique repose sur des références récentes.</p>	<p>Aucune action requise.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>2. CONTENU SPÉCIFIQUE</p> <p>2.1. Commentaires spécifiques (Section PRISE EN CHARGE) :</p> <p>-Merci d'avoir spécifié que le traitement de l'infection à <i>M. genitalium</i> ne doit être administré que lorsque l'infection est documentée par un test de laboratoire, et non lorsque l'infection est suspectée, mais que le test de laboratoire est négatif. Une telle recommandation aurait probablement mené à une administration abusive d'antibiotiques.</p> <p>-Je me questionne sur l'utilité de la phrase : « Il peut être justifié, dans certaines situations, de rechercher des partenaires sur une plus longue période. » J'ai l'impression que cette phrase va générer des questionnements ou incertitudes plus qu'aider les praticiens moins à l'aise avec les ITSS dans la prise en charge. Je n'aurais pas mis cette phrase.</p>	<p>-Aucune action requise.</p> <p>-Concernant les situations pour lesquelles les partenaires doivent être recherchés sur une plus longue période, la phrase sera retirée du GUO, avec l'accord des membres du comité consultatif, puisqu'effectivement, elle ne concerne que de rares exceptions.</p>
<p>2.2. Commentaires spécifiques (Section TRAITEMENT) :</p> <p>-Je trouve un peu inhabituel qu'on mentionne un antibiotique qui n'est pas disponible au Canada dans un GUO pour la première ligne, quoique je comprenne qu'on veuille donner l'exemple qu'il y a des traitements alternatifs à donner en cas de résistance documentée aux quinolones.</p> <p>-La précision concernant les infections compliquées qui inclut l'orchi-épididymite est très pertinente.</p>	<p>-Comme certaines données recensées dans la revue de la littérature soutiennent l'utilisation de cet antibiotique (pristinamycine) pour traiter une infection à <i>Mycoplasma genitalium</i>, les membres du comité consultatif étaient à l'aise d'aborder cet antibiotique dans le GUO même s'il n'est pas disponible au Canada. Ça permet de donner un indice quant à un traitement considéré comme efficace qui pourrait être prescrit à la suite de la consultation d'un collègue expérimenté dans une situation de résistance suspectée ou démontrée aux fluoroquinolones.</p> <p>-Aucune action requise.</p>
<p>4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES</p> <p>4.1. Infirmières praticiennes, infirmières cliniciennes qui évoluent dans un environnement où des ordonnances collectives encadrent leur pratique, médecins de famille, médecins spécialistes (microbiologistes-infectiologues, urologues, gynécologues), résidents en médecine, étudiants en médecine (externes et étudiants au pré-clinique).</p>	<p>Aucune action requise.</p>

Tableau H-3 Traitement des commentaires des lecteurs externes (mise à jour 2022)

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Lecteur externe 1	
QUALITÉ SCIENTIFIQUE = 8.5/10	
2. <u>CONTENU GÉNÉRAL</u>	
2.6. Les informations mises à jour sont présentées de façon clairement lisible et non équivoque.	Aucune action requise.
<p>2.7. La méthodologie de la mise à jour consiste en une revue de guides et normes de pratiques publiées par des sociétés reconnues. Deux nouveaux documents ont été retenus par rapport à la version de 2021.</p> <p>Cette révision n'a pas inclus de mise à jour de la revue systématique de la version 2021, mais les études charnières sur la thérapie séquentielle guidée par la résistance « resistance-guided therapy » comme celles de Read en 2019 et celle de Dukuran en 2020 étaient déjà incluses dans la revue systématique de la version 2021 du guide.</p> <p>Malgré le fait que le changement majeur de la version 2022 du GUO soit l'introduction de la thérapie séquentielle, les données d'études primaires recensées pour la version 2021 en plus des deux nouveaux guides et normes révisés pour mise à jour suffisent amplement pour recommander la thérapie séquentielle et guidée par la résistance lorsque possible.</p>	Aucune action requise.
2.8. Oui, mais on espère que la démocratisation des TAAN pour la détection de <i>M. genitalium</i> et ses mutations de résistance se produise dans les plus brefs délais au Québec afin que les cliniciens puissent faire une « vraie » thérapie guidée par la résistance. Cet accès devient de plus en plus urgent, afin de pouvoir préserver l'efficacité de la moxifloxacine et ainsi éviter aux cliniciens d'avoir à faire des demandes d'accès pour des antibiotiques non commercialisés au Canada comme la pristinamycine; un processus qui est fastidieux pour les cliniciens qui retarde un traitement efficace pour les patients.	Aucune action requise.
2.9. Oui, le fait d'insister sur le fait de ne pas prescrire de moxifloxacine en première intention pour tous s'inscrit dans un effort d'antibiogouvernance. Aussi, la thérapie séquentielle permet potentiellement une moins grande proportion d'urgences de résistance pertraitement.	Aucune action requise.
2.10. Oui.	Aucune action requise.
2.11. Oui, la section mise à jour est très facile à comprendre.	Aucune action requise.
2.12. Une nouvelle revue systématique aurait potentiellement recensé plus de références récentes, mais comme mentionné précédemment, les études charnières concernant la thérapie séquentielle étaient déjà incluses dans la revue systématique faite lors de l'élaboration initiale du guide.	Aucune action requise.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Compte tenu de l'urgence de mettre le guide à jour, c'est tout à fait approprié.</p>	
<p>3. CONTENU SPÉCIFIQUE</p> <p>3.1. Je me suis questionné sur les données qui appuient le 14 jours dans la phrase : « Lorsque la doxycycline a été employée comme traitement de première intention pour une infection non compliquée et que les résultats d'analyses microbiologiques révèlent la présence de <i>M. genitalium</i>, la doxycycline ne devrait pas être répétée si le délai entre la fin du traitement avec la doxycycline et l'amorce de l'azithromycine ou la moxifloxacine est inférieur à 14 jours ».</p> <p>Je vois que cette durée est tirée d'une des recommandations du guide de BASHH qui n'est pas référencée. Cela dit, ces 14 jours entre la fin du traitement à la doxycycline et l'amorce du traitement m'apparaît raisonnable, surtout avec les délais actuels pour recevoir les résultats de tests actuellement dans le réseau. Cela dit, je me demande si cette section ne devrait pas inclure l'élément suivant : « L'azithromycine ou la moxifloxacine devrait idéalement être administrée le plus rapidement possible après la doxycycline ».</p> <p>Par exemple :</p> <p>« Lorsque la doxycycline a été employée comme traitement de première intention pour une infection non compliquée et que les résultats d'analyses microbiologiques révèlent la présence de <i>M. genitalium</i>, l'azithromycine ou la moxifloxacine devrait idéalement être administrée le plus rapidement possible après la doxycycline. La doxycycline ne devrait pas être répétée si le délai entre la fin du traitement avec la doxycycline et l'amorce de l'azithromycine ou la moxifloxacine est inférieur à 14 jours ».</p>	<p>L'ensemble des références utilisées pour l'élaboration du GUO, qui incluent le BASHH 2019, sont citées dans le rapport en soutien. Pour éviter d'alourdir le guide, la mention « Pour consulter les références, voir le rapport en soutien au GUO » est présente à la fin du document dans la section Référence.</p> <p>Selon votre recommandation et les commentaires du comité consultatif, la phrase :</p> <p><i>« Lorsque la doxycycline a été employée comme traitement de première intention pour une infection non compliquée et que les résultats d'analyses microbiologiques révèlent la présence de M. genitalium, la doxycycline ne devrait pas être répétée si le délai entre la fin du traitement avec la doxycycline et l'amorce de l'azithromycine ou la moxifloxacine est inférieur à 14 jours »</i></p> <p>a été modifiée pour celle-ci :</p> <p><i>« Lorsque la doxycycline a été employée comme traitement de première intention pour une infection non compliquée et que les résultats d'analyses microbiologiques révèlent la présence de M. genitalium, l'azithromycine ou la moxifloxacine devrait être administrée le plus rapidement possible après la doxycycline. La doxycycline ne devrait pas être répétée si le délai entre la fin du traitement avec la doxycycline et l'amorce de l'administration de l'azithromycine ou de la moxifloxacine est inférieur à 14 jours ».</i></p> <p>Certains membres du comité consultatif étaient en accord pour ne pas mettre « ...idéalement... » puisque ça pourrait apporter de la confusion.</p>
<p>5. TRANSFERT DE CONNAISSANCES</p> <p>Infirmières praticiennes</p> <p>Médecins (Médecins de famille, Microbiologistes, Infectiologues, Urologues, Gynécologues)</p> <p>Apprenants (Étudiants en médecine, Externes et Résidents)</p>	<p>Cette information sera transmise au département du transfert des connaissances.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Lecteur externe 2	
QUALITÉ SCIENTIFIQUE= 10/10	
<p>2. <u>CONTENU GÉNÉRAL</u></p> <p>2.1. Oui, très convivial.</p>	Aucune action requise.
2.2. Très bien, comme à l'habitude. Qualité INESSS.	Aucune action requise.
2.3. Oui, prise en compte de l'évolution des profils de résistance bactérienne	Aucune action requise.
2.4. Excellent! Facile à consulter.	Aucune action requise.
2.5. Rapport de soutien étaye bien les ajustements apportés au guide.	Aucune action requise.
2.6. Oui, facile à comprendre. Voir note laissée dans la zone de contenu spécifique. Une note apporte des questions.	Aucune action requise.
2.7. Oui, travail de documentation de fond bien référencé dans le rapport de soutien.	Aucune action requise.
<p>3. <u>CONTENU SPÉCIFIQUE</u></p> <p>3.1. La note sur l'usage antérieur de la doxycycline amène un questionnement qui pourrait laisser place à diverses interprétations. À la première lecture, je n'ai pas trouvé cela clair. Un exemple ou une précision devraient-elles être envisagées?</p> <p>Extrait : « Lorsque la doxycycline a été employée comme traitement de première intention pour une infection non compliquée et que les résultats d'analyses microbiologiques révèlent la présence de <i>M. genitalium</i>, la doxycycline ne devrait pas être répétée si le délai entre la fin du traitement avec la doxycycline et l'amorce de l'azithromycine ou la moxifloxacin est inférieur à 14 jours ».</p> <p>Donc dans ce cas, est-ce qu'on tient pour acquis que la doxycycline a eu l'effet escompté pour diminuer la charge bactérienne et qu'une MONOTHÉRAPIE est suffisante?</p> <p>Si c'est ça, ajouter la notion de monothérapie me semble pertinent. Sinon une précision s'impose à mon avis... (idem avec le rapport en soutien qui ne creuse pas le sujet)</p>	<p>Quelques membres du comité consultatif soulignent que le traitement recommandé est séquentiel et non une bithérapie et que la mention de monothérapie pourrait porter à confusion. Cette notion ne sera pas ajoutée au GUO.</p>
<p>4. <u>TRANSFERT DE CONNAISSANCES</u></p> <p>4.1. Tous les professionnels qui prennent en charge des patients avec ITSS.</p> <p>Sujet très pointu.</p>	<p>Cette information sera transmise au département du transfert des connaissances.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'INESSS
Lecteur externe 3	
QUALITÉ SCIENTIFIQUE = 10/10	
1. <u>CONTENU GÉNÉRAL</u>	
1.1. Oui, le GUO est techniquement difficile à lire à cause de la mise en page, mais je sais que ce sera corrigé.	Oui la mise en page sera effectuée par le département d'infographie.
1.2. Oui selon les limites présentées.	Aucune action requise.
1.3. Oui, mais le délai pour recevoir un résultat de mycoplasme + est plus de deux semaines donc on risque de répéter souvent doxycycline. Risque de problème de compliance dans la clientèle ITSS.	Aucune action requise.
1.4. Oui clairement	Aucune action requise.
1.5. Oui	Aucune action requise.
1.6. Oui	Aucune action requise.
1.7. Oui	Aucune action requise.
2. <u>CONTENU SPÉCIFIQUE</u>	
2.1. Ne pas oublier d'indiquer code M pour la gratuité	Sur le site du gouvernement (https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002402/) le code M (traitement accéléré des partenaires) s'applique aux infections à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae, mais ne s'applique pas aux infections confirmées à M. genitalium. Seuls les codes K et L seront inclus dans le document.
2.2. La plupart des patients auront reçu de la doxycycline dans l'approche syndromique selon les recommandations actuelles et donc risquent de recevoir de l'azithromycine en intention. Il serait intéressant de nommer quoi faire si on reçoit une résistance en cours de traitement.	Certains membres du comité consultatif mentionnent que les recommandations déjà incluses dans le GUO devraient être suffisantes et que d'ajouter d'autres consignes ne ferait qu'alourdir le guide.
4. <u>TRANSFERT DE CONNAISSANCES</u>	
4.1. Médecins de famille et résidents, IPS, infectiologues, gynécologues, urgentologues, cliniques de planning /santé sexuelle, GMF.	Cette information sera transmise au département du transfert des connaissances.

