Les infections transmises sexuellement chez les adolescents : maximiser les occasions de soins optimaux

Upton D Allen, Noni E MacDonald; Société canadienne de pédiatrie; comité des maladies infectieuses et d'immunisation

English on page 429
Résumé en page 429

Les infections transmises sexuellement (ITS) sont une préoccupation croissante en santé publique au Canada, où les taux de détection de l'infection par la *Chlamydia trachomatis*, la syphilis et la gonorrhée chez les adolescents et les jeunes adultes ont augmenté depuis dix ans.(1,2)

L'ÉPIDÉMIOLOGIE

La *C. trachomatis* (variantes sérologiques non associées au lymphogranulome vénérien) est l'ITS la plus déclarée au Canada. Elle touche surtout les femmes de 15 à 24 ans et les hommes de 20 à 29 ans. Environ 50 % des nourrissons nés par voie vaginale d'une mère atteinte d'une *Chlamydia* non traitée contractent l'infection. La *C. trachomatis* est rarement décrite chez des nourrissons nés par césarienne.(3) On devrait envisager des sévices sexuels chez les enfants prépubères ayant une infection à *Chlamydia* vaginale, urétrale ou rectale. Outre le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN), il est recommandé d'obtenir des cultures dans les situations ayant une incidence médicolégale.(4)

La *Neisseria gonorrhoeae* est transmise lors de contacts intimes comme les activités sexuelles et lors de l'accouchement. On a avancé la possibilité d'une transmission aux enfants prépubères par l'exposition aux vecteurs passifs à domicile, mais elle est fort peu probable.(5) Il faut envisager des sévices sexuels lorsque l'infection est contractée après la période néonatale.(6) La gonorrhée est plus prévalente chez les jeunes hommes de 20 à 29 ans, et les taux sont plus élevés chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Cependant, les taux augmentent plus rapidement chez les jeunes femmes que chez les hommes, notamment chez les adolescentes de 15 à 19 ans.(7) Le nombre de femmes atteintes est probablement sous-estimé. En effet, contrairement aux hommes, qui ont tendance à être symptomatiques, les femmes sont souvent asymptomatiques. L'infection concomitante par la *C. trachomatis* est courante.(6) On observe une augmentation de la résistance aux antimicrobiens des gonocoques au Canada et dans le reste du monde.(8)

L'infection à *Treponema pallidum* peut être transmise en tout temps pendant la grossesse ou l'accouchement.(9) Cependant, les groupes les plus touchés sont les HARSAH de 30 à 39 ans, les travailleurs du sexe et leurs clients ainsi que les personnes qui ont contracté l'infection dans des régions endémiques du monde. De nombreuses villes du Canada sont devenues des « centres névralgiques » de la syphilis.

Les taux de tests de dépistage positifs au VIH varient selon les régions du Canada. L'augmentation du taux national entre 2000 et 2008 a été suivie d'une tendance à la baisse dans certaines régions.(10) Les groupes les plus touchés sont les HARSAH, les personnes qui ont contracté l'infection par contact hétérosexuel et les utilisateurs de drogues injectables. On constate certaines variations dans les proportions relatives de ces catégories au sein des provinces et des territoires.(10)

LES FACTEURS DE RISQUE D'ITS ET LES POSSIBILITÉS D'ÉVALUATION

Lors des rendez-vous médicaux habituels et fortuits, les professionnels de la santé devraient poser des questions ouvertes aux jeunes patients pour obtenir de l'information sur leurs antécédents sexuels, les ITS et les risques qui s'y rattachent. Puisque les adolescents utilisent peu le système de santé, n'importe quelle visite est l'occasion d'évaluer les ITS.

L'encadré 1 contient une liste de facteurs liés aux comportements et à d'autres éléments qui augmentent le risque d'ITS.(1,11) Lorsqu'il examine les facteurs de risque, le clinicien devrait opter pour la simplicité, la confidentialité et l'absence de jugement et utiliser un langage que le patient n'aura pas de difficulté à comprendre.

ENCADRÉ 1

Quels adolescents devraient subir un test de dépistage d'infections transmises sexuellement?

