



Lignes directrices canadiennes sur les ITS – Édition 2006

quoi de neuf ?

Rhonda Y. Kropp, Marc Steben

Testez vos connaissances

Oui Non

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) permet de différencier les sérotypes LGV et non-LGV de <i>Chlamydia trachomatis</i> . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Les quinolones sont toujours recommandées comme traitement de premier choix de l'infection gonococcique qui n'a pas été contractée dans un pays asiatique. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Le TAAN est l'examen à privilégier pour la gonorrhée, que l'écouvillonnage soit cervical ou urétral. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Il n'y a aucune contre-indication au traitement des condylomes acuminés externes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. La syphilis ne concerne plus que les immigrants. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Réponses : non, non, non, non, non

SOUS LA COORDINATION de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), les membres d'un groupe d'experts, de partout au Canada, sur les infections transmissibles sexuellement (ITS), des secteurs de la médecine, des sciences infirmières, du travail en laboratoire, de la santé publique et de la recherche, ont accepté d'agir à titre d'auteurs et de réviseurs pour la mise à jour de l'édition 1998 des lignes directrices canadiennes sur les ITS. La nouvelle édition¹ sera disponible à l'hiver 2006. Elle contiendra des recommandations fondées sur des données probantes en matière de prévention, de diagnostic, de traitement

M^{me} Rhonda Y. Kropp travaille à l'Agence de santé publique du Canada au sein de la Division des infections acquises dans la collectivité, à Ottawa. Le D^r Marc Steben, omnipraticien, est médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec. Il pratique également au GMF/CMA de la Clinique de l'Ouest de Verdun et à la Clinique des maladies de la vulve du CHUM, à Montréal.

et de prise en charge des ITS au Canada (tableau I).

Changements apportés aux anciennes lignes directrices

Des chapitres ont été ajoutés sur des populations spécifiques, soit sur les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes, les utilisateurs de drogues injectables, les immigrants et les détenus. En outre, tous les chapitres ont subi des modifications. Les paragraphes qui suivent donnent une idée des changements apportés, notamment aux recommandations de traitement.

La lymphogranulomatose vénérienne

Compte tenu de l'émergence récente de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) tant au Canada²

Cet article ne mentionne qu'une partie des changements apportés par les réviseurs au document de 1998. La version intégrale des lignes directrices sur les ITS de l'édition 2006 sera disponible au printemps 2006 en format papier à votre direction régionale de santé publique, mais aussi en format pdf au www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/index_f.html.

Tableau I

Résumé du niveau et de la qualité des données probantes

- Les 27 chapitres ont fait l'objet d'au moins quatre révisions par des experts, dont trois par le groupe d'experts responsable de chaque chapitre et une autre par au moins deux réviseurs externes.
- Avant d'être considéré comme final, un chapitre devait être approuvé par chacun des membres du groupe d'experts.
- Dans chaque chapitre et pour chaque traitement, la qualité des preuves et la puissance des données probantes sur lesquelles sont fondées les recommandations de traitement sont conformes aux méthodes préconisées par le US Preventive Services Task Force et le Groupe de travail canadien sur les soins de santé préventifs.

Niveau

- A** Recommandation fondée sur des preuves de bonne qualité (avantages nettement supérieurs aux inconvénients)
- B** Recommandation fondée sur des preuves de qualité passable (avantages supérieurs aux inconvénients)
- C** Recommandation fondée sur des preuves de qualité passable, mais pas suffisamment fortes pour justifier une recommandation générale
- D** Preuves de qualité passable quant à l'inefficacité de la recommandation (les inconvénients surpassent les avantages)
- I** Preuves insuffisantes (absentes, de mauvaise qualité, contradictoires)

Qualité

- I** Preuves provenant d'au moins un essai clinique à répartition aléatoire
- II** Preuves provenant d'au moins un essai clinique sans répartition aléatoire (étude de cohorte, étude de cas, séries chronologiques, résultats spectaculaires d'expériences sans groupe témoin)
- III** Opinion d'experts

qu'ailleurs dans le monde³, on a ajouté un chapitre sur cette affection. Le *tableau II* présente les recommandations de traitement pour les personnes atteintes de LGV et leurs partenaires. La LGV peut être difficile à diagnostiquer parce que certains de ses symptômes sont aussi présents dans d'autres ITS, d'autres infections ou d'autres affections. Au Canada, la LGV touche surtout les hommes ayant des rela-

Tableau II

Traitement recommandé contre la LGV au Canada

- Premier choix : doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 f.p.j., pendant 21 jours (B-II)
- Solution de rechange : érythromycine, 500 mg par voie orale, 4 f.p.j., pendant 21 jours* (C-III)
- Autre possibilité : azithromycine, 1 g par voie orale, une fois par semaine, pendant trois semaines† (C-III)

Traitement des partenaires sexuels

Les partenaires sexuels des soixante derniers jours devraient être informés, testés et traités comme suit : 1 g d'azithromycine par voie orale en une seule dose ou 100 mg de doxycycline par voie orale, 2 f.p.j., pendant sept jours (C-III)

*Les doses d'érythromycine indiquées sont celles de l'érythromycine base. On peut utiliser des doses équivalentes des autres formes d'érythromycine. Chez la femme enceinte, on doit utiliser l'érythromycine, à l'exception de l'estolate qui est contre-indiqué.