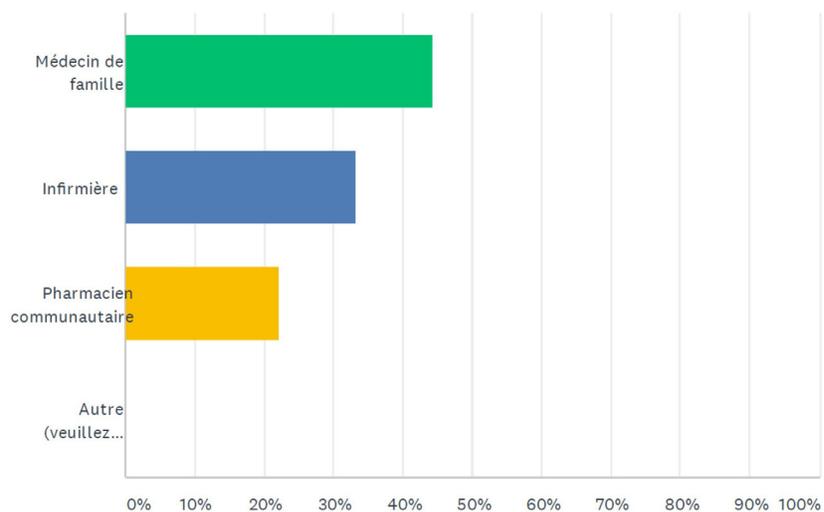
ANNEXE I

Résultats du sondage auprès des futurs utilisateurs du GUO (2021)

CONSULTATION DES FUTURS UTILISATEURS Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique d'une infection confirmée à *Mycoplasma genitalium*

Q1 Quelle est votre profession?

Réponses obtenues : 9 Question(s) ignorée(s) : 0



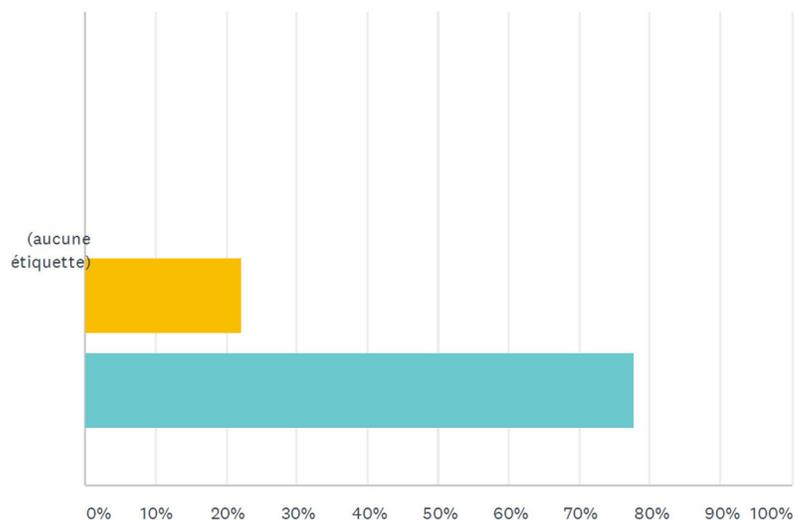
CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES
Médecin de famille	44.44% 4
Infirmière	33.33% 3
Pharmacien communautaire	22.22% 2
Autre (veuillez préciser)	0.00% 0
Nombre total de participants: 9	