Les adolescents dont les antécédents comprennent l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes sont considérés plus vulnérables à une infection transmise sexuellement (ITS) :

Chez les femmes

Toutes les filles actives sexuellement ou victimes de sévices ou d'agression sexuelles

Chez les hommes

- Des antécédents qui laissent supposer des contacts sexuels avec une ou plusieurs personnes atteintes d'une ITS connue
- Une ITS antérieure
- La fréquentation antérieure d'une clinique d'ITS en qualité de patient
- Un nouveau partenaire sexuel ou plus de deux partenaires sexuels pendant l'année précédente
- La consommation de drogues injectables ou d'autres substances, telles que de l'alcool ou des produits chimiques (p. ex., marijuana, cocaïne, ecstasy, crystal meth), surtout si elle s'associe à des activités sexuelles
- Des pratiques sexuelles non sécuritaires (relations sexuelles non protégées [orales, génitales ou anales], des activités sexuelles comportant un risque d'échange sanguin [sodomasochisme, partage de jouets sexuels])
- Des partenaires sexuels anonymes (rencontres sur Internet, dans un sauna ou lors d'un rave)
- Les travailleurs du sexe et leurs clients
- La « prostitution de survie » (relations sexuelles en échange d'argent, de drogues, d'un lieu où loger ou de nourriture)
- La vie dans la rue ou l'itinérance
- L'incarcération dans un centre de détention
- Des sévices ou une agression sexuelles

Adapté de la référence 1

TABEAU 1
Quels tests de dépistage devrait-on utiliser pour diagnostiquer les infections transmises sexuellement?

Infection	Tests et échantillons de dépistage	Tests de suivi
<i>Chlamydia</i>	Le TAAN est le test le plus sensible et le plus spécifique. Peut être effectué à partir d'urine, d'écouvillonnage de l'urètre, du vagin ou du col de l'utérus.* La culture des prélèvements du col de l'utérus ou de l'urètre est privilégiée dans les causes médico-légales (p. ex., sévices sexuels sur des enfants). Le TAAN peut confirmer les résultats à l'aide de nouveaux prélèvements. On peut aussi utiliser le séquençage de l'ADN. La sérologie ne devrait pas être utilisée pour poser le diagnostic.	Contrôle de guérison de trois à quatre semaines après le traitement si : l'adhérence n'est pas établie, un traitement de deuxième ligne ou de remplacement a été utilisé, le risque de réexposition est élevé, il y a une grossesse en jeu, l'enfant est prépubère.
Syphilis	La sérologie demeure le test diagnostique habituel, à moins que le patient ait des lésions compatibles avec la syphilis. L'EIE spécifique aux anticorps tréponémiques est un test de dépistage plus sensible que les tests non tréponémiques, mais les algorithmes des tests à effectuer varient selon les régions socio-sanitaires. Si l'épreuve spécifique aux anticorps tréponémiques est positive, un deuxième test tréponémique est généralement nécessaire.	Le test de suivi dépend de la nature de l'infection, comme suit : Infection primaire, secondaire ou latente précoce : Reprendre la sérologie un, trois, six et 12 mois après le traitement. Latente tardive : Reprendre la sérologie 12 et 24 mois après le traitement.
Gonorrhée	Le TAAN peut être utilisé pour dépister la gonorrhée dans l'urine, l'urètre, le vagin et le col de l'utérus des personnes symptomatiques et asymptomatiques.* Le TAAN est la seule méthode offerte dans certaines régions socio-sanitaires. La culture permet d'effectuer un test de susceptibilité aux antimicrobiens et devrait être exécutée si le patient ne réagit pas rapidement au traitement, en raison des préoccupations relatives à la résistance antimicrobienne. Des cultures doivent être soumises pour les HARSAS asymptomatiques ou symptomatiques, chez qui l'incidence d'antibiorésistance est plus élevée. Il faut vérifier avec le laboratoire responsable du test pour connaître les prélèvements à privilégier pour les tests rectaux et pharyngés. La culture est préférable lors des prélèvements de gorge. Pour des besoins médico-légaux, il faut confirmer un résultat positif obtenu par un TAAN au moyen d'une culture ou d'une nouvelle série de prélèvements ou recourir aux techniques de séquençage de l'ADN.	Contrôle de guérison (culture de trois à quatre jours après le traitement ou TAAN de trois à quatre semaines plus tard) si : un traitement de deuxième ligne ou de remplacement a été utilisé, la résistance antimicrobienne est un facteur, l'adhérence n'est pas établie, le risque de réexposition est élevé, une grossesse est en jeu, le traitement a déjà échoué, le patient est atteint d'une infection pharyngée ou rectale, l'enfant est prépubère, les signes et symptômes persistent après le traitement.
VIH	L'EIE est le test de dépistage initial. Le transfert Western (<i>Western blot</i>) ou un autre test de confirmation est ensuite effectué. Il faut effectuer un test de dépistage du VIH chez tous les patients demandant une évaluation et un traitement des infections transmises sexuellement. Il faut donner des conseils thérapeutiques pertinents.	Les anticorps de l'EIE peuvent être décelés dès la troisième semaine d'infection grâce aux tests de dépistage des anticorps du VIH de quatrième génération, mais il peut falloir jusqu'à six mois avec les tests plus anciens. Il faut prévoir un test de suivi lorsque le premier test est négatif et que l'exposition au VIH est connue.