†Certains experts considèrent que l'azithromycine est efficace pour traiter la LGV, bien qu'il y ait peu de données cliniques en ce sens.

L'aspiration des bubons est parfois utile pour réduire les symptômes, mais l'incision et le drainage ou l'excision des nodules ne sont pas utiles et peuvent même retarder la guérison.

Source : Agence de santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement (ITS) – Édition 2006*. L'Agence ; Sous presse, 2006. © Reproduit et adapté avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006.

LGV : lymphogranulomatose vénérienne

tions sexuelles avec d'autres hommes, les symptômes initiaux étant souvent une proctite ou une lymphadénopathie inguinale/fémorale. La culture et le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) ne permettent pas de distinguer les sérotypes LGV et non-LGV tandis que le résultat de la sérologie est évocateur du LGV uniquement quand le titre est élevé (micro-immunofluorescence [(MIF)] $\geq 1 : 256$ ou fixation du complément [FC] $\geq 1 : 64$). Par conséquent, un résultat positif par une de ces méthodes nécessite une confirmation par un ou deux tests spécifiques pour la LGV (polymorphisme de

La LGV touche surtout les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les symptômes initiaux étant souvent une proctite ou une lymphadénopathie inguinale/fémorale.

Repère

Tableau III

Traitement recommandé au Canada pour les jeunes et les adultes (sauf pour les femmes enceintes ou qui allaitent) atteints d'une infection gonococcique urétrale, endocervicale, rectale ou pharyngienne

- ☉ Céfixime, dose unique de 400 mg par voie orale (A-I) **ou**
- ☉ Ceftriaxone, dose unique de 125 mg par voie intramusculaire (A-I) **ou**
- ☉ *Ciprofloxacine, dose unique de 500 mg par voie orale (A-I ; voir l'AVERTISSEMENT ci-après) **ou**
- ☉ *Ofloxacine, dose unique de 400 mg par voie orale (A-I ; voir l'AVERTISSEMENT ci-après)

Tous ces traitements doivent être complétés par un traitement empirique pour les infections à *Chlamydia*, soit :

- ☉ Azithromycine, dose unique de 1 g par voie orale (A-I) **ou**
- ☉ Doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 f.p.j., pendant 7 jours (A-I)

***Avvertissement :** Les quinolones ne sont pas recommandées si les personnes ou leurs partenaires sexuels proviennent d'une des régions suivantes ou ont un lien épidémiologique avec une de ces régions : toute région ayant un taux de gonocoques résistants aux quinolones supérieur à de 3 % à 5 %, Asie, Îles du Pacifique (y compris Hawaï), Inde, Israël, Australie, Royaume-Uni ; certaines régions des États-Unis (s'informer auprès des Centers for Disease Control (CDC) pour connaître le taux de résistance aux quinolones par région géographique) ; hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui ont un lien épidémiologique avec les États-Unis ; régions canadiennes où le taux de résistance aux quinolones est élevé – s'informer auprès des responsables locaux de santé publique pour connaître le taux de résistance d'une région donnée. **Au Québec, les taux de résistance sont supérieurs à 5 %.** Consulter le site Internet de l'Agence de santé publique du Canada pour connaître les données nationales sur la résistance aux quinolones. Lorsque les quinolones ne sont pas recommandées ou en cas d'allergie aux céphalosporines ou d'une réaction allergique immédiate ou anaphylactique à la pénicilline, utiliser l'azithromycine, dose unique de 2 g par voie orale (A-1) ou la spectinomycine à raison de 2 g par voie intramusculaire en une dose unique (A-I ; disponible seulement par le Programme d'accès spécial [PAS]).

Source : Agence de santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement (ITS) – Édition 2006.* L'Agence ; Sous presse, 2006. © Reproduit et adapté avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006.

restriction ou séquençage de l'ADN). En cas de doute, il y a lieu de faire un écouvillonnage (TAAN ou culture) et d'obtenir du sérum (aux fins de micro-immunofluorescence ou de fixation du complément). En attendant les résultats de ces examens, les patients devraient être traités de façon empirique pour la LGV. Vu le taux élevé de co-infection, il est également recommandé de faire du counselling et de chercher d'autres ITS, y compris les infections par le VIH et les hépatites B et C. Une surveillance accrue de la LGV devrait permettre de mieux cerner l'épidémiologie de cette infection au Canada. Cette surveillance est nécessaire, et il est de la plus haute importance d'aviser sans tarder la Direction de la santé publique de votre région.