#	AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER)	DATE
	There are no responses.	

CONSULTATION DES FUTURS UTILISATEURS Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique d'une infection confirmée à *Mycoplasma genitalium*

Q2 Le contenu du GUO sur le traitement des infections confirmées à *Mycoplasma genitalium* est pertinent à ma pratique ou à celle de mes collègues (adapté à la réalité et aux besoins du terrain) :

Réponses obtenues : 9 Question(s) ignorée(s) : 0



■ Totalelement en désaccord
 ■ Plutôt en désaccord
 ■ Plutôt en accord
 ■ Totalelement en accord

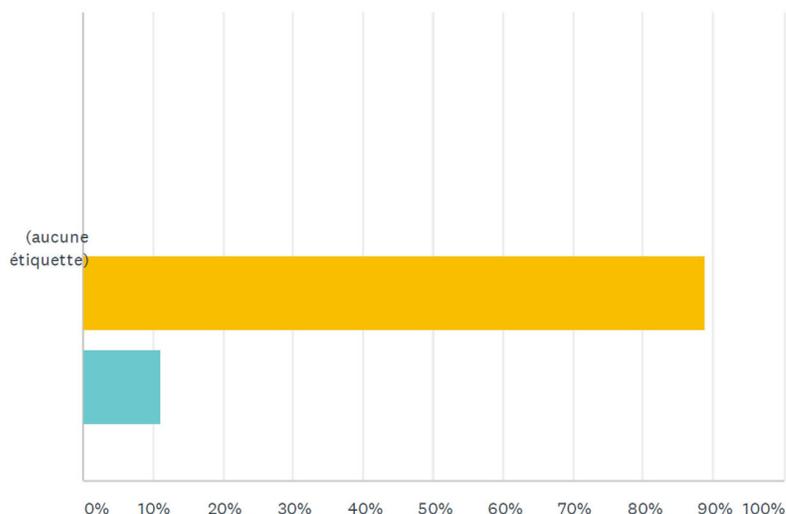
	TOTALEMENT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN ACCORD	TOTALEMENT EN ACCORD	TOTAL	MOYENNE PONDÉRÉE
(aucune étiquette)	0.00%	0.00%	22.22%	77.78%	9	3.78
	0	0	2	7		

#	COMMENTAIRES:	DATE
1	Comme infirmière clinicienne dans un programme de dépistage et prévention des ITSS, je ne traite pas les cas symptomatiques mais je travaille en collaboration avec un médecin et une IPS. Je dois pouvoir faire le suivi de cas symptomatiques que j'ai référés à mes collègues médecin et IPS. Cet outil est donc pertinent à ma pratique ainsi qu'à celle de mon équipe.	10/30/2020 2:43 PM
2	Nous avons la présence d'un médecin et d'une IPS	10/29/2020 1:45 PM

CONSULTATION DES FUTURS UTILISATEURS Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique d'une infection confirmée à Mycoplasma genitalium

Q3 Le GUO présente les informations de façon claire et facile à comprendre :

Réponses obtenues : 9 Question(s) ignorée(s) : 0



■ Totalemment en désaccord
 ■ Plutôt en désaccord
 ■ Plutôt en accord
 ■ Totalemment en accord

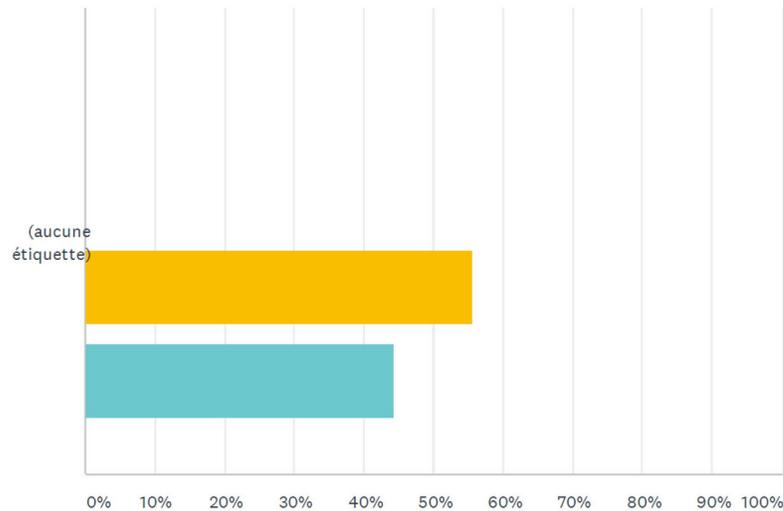
	TOTALEMENT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN ACCORD	TOTALEMENT EN ACCORD	TOTAL	MOYENNE PONDÉRÉE
(aucune étiquette)	0.00% 0	0.00% 0	88.89% 8	11.11% 1	9	3.11

#	COMMENTAIRES:	DATE
1	dans la section traitement souvent les intervenants liront l'encadré seulement ce serait pertinent d'ajouter une parenthèse après: -Usage antérieur d'azithromycine lors d'un traitement syndromique (peu importe le schéma posologique et la durée)	11/2/2020 5:31 PM
2	concis et précis.	11/2/2020 2:00 PM
3	oui en grande partie sauf la section intervention auprès des partenaires (voir commentaires question 6)	10/30/2020 2:43 PM
4	Pourrait-on modifier le mot personne par cas-index	10/29/2020 1:45 PM
5	Sauf pour cette directive: Partenaires à joindre s'ils ont eu un contact sexuel avec la personne atteinte : avant la fin du traitement contre M. genitalium. Ce que je comprend, est que cela est indiqué pour les personnes en contact pendant le traitement, mais ils sont supposé faire abstinence jusqu'à la fin de traitement...	10/28/2020 3:51 PM
6	Serait-il pertinent d'indiquer que normalement, comme on recherche l'infection à MG uniquement chez les personnes ayant eu un test négatif pour CT / NG et ayant des symptômes persistants après un traitement empirique contre l'urétrite, l'azithromycine ne devrait être utilisée qu'exceptionnellement en traitement 'guidé' contre un germe identifié au TAAN ? À mon avis il serait aussi pertinent de mentionner dans la section 'antibiorésistance' que les tests dont nous disposons sont des tests de susceptibilité aux antibiotiques basés sur le génotype, ce qui est différent d'un antibiogramme ; des discordances sont fréquentes entre la réponse 'in vitro' et 'in vivo' particulièrement avec MG.	10/28/2020 9:53 AM

CONSULTATION DES FUTURS UTILISATEURS Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique d'une infection confirmée à Mycoplasma genitalium

Q4 Le GUO contient les informations nécessaires pour aider le professionnel habilité à amorcer le traitement d'une infection confirmée à Mycoplasma genitalium et à en faire le suivi :

Réponses obtenues : 9 Question(s) ignorée(s) : 0



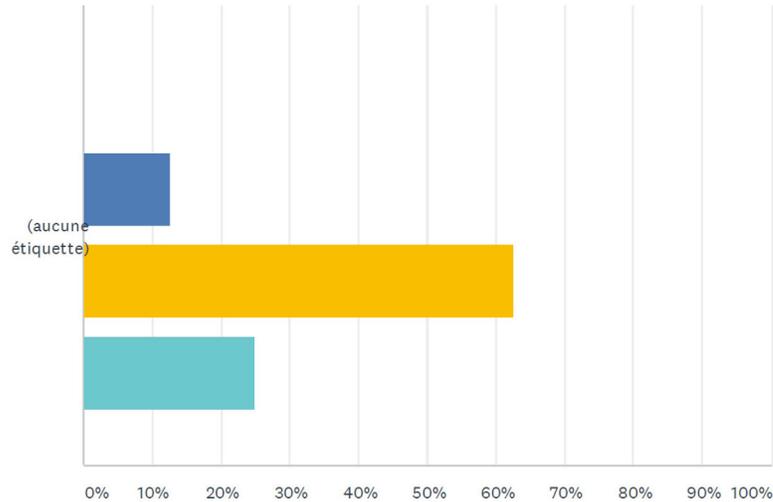
■ Totalement en désaccord
 ■ Plutôt en désaccord
 ■ Plutôt en accord
 ■ Totalement en accord