Données adaptées des références 1, 8, 18. EIE dosage immunoenzymatique; TAAN test d'amplification des acides nucléiques. *Vérifier le choix des prélèvements pour s'assurer que le TAAN est validé pour l'échantillon à recueillir et pour le patient qui subit le test. Par exemple, le TAAN n'est pas validé chez les enfants de 12 ans ou moins et pour les prélèvements médico-légaux.

LE DÉPISTAGE DES ITS

Des lignes directrices canadiennes détaillées ont été publiées sur le dépistage des ITS.(1) La décision de procéder au dépistage dépend des facteurs de risque et des symptômes génitaux et systémiques, sans toutefois oublier que les infections gonococciques rectales et pharyngées sont souvent asymptomatiques. Il faut vérifier avec le laboratoire local les types de tests et les échantillons requis avant les prélèvements (tableaux 1 et 2). Idéalement, il faut retracer tous les contacts sexuels du patient, leur faire subir les tests et les traiter correctement, même s'il est difficile d'obtenir une transparence et un suivi complets lorsque le patient a de multiples partenaires sexuels. Les services locaux de santé publique peuvent contribuer à ce processus.

La *Chlamydia* : Toutes les femmes actives sexuellement de moins de 25 ans devraient subir un test de dépistage au moins une fois par année, et on devrait envisager des tests supplémentaires chez celles qui ont un nouveau partenaire sexuel ou qui en ont plusieurs. Les hommes de tout âge actifs sexuellement qui présentent des facteurs de risque de *C. trachomatis* (encadré 1) devraient subir un test de dépistage. Après le traitement, les tests devraient être repris tous les six mois si le risque de réinfection persiste. (12,13) Le TAAN est le test le plus sensible et le plus spécifique pour la *C. trachomatis*. L'urine de premier jet, les échantillons

vaginaux (y compris les auto-prélèvements), endocervicaux ou urétraux conviennent tous au TAAN.(14,15) Selon de récentes données probantes, les prélèvements d'urine à mi-jet conviendraient, mais le premier jet est préférable.(16) Les tests sérologiques ne devraient pas servir pour poser un diagnostic, en raison de la réactivité croisée et de la difficulté connexe d'interpréter les résultats. On peut prélever un échantillon non invasif (par exemple, urine) si le patient ne présente pas de symptômes ou de facteurs de risque ni d'indications d'examen gynécologique. Une culture des écouvillonnages du col de l'utérus et de l'urètre demeure le test privilégié pour les besoins médico-légaux, mais est moins sensible que le TAAN.(17)

Le contrôle de guérison au moyen du TAAN est recommandé et doit être effectué de trois à quatre semaines après le traitement chez les jeunes prépubères. Il est également recommandé chez les jeunes déjà pubères lorsque leur adhérence au traitement n'est pas confirmée, qu'ils ont utilisé un traitement de remplacement, qu'ils sont susceptibles d'avoir été réexposés ou qu'il y a une grossesse en jeu.(18)

La gonorrhée : Il faut procéder au dépistage dans les mêmes groupes que pour l'infection à *Chlamydia*. Il est recommandé d'utiliser l'urine de premier jet pour dépister les patients asymptomatiques, notamment lorsqu'il n'est pas facile d'obtenir des

échantillons de l'urètre ou du col de l'utérus. Il faut également prélever des échantillons pharyngés en cas de relations sexuelles orales, et des échantillons rectaux en cas d'antécédents de relations sexuelles anales. Les cultures sont le meilleur moyen de déterminer les profils de résistance de l'isolat. Il est particulièrement important d'effectuer un test de sensibilité des cultures en raison de la résistance antimicrobienne émergente de la *N gonorrhoeae*, et il faut toujours l'effectuer dans les situations suivantes, lorsque c'est possible : crainte de sévices sexuels chez l'enfant (voie rectale, pharyngée ou vaginale), cas d'agression sexuelle, présomption d'échec thérapeutique, évaluation d'une maladie inflammatoire pelvienne, HARSAH symptomatiques et possibilités d'acquisition de l'infection outre-mer ou dans un secteur connu de résistance antimicrobienne.(1)