	TOTALEMENT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN ACCORD	TOTALEMENT EN ACCORD	TOTAL	MOYENNE PONDÉRÉE
(aucune étiquette)	0.00%	0.00%	55.56%	44.44%	9	3.44
	0	0	5	4		

#	COMMENTAIRES:	DATE
1		10/30/2020 2:43 PM
2	est-ce que la personne atteinte doit faire un test de contrôle même si disparition des symptômes Un délai peut être assez long si le cas index demeure symptomatique Qu'en est-il des tests de résistance	10/29/2020 1:45 PM
3	Considérant la prévalence de la résistance à la Moxifloxacine, serait-il pertinent de la possibilité de répéter un TAAN 3 semaines plus tard et d'envisager la Minocycline avant un essai de Pristinamycine via un collègue expérimenté ? Comme la résistance est en augmentation, je me questionne sur la pertinence d'offrir une solution de rechange aux cliniciens qui vont rencontrer cette infection.	10/28/2020 9:53 AM

Q5 Le GUO contient les informations nécessaires pour aider le professionnel habilité à prendre en charge les partenaires actuels de la personne atteinte d'une infection confirmée à Mycoplasma genitalium :

Réponses obtenues : 8 Question(s) ignorée(s) : 1



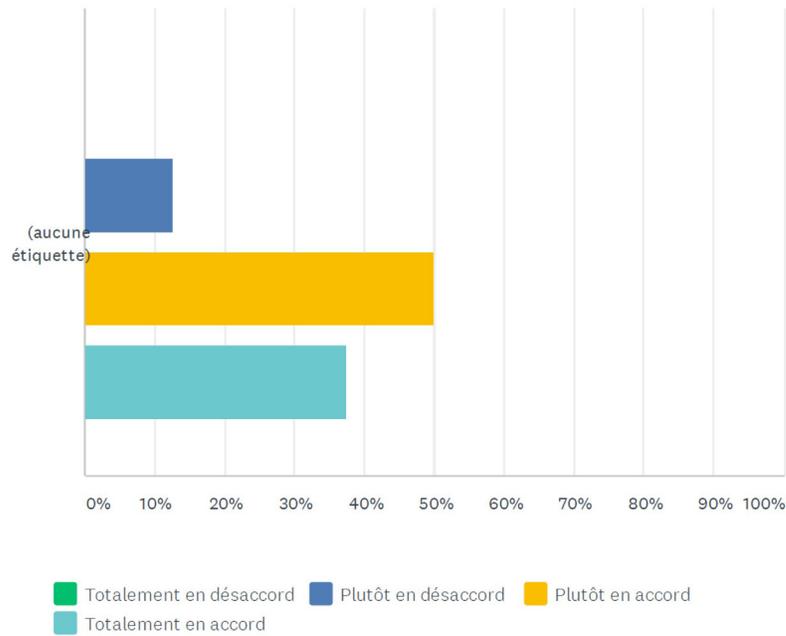
■ Totalemment en désaccord
 ■ Plutôt en désaccord
 ■ Plutôt en accord
 ■ Totalemment en accord

	TOTALEMENT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN ACCORD	TOTALEMENT EN ACCORD	TOTAL	MOYENNE PONDÉRÉE
(aucune étiquette)	0.00% 0	12.50% 1	62.50% 5	25.00% 2	8	3.13

#	COMMENTAIRES:	DATE
1	<p>Je trouve que c'est la section la moins claire du document. 1-Je ne suis pas certaine de saisir la signification du "OU" dans la phrase suivante de la section partenaires à joindre: "pendant que la personne avait des symptômes OU avant la fin du traitement contre M. genitalium" Pourquoi ne pas inscrire pendant que le cas index avait des symptômes ET jusqu'à la fin du traitement du cas index..."? 2-Je remplacerais personne par cas index pour que ce soit plus clair. 3-Est-ce qu'il pourrait être pertinent de préciser dans quelles situations il est justifié de rechercher des partenaires sur une plus longue période? 4-Est-ce que l'on fait une analyse M. génitalium chez les partenaires du cas index s'ils sont symptomatiques dès le départ (en plus des autres tests ITSS)? S'ils ne sont pas symptomatiques, on fait une analyse M. génitalium (en plus des autres tests ITSS)? 5-Je changerais la formulation de la phrase suivante: L'intervention devrait inclure: "en l'absence ou en présence de signes ou de symptômes, un traitement visant M. genitalium" En remplacement on pourrait lire: L'intervention devrait inclure: "Un traitement visant le M. genitalium pour le partenaire qu'il présente des signes ou des symptômes ou non."</p>	10/30/2020 2:43 PM
2	<p>Section : L'intervention devrait inclure : modifier la tournure de la phrase :un traitement visant le M Génitalium en l'absence ou présence de symptômes -Dépiste-t-on d'emblée les partenaires pour mycoplasma même en l'absence de symptômes Section partenaire à joindre : à partir du début des symptômes jusqu'à la fin des symptômes (tournure de phrase plus claire)</p>	10/29/2020 1:45 PM
3	Voir réponse questions 4.	10/28/2020 3:51 PM
4	<p>"Il peut être justifié, dans certaines situations, de rechercher des partenaires sur une plus longue période." je spécifierais des exemples de situations pour guider les cliniciens Le guide ne spécifie pas quel antibiotique utiliser pour le traitement des partenaires dans la section prise en charge des partenaires ; peut-être mettre la mention de se référer au tableau de la page 2 ? À mon avis ce serait pertinent d'inscrire d'utiliser le même traitement qui a été **efficace** chez le cas index.</p>	10/28/2020 9:53 AM

Q6 Le tableau sur le traitement pharmacologique en page 2 (ainsi que les principes de traitement qui l'accompagnent) est clair, convivial, facile d'utilisation et il contient les informations nécessaires pour aider le professionnel habilité à choisir un traitement pharmacologique en fonction des caractéristiques de la personne atteinte d'une infection confirmée à Mycoplasma genitalium :

Réponses obtenues : 8 Question(s) ignorée(s) : 1



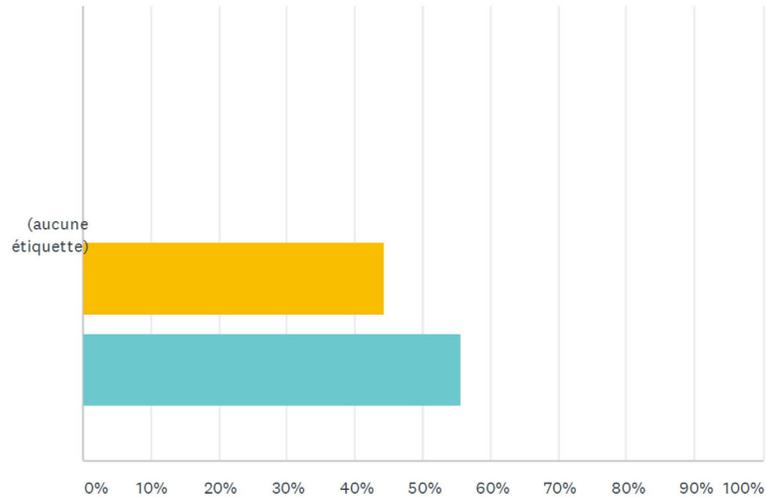
	TOTALEMENT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN ACCORD	TOTALEMENT EN ACCORD	TOTAL	MOYENNE PONDÉRÉE
(aucune étiquette)	0.00% 0	12.50% 1	50.00% 4	37.50% 3	8	3.25