Le TAAN peut remplacer la culture pour dépister la gonorrhée, mais elle ne fournit pas d'information sur la sensibilité aux antibiotiques. Il est validé pour les échantillons d'urine, d'urètre et du col de l'utérus. Les TAAN ainsi validés peuvent également déceler les infections rectales ou oropharyngées, mais ne sont pas encore homologués au Canada à cette fin. Les cliniciens devraient vérifier régulièrement auprès de leur laboratoire local, car les recommandations changent au fil du temps. Par exemple, le TAAN n'est pas validé chez les enfants de 12 ans et moins ni pour les échantillons micolégiaux.

Étant donné les taux croissants de résistance du gonocoque aux céphalosporines et à l'azithromycine et les échecs thérapeutiques qui s'ensuivent, une polythérapie est recommandée contre la gonorrhée. Il faut effectuer un contrôle de guérison lorsque c'est indiqué, de préférence au moyen d'une culture. Tous les enfants prépubères qui sont atteints d'une *N gonorrhoeae* doivent subir un contrôle de guérison par culture dans les trois à sept jours suivant leur traitement. Dans certaines régions socio-sanitaires, un TAAN est effectué de deux à trois semaines après le traitement lorsqu'il est impossible d'obtenir une culture, car ce test demeure positif beaucoup plus longtemps que la culture après une thérapie efficace.(18) Le contrôle de guérison est également recommandé dans les situations suivantes : (18) utilisation d'un traitement de deuxième ligne ou d'un traitement de remplacement, crainte de résistance antimicrobienne, risque élevé de réexposition, grossesse, échec d'un traitement antérieur, persistance de signes ou symptômes d'infection pharyngée après le traitement.

Il a également été proposé d'envisager une période de contrôle de guérison systématique de tous les cas de gonorrhée si les cliniciens ou les services de santé sont préoccupés par la résistance locale aux céphalosporines.(19)

Il est recommandé de répéter le dépistage à l'aide du TAAN six mois après la fin du traitement chez les personnes susceptibles d'être réinfectées.(20,21) Il est également indiqué de traiter contre la *Chlamydia* tous les patients soignés en raison d'une gonorrhée démontrée, même si la *Chlamydia* n'est pas détectée.

La syphilis : Toutes les adolescentes enceintes devraient subir un test de dépistage de la syphilis en début de grossesse et, idéalement, de nouveau à l'accouchement. Si elles sont à haut risque de syphilis, elles peuvent également subir un dépistage entre 28 et 32 semaines de grossesse, ou même à des intervalles plus réguliers (par exemple, tous les mois) si elles sont à très haut risque (par exemple, prostitution active dans une région où sévit une épidémie de syphilis).(4) Un test non tréponémique (tel que la réagine plasmatique rapide [RPR]) peut donner un résultat faussement négatif dans les cas de syphilis primaire *de novo*. Les essais immunoenzymatiques (EIE) peuvent dépister la syphilis de manière plus sensible. En raison des problèmes de spécificité, si l'EIE spécifique aux anticorps tréponémiques est positif, il faut

TABLEAU 2
Quels échantillons devrait-on prélever en fonction des symptômes cliniques?