#	COMMENTAIRES:	DATE
1	Souvent les intervenants liront l'encadré seulement ce serait pertinent d'ajouter une parenthèse après: -Usage antérieur d'azithromycine lors d'un traitement syndromique (peu importe le schéma posologique et la durée)	11/2/2020 5:31 PM
2	https://docs.google.com/document/d/1PwU-Qq1m4tPUh8mD5wCYz5a_WV0wK_I0JZAytwCA-R8/edit?usp=sharing	11/2/2020 5:53 AM
3	Comme les délais peuvent être longs avant de recevoir le résultat des résistances aux macrolides et fluoroquinolones (du moins dans mon souvenir!) est-ce que cela pourrait justifier de retarder un traitement pour un cas d'infection non compliquée? Exemple: un client symptomatique consulte et reçoit un traitement syndromique qui s'avère inefficace (avec résultats négatifs chlam/gono) un test M. génitalium est alors demandé et s'avère positif. La recherche de résistance sera faite automatiquement je crois? Si le cas index n'a pas reçu d'azithromycine lors de son traitement syndromique et qu'il n'est pas connu comme ayant des résistances aux macrolides, il recevra alors de l'azithromycine. S'il demeure symptomatique après ce 2ième traitement, est-ce qu'il est pertinent d'attendre le résultat des tests de résistance ou l'on traite immédiatement avec le Moxifloxacin? Est-ce qu'il serait pertinent de le préciser dans le guide? Je comprends que le contrôle post traitement est nécessaire seulement en cas de persistance des sx ou récurrence. Il ne serait donc pas nécessaire chez le cas index dont les symptômes sont complètement résolus? À préciser dans le guide? Pour le traitement empirique du partenaire, je comprends que l'on donne le même antibiotique que pour le cas index, c'est bien logique. Dans quelles situations les données de résistance pourraient suggérer une approche différente pour le partenaire par rapport au cas index? Peut-être s'il y a un délai entre le traitement du partenaire et que l'on a reçu le profil de résistance aux antibiotiques du cas index qui démontre une résistance au traitement reçu?	10/30/2020 2:43 PM
4	Voir commentaire précédent, je spécifierais que le recours à l'Azithromycine, considérant les conditions qui font qu'on accepte un prélèvement MG actuellement, ne devrait normalement pas avoir à être utilisé étant donné que les conditions incluent la non-réponse à un traitement d'urétrite (si l'Azithromycine avait été utilisée initialement, plutôt que la Doxycycline -- plusieurs cliniciens n'ont pas intégré ces changements à leur pratique encore).	10/28/2020 9:53 AM

CONSULTATION DES FUTURS UTILISATEURS Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique d'une infection confirmée à Mycoplasma genitalium

Q7 L'application des recommandations contenues dans le GUO dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière :

Réponses obtenues : 9 Question(s) ignorée(s) : 0



■ Totalelement en désaccord
 ■ Plutôt en désaccord
 ■ Plutôt en accord
 ■ Totalelement en accord

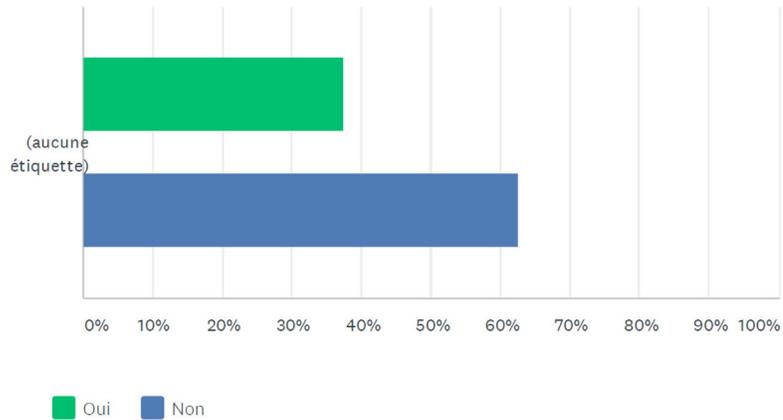
	TOTALEMENT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN ACCORD	TOTALEMENT EN ACCORD	TOTAL	MOYENNE PONDÉRÉE
(aucune étiquette)	0.00% 0	0.00% 0	44.44% 4	55.56% 5	9	3.56

#	COMMENTAIRES:	DATE
1	Temps d'attente long pour obtenir les résultats TAAN pour mycoplasma	11/2/2020 5:31 PM
2	Il pourra être applicable dans un esprit de collaboration interprofessionnelle.	10/30/2020 2:43 PM

CONSULTATION DES FUTURS UTILISATEURS Guide d'usage optimal sur le traitement pharmacologique d'une infection confirmée à *Mycoplasma genitalium*

Q8 Avez-vous des commentaires supplémentaires en lien avec la qualité, la clarté ou la convivialité du GUO sur le traitement d'une infection confirmée à *Mycoplasma genitalium*:

Réponses obtenues : 8 Question(s) ignorée(s) : 1



	OUI	NON	TOTAL	MOYENNE PONDÉRÉE
(aucune étiquette)	37.50%	62.50%	8	1.63
	3	5		

#	COMMENTAIRES:	DATE
1	Il pourrait être intéressant de spécifier que pour le traitement des partenaires, il n'est pas nécessaire de faire un test de dépistage visant le mycoplasma.	11/2/2020 12:41 PM
2	https://docs.google.com/document/d/1PwU-Qq1m4tPUh8mD5wCYz5a_WV0wK_I0JZAytwCA-R8/edit?usp=sharing	11/2/2020 5:53 AM
3	Ce guide sera très utile. Il m'est déjà arrivé de faire le suivi d'un cas de M. génitalium et les interventions à faire, surtout auprès des partenaires, n'étaient pas claires. Même pour le traitement, mes collègues n'étaient pas familières avec les lignes directrices. Je crois que l'utilisation de ce guide aurait peut-être pu éviter une consultation en infectiologie pour le client.	10/30/2020 2:43 PM
4	Miser sur le counseling : Absence de relation sexuelle Aviser tous les partenaires sexuels a partir de début d'apparition des symptômes et jusqu'à la fin du traitement inclusivement	10/29/2020 1:45 PM

Tableau I-1 Traitement des commentaires des futurs utilisateurs potentiels du GUO (2021)

Question du sondage concernée	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
Q1 Quelle est votre profession?	Aucun	Aucune action requise.
Q2 Le contenu du GUO sur le traitement des infections confirmées à <i>Mycoplasma genitalium</i> est pertinent à ma pratique ou à celle de mes collègues (adapté à la réalité et aux besoins du terrain).	Comme infirmière clinicienne dans un programme de dépistage et prévention des ITSS, je ne traite pas les cas symptomatiques, mais je travaille en collaboration avec un médecin et une IPS. Je dois pouvoir faire le suivi de cas symptomatiques que j'ai référés à mes collègues médecin et IPS. Cet outil est donc pertinent à ma pratique ainsi qu'à celle de mon équipe.	Aucune action requise.
	Nous avons la présence d'un médecin et d'une IPS.	Aucune action requise.
Q3 Le GUO présente les informations de façon claire et facile à comprendre.	<p>Dans la section traitement souvent les intervenants liront l'encadré seulement ce serait pertinent d'ajouter une parenthèse après :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usage antérieur d'azithromycine lors d'un traitement syndromique (peu importe le schéma posologique et la durée) 	Le clinicien doit se poser la question dichotomique suivante : est-ce que la personne atteinte a fait usage d'azithromycine lors d'un traitement syndromique (oui ou non)? La précision sur le schéma posologique et la durée n'est alors pas nécessaire.
	Concis et précis	Aucune action requise.
	Oui en grande partie sauf la section intervention auprès des partenaires (voir commentaires question 6)	Aucune action requise, ce commentaire sera adressé dans les réponses à la question 6.
	Pourrait-on modifier le mot personne par cas-index?	Le terme cas index tend à être de moins en moins utilisé et il est préférable de le remplacer par sa définition, soit une personne chez qui une ITSS a été détectée et ce, pour plus de précision.
	Sauf pour cette directive : Partenaires à joindre s'ils ont eu un contact sexuel avec la personne atteinte : - avant la fin du traitement contre	Effectivement, la personne atteinte d'une infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i> est supposée s'abstenir d'avoir des contacts sexuels jusqu'à la fin

Question du sondage concernée	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
	<p><i>M. genitalium</i>. Ce que je comprends, est que cela est indiqué pour les personnes en contact pendant le traitement, mais ils sont supposés faire abstinence jusqu'à la fin de traitement...</p>	<p>de son traitement, mais il n'est pas rare que ce ne soit pas le cas.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Serait-il pertinent d'indiquer que normalement, comme on recherche l'infection à MG uniquement chez les personnes ayant eu un test négatif pour CT / NG et ayant des symptômes persistants après un traitement empirique contre l'urétrite, l'azithromycine ne devrait être utilisée qu'exceptionnellement en traitement 'guidé' contre un germe identifié au TAAN? ▪ À mon avis il serait aussi pertinent de mentionner dans la section 'antibiorésistance' que les tests dont nous disposons sont des tests de susceptibilité aux antibiotiques basés sur le génotype, ce qui est différent d'un antibiogramme; des discordances sont fréquentes entre la réponse 'in vitro' et 'in vivo' particulièrement avec MG. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le GUO sur l'approche syndromique mis à jour en août 2020, le traitement de premier choix de l'urétrite est la ceftriaxone en combinaison avec la doxycycline. Si les cliniciens suivent cette recommandation, une certaine proportion des personnes atteintes d'une infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i> ne devrait pas avoir reçu d'azithromycine lors du traitement syndromique. ▪ L'INESSS ne souhaite pas apporter ce niveau de détails concernant les tests de susceptibilité aux antibiotiques puisque le GUO concerne principalement le traitement pharmacologique des infections à <i>Mycoplasma genitalium</i> et non les analyses de laboratoire.
<p>Q4 Le GUO contient les informations nécessaires pour aider le professionnel habilité à amorcer le traitement d'une infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i> et à en faire le suivi.</p>	<p>Est-ce que la personne atteinte doit faire un test de contrôle même si disparition des symptômes. Un délai peut être assez long si le cas index demeure symptomatique. Qu'en est-il des tests de résistance?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le test de contrôle doit être réalisé seulement s'il y a persistance ou récurrence des symptômes. Dans ce cas, les analyses microbiologiques visant la détection de <i>Mycoplasma genitalium</i> doivent être répétées minimalement 3 semaines après la fin du traitement. ▪ Depuis mai 2018, à la suite d'un résultat positif pour <i>M. genitalium</i>, le spécimen (ou l'extrait d'ADN) est acheminé au Laboratoire national de microbiologie (LNM) de Winnipeg pour y être analysé [Institut national de santé publique et Association des médecins microbiologistes-infectiologues du Québec, 2018]. Selon l'expérience clinique des membres du comité consultatif de l'INESSS, les résultats de la recherche de mutations associées à

Question du sondage concernée	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
		<p>la résistance aux macrolides ou aux fluoroquinolones sont rarement connus au moment de choisir le traitement initial de l'infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i>. Cependant, ils pourraient être considérés (s'ils sont connus) au moment d'établir la conduite thérapeutique à la suite de la réception des résultats du test de contrôle.</p>
	<p>Considérant la prévalence de la résistance à la moxifloxacine, serait-il pertinent de la possibilité de répéter un TAAN 3 semaines plus tard et d'envisager la minocycline avant un essai de pristinamycine via un collègue expérimenté?</p> <p>Comme la résistance est en augmentation, je me questionne sur la pertinence d'offrir une solution de rechange aux cliniciens qui vont rencontrer cette infection.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comme nous n'avons pas trouvé de preuves scientifiques quant à l'efficacité de la minocycline dans la revue de la littérature effectuée, les membres du comité consultatif ne souhaitent pas aborder cet antibiotique dans le GUO.
<p>Q5 Le GUO contient les informations nécessaires pour aider le professionnel habilité à prendre en charge les partenaires actuels de la personne atteinte d'une infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i>.</p>	<p>Je trouve que c'est la section la moins claire du document. 1-Je ne suis pas certaine de saisir la signification du "OU" dans la phrase suivante de la section partenaires à joindre : "pendant que la personne avait des symptômes OU avant la fin du traitement contre <i>M. genitalium</i>" Pourquoi ne pas inscrire pendant que le cas index avait des symptômes ET jusqu'à la fin du traitement du cas index... »? 2- Je remplacerais le mot « personne » par cas index pour que ce soit plus clair. 3-Est- ce qu'il pourrait être pertinent de préciser dans quelles situations il est justifié de rechercher des partenaires sur une plus longue période? 4-Est- ce que l'on fait une analyse <i>M. genitalium</i> chez les partenaires du cas index s'ils sont symptomatiques dès le départ (en plus des autres tests ITSS)? S'ils ne sont pas symptomatiques, on fait une analyse <i>M. genitalium</i> (en plus des autres tests ITSS)? 5-Je changerais la formulation de la phrase suivante : L'intervention devrait inclure : "en l'absence</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Le mot OU est pertinent puisque le partenaire pourrait avoir eu un contact sexuel avec la personne atteinte d'une infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i> pendant qu'elle avait des symptômes (possiblement avant qu'elle ait la confirmation de l'infection par <i>Mycoplasma genitalium</i>), donc avant que le traitement pharmacologique dirigé directement contre cette infection ne soit enclenché. 2- Le terme cas index tend à être de moins en moins utilisé et il est préférable de le remplacer par sa définition, soit une personne chez qui une ITSS a été détectée et ce, pour plus de précision. 3- Concernant les situations pour lesquelles les partenaires doivent être recherchés sur une plus longue période, la phrase sera retirée du GUO puisque, selon certains membres du comité consultatif, elle risque de générer plusieurs

Question du sondage concernée	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
	<p>ou en présence de signes ou de symptômes, un traitement visant <i>M. genitalium</i>" En remplacement on pourrait lire : L'intervention devrait inclure: "Un traitement visant le <i>M. genitalium</i> pour le partenaire qu'il présente des signes ou des symptômes ou non."</p>	<p>questionnements ou incertitudes alors qu'elle ne concerne que de rares exceptions.</p> <p>4- L'objectif du GUO de l'INESSS est de fournir des recommandations de traitement en présence d'une infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i>. (En résumé, pour le moment, les analyses microbiologiques visant à détecter la présence de <i>Mycoplasma genitalium</i> ne sont disponibles qu'en présence d'un syndrome compatible avec une ITSS pour lequel la recherche de <i>C. trachomatis</i> et de <i>N. gonorrhoeae</i> s'est révélée négative et pour lequel un traitement syndromique approprié s'est avéré inefficace. Comme tout ceci représente un long processus pour les partenaires actuels de la personne atteinte d'une infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i> (les partenaires asymptomatiques sont d'ailleurs exclus de l'accès aux analyses), l'INESSS recommande un traitement empirique pour tous les partenaires actuels.)</p> <p>5- L'ordre de cette phrase sera inversé comme suit : un traitement <i>visant M. genitalium</i> en l'absence ou en présence de signes ou de symptômes.</p>
	<p>Section : L'intervention devrait inclure : modifier la tournure de la phrase : un traitement visant le <i>M. genitalium</i> en l'absence ou présence de symptômes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépiste-t-on d'emblée les partenaires pour mycoplasma même en l'absence de symptômes ▪ Section partenaire à joindre : à partir du début des symptômes jusqu'à la fin des symptômes (tournure de phrase plus claire). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'ordre de cette phrase sera inversé comme suit : un traitement <i>visant M. genitalium</i> en l'absence ou en présence de signes ou de symptômes. ▪ L'objectif du GUO de l'INESSS est de fournir des recommandations de traitement en présence d'une infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i>. (En résumé, pour le moment, les analyses microbiologiques visant à détecter la présence de <i>Mycoplasma genitalium</i> ne sont disponibles qu'en présence d'un syndrome compatible avec une ITSS pour lequel la recherche de <i>C. trachomatis</i> et de <i>N. gonorrhoeae</i> s'est révélée négative et pour