Syndrome clinique	Échantillons ou tests de dépistage
Hommes	Urine de premier jet ou
asymptomatiques ayant des facteurs de risque conformément à l'encadré 1	Écouvillonnage urétral pour la <i>Chlamydia trachomatis</i> , la <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
	Sérologie
	Syphilis
	VIH
	Autres tests sérologiques à envisager
	Hépatite A (particulièrement en cas de contact oro-anal)
	Hépatite B (en l'absence de vaccination)
	Hépatite C (particulièrement chez les utilisateurs de drogues injectables)
Femmes	Urine de premier jet ou
asymptomatiques ayant des facteurs de risque conformément à l'encadré 1	Écouvillonnage du col de l'utérus pour la <i>C trachomatis</i> , la <i>N gonorrhoeae</i> *
	Sérologie
	Syphilis
	VIH
	Autres tests sérologiques à envisager
	Hépatite A (particulièrement en cas de contact oro-anal)
	Hépatite B (en l'absence de vaccination)
	Hépatite C (particulièrement chez les utilisateurs de drogues injectables)
Hommes ayant des symptômes d'urétrite	Écouvillonnage urétral en vue de la coloration de Gram et de la culture de gonorrhée (le TAAN peut également être utilisé lorsqu'il est disponible)
	ET
	Urine de premier jet pour la <i>C trachomatis</i> (TAAN)
Femmes ayant des symptômes de cervicite	Écouvillonnage vaginal ou cervical en vue de la coloration de Gram, de la culture de <i>N gonorrhoeae</i> et du TAAN ou de la culture de <i>C trachomatis</i>
	Écouvillonnage des lésions cervicales (s'il y a lieu) pour dépister le virus d'herpès simplex
	Écouvillonnage vaginal pour les préparations à l'état frais
Suspicion d'infection gonococcique pharyngée	Écouvillonnage du pharynx postérieur et des cryptes amygdaliennes
	Utiliser l'écouvillonnage pour inoculer directement le bon médium de culture ou le placer dans un milieu de transport.
Symptômes de vaginite	Recueillir les sécrétions vaginales accumulées, s'il y a lieu.
	En l'absence de sécrétions vaginales, faire un écouvillonnage sur le cul-de-sac vaginal postérieur pour préparer un frottis ou placer l'écouvillonnage sur un médium de transport.
	Les préparations à l'état frais et la coloration de Gram sont utiles pour diagnostiquer la vulvovaginite microbienne, la candidose, la vaginose bactérienne et le trichomonas. En raison de la faible sensibilité de la microscopie directe, la culture ou la réaction en chaîne de la polymérase peut également être utilisée, si c'est possible, pour dépister le trichomonas.
	Les prélèvements vaginaux des adolescentes sont généralement effectués dans le cadre d'un examen au spéculum.
	Chez les filles prépubères, les échantillons de lavage vaginal sont privilégiés, car ils sont mieux acceptés. Si c'est impossible, il faut utiliser des écouvillons imprégnés d'eau.
	Chez les très jeunes filles, il faut utiliser des écouvillons très fins.

Données adaptées de la référence 1. *Les écouvillonnages vaginaux peuvent être effectués par le patient même ou par le clinicien. On peut utiliser des écouvillonnages du col de l'utérus en cas d'examen gynécologique. TAAN test d'amplification des acides nucléiques

TABEAU 3
Traitement recommandé de l'infection gonococcique non complexe chez les enfants et les adolescents*

	Enfants et adolescents de neuf ans ou plus	Enfants de moins de neuf ans
Infections anogénitales (urétrales, endocervicales, vaginales, rectales)		
Traitement privilégié	Ceftriaxone en monodose de 250 mg IM PLUS azithromycine en monodose de 1 g PO [†] OU Cefixime en monodose de 800 mg PO PLUS azithromycine en monodose de 1 g PO [†]	Ceftriaxone en monodose de 50 mg/kg IM à 250 mg/kg IM PLUS azithromycine en monodose de 20 mg/kg PO (dose maximale de 1 g) OU Cefixime en deux doses de 8 mg/kg PO BID (maximum de 400 mg par dose) PLUS azithromycine
Traitement de remplacement	Spectinomycine en monodose de 2 g IM (accessible seulement par le programme d'accès spécial [PAS] de Santé Canada) PLUS azithromycine en monodose de 1 g PO [†] OU Azithromycine en monodose de 2 g PO [§]	Spectinomycine en monodose de 40 mg/kg IM (dose maximale de 2 g) (accessible seulement par le PAS) PLUS azithromycine en monodose de 20 mg/kg PO (dose maximale de 1 g)
Infection pharyngée		
Traitement privilégié	Ceftriaxone en monodose de 250 mg IM PLUS azithromycine en monodose de 1 g PO [†]	Ceftriaxone en monodose de 50 mg/kg à 250 mg/kg IM PLUS azithromycine en monodose de 20 mg/kg PO (dose maximale de 1 g)
Traitement de remplacement	Cefixime en monodose de 800 mg PO PLUS azithromycine en monodose de 1 g PO [†] OU Azithromycine en monodose de 2 g PO [§]	Cefixime en deux doses de 8 mg/kg PO BID [†] (maximum de 400 mg par dose) PLUS azithromycine en monodose de 20 mg/kg PO (dose maximale de 1 g)