Question du sondage concernée	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
		<p>lequel un traitement syndromique approprié s'est avéré inefficace. Comme tout ceci représente un long processus pour les partenaires actuels de la personne atteinte d'une infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i> (les partenaires asymptomatiques sont d'ailleurs exclus de l'accès aux analyses), l'INESSS recommande un traitement empirique pour tous les partenaires actuels.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ C'est de cette façon (pendant que la personne avait des symptômes) que les éléments sont présentés pour des phrases similaires dans les autres GUO en ITSS de l'INESSS (approche syndromique et infections non compliquées à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i>). Nous souhaitons garder une uniformité, le plus possible, entre les différents GUO en ITSS de l'INESSS.
	Voir réponse questions 3.	Aucune action requise.
	<p>"Il peut être justifié, dans certaines situations, de rechercher des partenaires sur une plus longue période." je spécifierais des exemples de situations pour guider les cliniciens Le guide ne spécifie pas quel antibiotique utiliser pour le traitement des partenaires dans la section prise en charge des partenaires; peut-être mettre la mention de se référer au tableau de la page 2? À mon avis ce serait pertinent d'inscrire d'utiliser le même traitement qui a été **efficace** chez le cas index.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concernant les situations pour lesquelles les partenaires doivent être recherchés sur une plus longue période, la phrase sera retirée du GUO puisque, selon certains membres du comité consultatif, elle risque de générer plusieurs questionnements ou incertitudes alors qu'elle ne concerne que de rares exceptions. ▪ Le traitement recommandé pour le partenaire se situe dans le tableau de traitement, alors que la section intervention auprès des partenaires résume les grandes lignes de la prise en charge. ▪ La plupart du temps, le traitement sera commencé de façon presque simultanée chez la personne atteinte et chez son partenaire actuel, il sera donc impossible de savoir si le traitement a été efficace ou non pour la personne atteinte au moment de choisir le traitement de son partenaire actuel.

Question du sondage concernée	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
	<p>Souvent les intervenants liront l'encadré seulement ce serait pertinent d'ajouter une parenthèse après : - Usage antérieur d'azithromycine lors d'un traitement syndromique (peu importe le schéma posologique et la durée).</p>	<p>Le clinicien doit se poser la question dichotomique suivante : est-ce que la personne atteinte a fait usage d'azithromycine lors d'un traitement syndromique (oui ou non)? La précision sur le schéma posologique et la durée n'est alors pas nécessaire.</p>
<p>Le tableau sur le traitement pharmacologique en page 2 (ainsi que les principes de traitement qui l'accompagnent) est clair, convivial, facile d'utilisation et il contient les informations nécessaires pour aider le professionnel habilité à choisir un traitement pharmacologique en fonction des caractéristiques de la personne atteinte d'une infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissons-nous la proportion des patients infectés qui n'ont pas de symptômes du tout? Traitons-nous ces patients également? Je comprends que l'intro ici fait référence à une personne ayant des symptômes, mais arrive-t-il parfois qu'un dépistage à <i>M. genitalium</i> soit réalisé pour une raison différente que des symptômes? ▪ Il peut être justifié, dans certaines situations, de rechercher des partenaires sur une plus longue période; merci d'indiquer quelques exemples au minimum de ces situations, en note de bas de page. <p>TRAITEMENT (excluant la femme enceinte ou qui allaite) : je recommande de mettre cette info plus en vue ou d'ajouter une section femme enceinte et qui allaite.</p> <p>Comme les délais peuvent être longs avant de recevoir le résultat des résistances aux macrolides et fluoroquinolones (du moins dans mon souvenir !) est-ce que cela pourrait justifier de retarder un traitement pour un cas d'infection non compliquée? Exemple : un client symptomatique consulte et reçoit un traitement syndromique qui s'avère inefficace (avec résultats négatifs chlam/gono) un test <i>M. genitalium</i> est alors demandé et s'avère positif. La recherche de résistance sera faite automatiquement je crois? Si le</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour le moment, les analyses microbiologiques visant à détecter la présence de <i>Mycoplasma genitalium</i> ne sont disponibles qu'en présence d'un syndrome compatible avec une ITSS pour lequel la recherche de <i>C. trachomatis</i> et de <i>N. gonorrhoeae</i> s'est révélée négative et pour lequel un traitement syndromique approprié s'est avéré inefficace. Elles sont donc réservées exclusivement aux personnes symptomatiques. ▪ Concernant les situations pour lesquelles les partenaires doivent être recherchés sur une plus longue période, la phrase sera retirée du GUO puisque, selon certains membres du comité consultatif, elle risque de générer plusieurs questionnements ou incertitudes alors qu'elle ne concerne que de rares exceptions. ▪ Une section sur les femmes enceintes ou qui allaitent sera ajoutée dans le tableau de traitement afin de rendre le tout plus clair. ▪ Depuis mai 2018, suite à un résultat positif pour <i>M. genitalium</i>, le spécimen (ou l'extrait d'ADN) est acheminé au Laboratoire national de microbiologie (LNM) de Winnipeg pour y être analysé [Institut national de santé publique et Association des médecins microbiologistes-infectiologues du Québec, 2018]. Selon l'expérience clinique des membres du comité consultatif de l'INESSS, les résultats de la recherche de mutations associées à la résistance aux macrolides ou aux

Question du sondage concernée	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
	<p>cas index n'a pas reçu d'azithromycine lors de son traitement syndromique et qu'il n'est pas connu comme ayant des résistances aux macrolides, il recevra alors de l'azithromycine. S'il demeure symptomatique après ce 2^{ième} traitement, est-ce qu'il est pertinent d'attendre le résultat des tests de résistance ou l'on traite immédiatement avec le moxifloxacine? Est-ce qu'il serait pertinent de le préciser dans le guide? Je comprends que le contrôle post traitement est nécessaire seulement en cas de persistance des sx ou récurrence. Il ne serait donc pas nécessaire chez le cas index dont les symptômes sont complètement résolus? À préciser dans le guide? Pour le traitement empirique du partenaire, je comprends que l'on donne le même antibiotique que pour le cas index, c'est bien logique. Dans quelles situations les données de résistance pourraient suggérer une approche différente pour le partenaire par rapport au cas index? Peut-être s'il y a un délai entre le traitement du partenaire et que l'on a reçu le profil de résistance aux antibiotiques du cas index qui démontre une résistance au traitement reçu?</p>	<p>fluoroquinolones sont rarement connus au moment de choisir le traitement initial de l'infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i>. Cependant, ils pourraient effectivement être considérés (s'ils sont connus) au moment d'établir la conduite thérapeutique à la suite de la réception des résultats du test de contrôle, mais le GUO de l'INESSS n'inclut pas de recommandation concernant la conduite à tenir après la réception des résultats du test de contrôle, c'est pourquoi cet élément n'est pas abordé dans le GUO.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le test de contrôle doit être réalisé seulement s'il y a persistance ou récurrence des symptômes. Dans ce cas, les analyses microbiologiques visant la détection de <i>Mycoplasma genitalium</i> doivent être répétées minimalement 3 semaines après la fin du traitement. ▪ Effectivement, s'il y a un délai avant le traitement du partenaire et que pendant ce délai, le profil de résistance de la personne atteinte devient disponible, il faudra ajuster le traitement du partenaire en fonction du profil de résistance de la personne atteinte.
	<p>Voir commentaire précédent, je spécifierais que le recours à l'azithromycine, considérant les conditions qui font qu'on accepte un prélèvement MG actuellement, ne devrait normalement pas avoir à être utilisé étant donné que les conditions incluent la non-réponse à un traitement d'urétrite (si l'azithromycine avait été utilisée initialement, plutôt que la doxycycline – plusieurs cliniciens n'ont pas intégré ces changements à leur pratique encore).</p>	<p>Dans le GUO sur l'approche syndromique mis à jour en août 2020, le traitement de premier choix de l'urétrite est la ceftriaxone en combinaison avec la doxycycline. Si les cliniciens suivent cette recommandation, ce que nous espérons, une certaine proportion des personnes atteintes d'une infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i> ne devrait pas avoir reçu d'azithromycine lors du traitement syndromique.</p>
	<p>Temps d'attente long pour obtenir les résultats TAAN pour mycoplasma.</p>	<p>Aucune action requise.</p>