*D'après les lignes directrices nationales. Les cliniciens sont également invités à consulter les lignes directrices locales, qui peuvent être différentes en raison de l'épidémiologie et de la résistance antimicrobienne locales. Le tableau précédent se fonde sur les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, qui peuvent être consultées à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcdcits/section-5-2-fra.php. **Recommandations propres aux régions socio-sanitaires** : Les cliniciens devraient également consulter les lignes directrices provinciales ou territoriales sur le traitement de la gonorrhée, car le traitement privilégié dépend de l'épidémiologie et des profils de résistance à *Neisseria gonorrhoeae* dans la région. La ceftriaxone demeure toutefois le traitement privilégié de toutes les formes d'infections gonococciques. **Nouveau-nés (de la naissance à un mois)** : La dose recommandée de ceftriaxone est de 25 mg/kg à 50 mg/kg (jusqu'à concurrence de 125 mg). **La polythérapie systématique comportant un macrolide n'est pas recommandée chez le jeune nourrisson en raison de son association avec la sténose pylorique.** Un test de dépistage de la Chlamydia devrait être effectué, et si les résultats sont positifs, un traitement devrait être amorcé. **Polythérapie parallèle** : 1 g d'azithromycine par voie orale (PO) est préférable à un traitement de remplacement de 100 mg de doxycycline PO deux fois par jour (BID) pendant sept jours, en raison des taux importants de gonorrhée résistant à la tétracycline et des inquiétudes liées à l'adhérence à un traitement de sept jours. La doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes ou qui allaitent et chez les enfants de moins de neuf ans. **Monothérapie à l'azithromycine** : [§]La monodose de 2 g d'azithromycine PO devrait être envisagée comme traitement de remplacement seulement en cas d'antécédents de grave allergie aux céphalosporines. La monothérapie à l'azithromycine s'associe à un risque d'échec thérapeutique dans le traitement de la gonorrhée dans les régions où l'on constate l'émergence d'une résistance à l'azithromycine. D'importants effets secondaires s'associent également à de fortes doses d'azithromycine. IM Intramusculaire

effectuer un test de confirmation des anticorps tréponémiques (par exemple, test d'agglutination passive de *Treponema pallidum* [TP-PA], microhématagglutination-T *pallidum* [MHA-TP], test par immunofluorescence indirecte de *T pallidum* [FTA-ABS] ou test INNO-LIA^{MC}).⁽²²⁾

Un test de RPR de suivi est recommandé après le traitement de la syphilis, qu'elle qu'en soit la phase. Ce test doit être effectué un, trois, six et 12 mois après le traitement des cas infectieux et au bout de 12 et 24 mois dans les cas latents tardifs.⁽¹⁸⁾

Le VIH : Il est essentiel d'informer systématiquement les adolescents des techniques de prévention et de dépistage du VIH dans le cadre de leurs soins habituels. En plus des tests, il faut prévoir des conseils thérapeutiques et l'adoption d'une stratégie antirétrovirale.⁽²³⁻²⁵⁾ Ce niveau de soins doit se poursuivre tout au long de la transition aux soins pour adultes.⁽²⁶⁻²⁹⁾

LES PRINCIPAUX ENJEUX LIÉS À LA PRISE EN CHARGE DES ITS

Le choix d'antimicrobiens

La Société canadienne de pédiatrie appuie les *Lignes directrices canadiennes sur les ITS* de l'Agence de la santé publique du Canada relativement aux ITS,⁽¹⁾ dont les posologies (tableau 3) sont détaillées à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcdcits/section-5-2-fra.php. Les cliniciens devraient toujours consulter cette ressource et les directives données par le service de santé publique local à l'égard des tendances émergentes et

des stratégies thérapeutiques connexes. L'augmentation des cas de gonorrhée résistant aux quinolones⁽¹⁾ et, plus récemment, la hausse des isolats moins susceptibles à la cefixime et à la ceftriaxone, responsables d'échecs thérapeutiques, sont sources de préoccupation.⁽⁸⁾ Ces données émergentes ont incité certains services de santé publique à modifier les traitements privilégiés.^(30,31)

Les enjeux généraux

On sait que des stratégies de prévention primaires et secondaires réduisent le risque d'ITS. Les cliniciens devraient tenir compte des situations contextuelles qui influent sur le traitement et en informer les patients :

- Les mesures de prévention primaire incluent la vaccination contre le virus de l'hépatite B et le virus du papillome humain, l'utilisation du condom et les changements de comportement.
- Les stratégies efficaces de prévention secondaire incluent la notification des partenaires, de même que le dépistage et le traitement des ITS chez les jeunes adultes asymptomatiques.
- Il est essentiel d'informer les partenaires des personnes atteintes d'une ITS et de leur fournir des stratégies de prise en charge pour contrôler l'infection et assurer le bien-être du patient.
- Les ITS abordées plus haut sont des maladies à déclaration obligatoire. Les cliniciens devraient connaître le processus de déclaration dans leur région et s'y soumettre rapidement. Les

responsables de la santé publique peuvent contribuer à retracer les contacts, au besoin.