Question du sondage concernée	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
<p>Q7 L'application des recommandations contenues dans le GUO dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière.</p>	<p>Il pourra être applicable dans un esprit de collaboration interprofessionnelle.</p>	<p>Aucune action requise.</p>
	<p>Il pourrait être intéressant de spécifier que pour le traitement des partenaires, il n'est pas nécessaire de faire un test de dépistage visant le mycoplasma.</p>	<p>Une phrase indiquant qu'il n'est pas nécessaire de faire un test de dépistage visant <i>Mycoplasma genitalium</i> chez les partenaires de la personne atteinte sera ajoutée dans le GUO.</p>
<p>Q8 Avez-vous des commentaires supplémentaires en lien avec la qualité, la clarté ou la convivialité du GUO sur le traitement d'une infection confirmée à <i>Mycoplasma genitalium</i>.</p>	<p>Ce guide sera très utile. Il m'est déjà arrivé de faire le suivi d'un cas de <i>M. genitalium</i> et les interventions à faire, surtout auprès des partenaires, n'étaient pas claires. Même pour le traitement, mes collègues n'étaient pas familières avec les lignes directrices. Je crois que l'utilisation de ce guide aurait peut-être pu éviter une consultation en infectiologie pour le client.</p>	<p>Aucune action requise.</p>
	<p>Miser sur le counseling : Absence de relation sexuelle Aviser tous les partenaires sexuels à partir de début d'apparition des symptômes et jusqu'à la fin du traitement inclusivement.</p>	<p>Aucune action requise.</p>

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Guide sur la Mycoplasma Genitalium : informations importantes et ressources [site Web]. Ottawa, ON : ASPC; 2021. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/mycoplasma-genitalium.html> (consulté le 15 mars 2022).
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Mycoplasma genitalium : informations importantes et ressources. Ottawa, ON : ASPC; 2020. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20210323094513/https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/mycoplasma-genitalium.html>.
- Ah-Kit X, Hoarau L, Graesslin O, Brun JL. Suivi et conseils apres infection génitale haute. RPC infections génitales hautes. Gynecol Obstet Fertil Senol 2019;47(5):458-64.
- AIDS Study Group (GESIDA); National Aids Plan, STI Study group of the SEIMC (GEITS); Spanish Group for the Investigation of Sexual Transmission Diseases of the Spanish Academy of Dermatology and Venerology; Spanish Society for Pediatric Infectious (SEIP). Consensus document on the diagnosis and treatment of sexually transmitted diseases in adults, children and adolescents. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed) 2018;36(9):576-85.
- Alcaraz I, Dupin N, Janier M, Derancourt C, Milpied B, Bertolotti A. Mycoplasmes génitaux. Ann Dermatol Venereol 2016;143(11):718-9.
- Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine (ASHM). *Mycoplasma genitalium* [site Web]. Australian STI Management Guidelines for Use in Primary Care. Sydney, Australie : ASHM; 2021. Disponible à : <https://sti.guidelines.org.au/sexually-transmissible-infections/mycoplasma-genitalium/>.
- Brun J-L, Castan B, de Barbeyrac B, Cazanave C, Charvériat A, Faure K, et al. Les infections génitales hautes. Mise à jour des recommandations pour la pratique clinique – texte court. Gynecol Obstet Fertil Senol 2019;47(5):398-403.
- Caumes E, Dupin N, Janier M, Chartier C, Viraben R, Maatouk I. Lymphogranulome vénérien (maladie de Nicolas Favre). Ann Dermatol Venereol 2016;143(11):736-8.
- Cazanave C et de Barbeyrac B. Les infections génitales hautes : diagnostic microbiologique. RPC infections génitales hautes CNGOF et SPILF. Gynecol Obstet Fertil Senol 2019;47(5):409-17.
- Cheung C, Bourne C, Varma R. *Mycoplasma genitalium*: Test positivity in syndromic presentations and clinicians' adherence with treatment guidelines at Sydney Sexual Health Centre. Int J STD AIDS 2021;32(12):1174-7.
- Chirwa M, Davies O, Castelino S, Mpenge M, Nyatsanza F, Sethi G, et al. United Kingdom British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of epididymo-orchitis, 2020. Int J STD AIDS 2021;32(10):884-95.

- De Lannoy LH, da Silva RJ, Nahn Junior EP, de Oliveira EC, Gaspar PC. Brazilian protocol for sexually transmitted infections, 2020: Infections that cause urethral discharge. *Rev Soc Bras Med Trop* 2021;54(Suppl 1):e2020633.
- De Vries HJC, Nori AV, Kiellberg Larsen H, Kreuter A, Padovese V, Pallawela S, et al. 2021 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021;35(7):1434-43.
- Gerhardt P, Dupin N, Janier M, Lassau F, Passeron A, Milpied B. Urétrite masculine. *Ann Dermatol Venereol* 2016;143(11):752-5.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Prélèvement et analyses de laboratoire pour la recherche de *Mycoplasma genitalium*. Québec, Qc : INSPQ; 2022. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/prelevements-analyses-laboratoires-mycoplasma-genitalium_0.pdf
- Janier M, Dupin N, Derancourt C, Caumes E, Bouscarat F, Milpied B. MST anorectales. *Ann Dermatol Venereol* 2016a;143(11):767-9.
- Janier M, Dupin N, Derancourt C, Caumes E, Timsit F, Méria P. Orchiépididymite. *Ann Dermatol Venereol* 2016b;143(11):765-6.
- Janier M, Viraben R, Vexiau-Robert D, Vernay-Vaisse C, Passeron A, Dupin N. Cervicite mucopurulente. *Ann Dermatol Venereol* 2016c;143(11):759-61.
- 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.
- Jensen JS, Cusini M, Gomberg M, Moi H, Wilson J, Unemo M. 2021 European guideline on the management of *Mycoplasma genitalium* infections. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022;36(5):641-50.
- Miranda AE, da Silveira MF, Pinto VM, Alves GC, de Carvalho NS. Brazilian protocol for sexually transmitted infections, 2020: Infections that cause cervicitis. *Rev Soc Bras Med Trop* 2021;54(Suppl 1):e2020587.
- Peel J, Aung E, Bond S, Bradshaw C. Recent advances in understanding and combatting *Mycoplasma genitalium*. *Fac Rev* 2020;9:3.
- Read TR, Denham I, Bradshaw CS. Urethritis in men. *Medicine Today* 2018;19(1):45-8.
- Saldanha N. STIs in adolescents: Chlamydia, gonorrhoea, mycoplasma genitalium, and HPV. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2020;50(7):100835.
- 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.
- Verdon R. Prise en charge thérapeutique des infections génitales hautes non compliquées. *RPC infections génitales hautes CNGOF et SPILF. Gynecol Obstet Fertil Senol* 2019;47(5):418-30.

Wada K, Hamasuna R, Sadahira T, Araki M, Yamamoto S. UAA-AAUS guideline for *M. genitalium* and non-chlamydial non-gonococcal urethritis. J Infect Chemother 2021;27(10):1384-8.

Waltmann A, McKinnish TR, Duncan JA. Nonviral sexually transmitted infections in pregnancy: Current controversies and new challenges. Curr Opin Infect Dis 2021;34(1):40-9.

Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021;70(4):1-187.

*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