- Il est important d'observer directement le traitement pour améliorer l'adhérence au traitement antimicrobien des ITS chez les adolescents.
- Il faut vérifier si de multiples ITS cohabitent, y compris le VIH, car plusieurs ITS partagent les mêmes facteurs de risque.
- Le contrôle de guérison est recommandé chez les enfants prépubères atteints d'une infection à *N gonorrhoeae* ou à *Chlamydia* ou de ces deux infections.
- Il est indiqué de reprendre le dépistage au bout de six mois chez les adolescents et les adultes atteints d'une infection à *N gonorrhoeae* ou à *Chlamydia* ou de ces deux infections, car le risque de réinfection est une préoccupation importante dans ce groupe d'âge.

RÉFÉRENCES

1. Agence de la santé publique du Canada, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Mise à jour en janvier 2010. www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcits/index-fra.php (consulté le 5 août 2014)
2. Agence de la santé publique du Canada, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement : Section 2 – Soins primaires et infections transmissibles sexuellement. Mise à jour en janvier 2010. www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcits/section-2-fra.php (consulté le 5 août 2014)
3. Givner LB, Rennels MB, Woodward CL, Huang SW. *Chlamydia trachomatis* infection in infant delivered by Cesarean section. *Pediatrics* 1981;68(3):420-1.
4. American Academy of Pediatrics. *Chlamydia trachomatis*. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, éd. Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2012:276-81.
5. Goodyear-Smith F. What is the evidence for non-sexual transmission of gonorrhoea in children after the neonatal period? A systematic review. *J Forensic Leg Med* 2007;14(8):489-502.
6. American Academy of Pediatrics. Gonococcal infections. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, éd. Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2012:336-44.
7. Agence de la santé publique du Canada, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement : Infections gonococciques. Révisé en juillet 2013. www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcits/section-5-6-fra.php (consulté le 30 août 2014)
8. Allen VG, Mitterni L, Seah C et coll. *Neisseria gonorrhoeae* treatment failure and susceptibility to cefixime in Toronto, Canada. *JAMA* 2013;309(2):163-70.
9. American Academy of Pediatrics. Syphilis. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, éd. Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2012:690-703.
10. Agence de la santé publique du Canada. Coup d'oeil – Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2012. www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/surreport/2012/dec/index-fra.php (consulté le 5 août 2014)
11. American Academy of Pediatrics. Sexually transmitted infections in adolescents and children. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, éd. Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2012:176-85.
12. Rietmeijer CA, Van Bemmelen R, Judson FN, Douglas JM Jr. Incidence and repeat infection rates of *Chlamydia trachomatis* among male and female patients in an STD clinic: Implications for screening and rescreening. *Sex Transm Dis* 2002;29(2):65-72.
13. Whittington WL, Kent C, Kissinger P et coll. Determinants of persistent and recurrent *Chlamydia trachomatis* infection in young women: Results of a multicenter cohort study. *Sex Transm Dis* 2001;28(2):117-23.

Ressources recommandées

- Agence de la santé publique du Canada, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement : édition évolutive. 2010 : www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/guide-lignesdir-fra.php
- *Toronto Public Health STI Treatment Reference Guide* : www.toronto.ca/health/professionals/communicable_diseases/pdf/sti_treatment_ref.pdf

REMERCIEMENTS : Le comité de la santé de l'adolescent et le comité de la pédiatrie communautaire de la Société canadienne de pédiatrie, de même que le Groupe de travail d'experts sur les Lignes directrices ITS de l'Agence de la santé publique du Canada, ont révisé le présent point de pratique.

14. Kwan B, Ryder N, Knight V et coll. Sensitivity of 20-minute voiding intervals in men testing for *Chlamydia trachomatis*. *Sex Transm Dis* 2012;39(5):405-6.
15. Mathew T, O'Mahony C, Mallinson H. Shortening the voiding interval for men having chlamydia nucleic acid amplification tests. *Int J STD AIDS* 2009;20(11):752-3.
16. Mangin D, Murdoch D, Wells JE et coll. *Chlamydia trachomatis* testing sensitivity in midstream compared with first-void urine specimens. *Ann Fam Med* 2012(1);10:50-3.
17. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR* 2010;59(No. RR-12). www.cdc.gov/std/treatment/2010/default.htm (consulté le 5 août 2014)
18. Toronto Public Health. STI treatment reference guide. www1.toronto.ca/City%20Of%20Toronto/Toronto%20Public%20Health/Health%20Professionals/Sexual%20Health/Files/PH1304JM078%20letterreduction%20Nov2013.pdf (consulté le 5 août 2014)
19. Centers for Disease Control and Prevention. Cephalosporin-resistant *Neisseria gonorrhoeae*: Public health response plan. August 2012. www.cdc.gov/std/treatment/Ceph-R-ResponsePlanJuly30-2012.pdf (consulté le 5 août 2014)
20. Bernstein KT, Zenilman J, Olthoff G, Marsiglia VC, Erbeling EJ. Gonorrhea reinfection among sexually transmitted disease clinic attendees in Baltimore, Maryland. *Sex Transm Dis* 2006;33(2):80-6.
21. De P, Singh AE, Wong T, Kaida A. Predictors of gonorrhea reinfection in a cohort of sexually transmitted disease patients in Alberta, Canada, 1991-2003. *Sex Transm Dis* 2007;34(1):30-6.
22. Agence de la santé publique du Canada, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Section 5 – Prise en charge et traitement d'infections spécifiques. www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-lcits/section-5-6-fra.php (consulté le 30 août 2014)
23. AIDS Bureau, Ontario. Guidelines for HIV counselling and testing, March 2008. www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/aids/reports/hiv_guidelines.pdf (consulté le 5 août 2014)
24. European Collaborative Study. Mother-to-child transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2005;40(3):458-65.
25. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf> (consulté le 5 août 2014)
26. Blum RW, Garell D, Hodgman CH et coll. Transition from child-centred to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 1993;14(7):570-6.
27. Kaufman M, Pinzon J; Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé de l'adolescent. La transition des jeunes ayant des besoins particuliers vers les soins pour adultes. *Paediatr Child Health* 2007;12(9):789-93. www.cps.ca/fr/documents/position/transition-jeunes-besoins-particuliers (consulté le 5 août 2014)
28. Bennett DL, Towns SJ, Steinbeck KS. Smoothing the transition to adult care. *Med J Aust* 2005;182(8):373-4.

29. American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American College of Physicians, American Society of Internal Medicine. A consensus statement on health care transitions for young adults with special health care needs. *Pediatrics* 2002;110(6 pt. 2):1304-6.
30. Centers for Disease Control and Prevention. Update to CDC's Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010: Oral cephalosporins no longer a recommended treatment for gonococcal infections. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012;61(31):590-4.
31. Santé publique Ontario. Guidelines for the testing and treatment of gonorrhea in Ontario, 2013: www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Guidelines_Gonorrhea_Ontario_FAQ_2013.pdf (consulté le 5 août 2014)

COMITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION DE LA SCP

Membres : Natalie A Bridger MD; Jane C Finlay MD (*membre sortante*); Susanna Martin MD (*représentante du conseil*); Jane C McDonald MD; Heather Onyett MD; Joan L Robinson MD (*présidente*); Marina I Salvadori MD (*membre sortante*); Otto G Vanderkooi MD

Représentants : Upton D Allen MBBS, Groupe de recherche canadien sur le sida chez les enfants; Michael Brady MD, comité des maladies infectieuses, American Academy of Pediatrics; Charles PS Hui MD, Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages, Agence de la santé publique du Canada; Nicole Le Saux MD, Programme canadien de surveillance active de la vaccination (IMPACT); Dorothy L Moore MD, Comité consultatif national de l'immunisation; Nancy Scott-Thomas MD, Le Collège des médecins de famille du Canada; John S Spika MD, Agence de la santé publique du Canada

Conseillère : Noni E MacDonald MD

Auteurs principaux : Upton D Allen MD, Noni E MacDonald MD

Les recommandations contenues dans le présent document ne sont pas indicatrices d'un seul mode de traitement ou d'intervention. Des variations peuvent convenir, compte tenu de la situation. Tous les documents de principes et les points de pratique de la Société canadienne de pédiatrie sont régulièrement révisés. Les documents de principes retirés sont supprimés du site Web. Consultez la zone *Documents de principes* du site Web de la SCP (www.cps.ca) pour en obtenir la version complète à jour.