L'infection gonococcique

Une augmentation de la résistance aux fluoroquinolones de souches de *N. gonorrhœæ* a entraîné une

modification des recommandations de traitement de l'infection gonococcique⁴. Au Canada, l'utilisation des quinolones (par exemple, la ciprofloxacine et l'ofloxacine) n'est plus recommandée pour traiter les patients atteints d'une infection gonococcique ou leurs partenaires qui proviennent des régions à taux élevé de résistance aux quinolones ou qui ont un lien épidémiologique avec ces régions (voir le *tableau III* pour les recommandations). L'emploi des quinolones ne devrait être envisagé qu'en cas d'intolérance aux autres médicaments ou de non-disponibilité des traitements recommandés. Et uniquement s'il y a de bonnes chances que le patient revienne pour un examen de suivi, car un test de contrôle est conseillé pour vérifier l'efficacité du traitement.

La méthode de laboratoire recommandée pour le diagnostic de l'infection gonococcique demeure la culture. Cet examen est particulièrement important dans les situations suivantes : sévices sexuels chez

On a dû modifier les recommandations pour le traitement de l'infection gonococcique à la suite d'une augmentation de la résistance du gonocoque aux fluoroquinolones.

Repère

l'enfant, agression sexuelle, évaluation d'une atteinte inflammatoire pelvienne, échec du traitement, infections contractées outre-mer ou dans des régions où une résistance aux antimicrobiens est signalée. Un antibiogramme est suggéré pour tous les isolats et est obligatoire pour tous les cas où la culture de suivi (test de vérification de l'efficacité du traitement) est positive et quand il y a échec du traitement. Le TAAN sur prélèvement urinaire peut être utile pour les personnes qui sont réticentes à subir un examen pelvien ou un écouvillonnage urétral ou encore qui refusent. Le TAAN plutôt que la culture est indiqué quand les conditions de transport ou de conservation ne sont pas propices au maintien de la viabilité du gonocoque (consultez votre laboratoire pour connaître les méthodes de prélèvement et de transport appropriées des échantillons). Le TAAN est approuvé pour les prélèvements cervicaux ou urétraux et pour les échantillons d'urine. Certains TAAN sont également approuvés pour les prélèvements vaginaux. Les TAAN ne sont toutefois pas recommandés pour vérifier l'efficacité du traitement ni pour déceler une réinfection possible moins de trois semaines après la fin du traitement.

de syphilis ont été signalées au Canada comme à l'étranger, nécessitant une accentuation du dépistage de cette infection, notamment dans les populations à risque élevé. Le dépistage comprend le test non tréponémique (TNT), comme le test VDRL, suivi d'épreuves de confirmation de la présence du tréponème si le TNT est réactif. Lorsqu'on soupçonne une syphilis primaire ou une syphilis latente tardive, le TNT peut être non réactif. On recommande alors de compléter le dépistage initial par un test tréponémique ou, en cas de syphilis primaire, de répéter le TNT au bout de deux à quatre semaines. Dans les régions qui connaissent des éclosions de syphilis, il peut être approprié de demander d'emblée les deux tests. Les lignes directrices récemment révisées contiennent un nouveau guide pour l'interprétation des épreuves sérologiques de la syphilis (tableau V). La pénicilline benzathine G constitue toujours le traitement de premier choix. On peut se la procurer uniquement par l'entremise de sa Direction régionale de santé publique qui l'obtient d'entreprises pharmaceutiques étrangères grâce à un programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada.

La chlamydiose

Les recommandations pour le traitement des jeunes et des adultes atteints d'une infection urétrale, endocervicale et rectale à *Chlamydia trachomatis* ont été légèrement modifiées par rapport à celles de 1998. Ainsi, la doxycycline, autrefois recommandée comme solution de rechange à l'azithromycine, a été ajoutée comme deuxième traitement de choix, son efficacité étant maintenant appuyée par des données probantes (tableau IV).

La syphilis

Au cours des trois dernières années, des éclosions

Tableau IV

Traitement recommandé pour les adultes (sauf pour les femmes enceintes ou qui allaitent) atteints d'une infection urétrale, endocervicale, rectale ou conjonctivale à *Chlamydia trachomatis*.

Premier choix	Solution de rechange
<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 f.p.j., pendant 7 jours (A-I) <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Azithromycine, dose unique de 1 g par voie orale quand la fidélité au traitement est douteuse (A-I)* 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Ofloxacine, 300 mg, 2 f.p.j., pendant 7 jours (B-II) <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Érythromycine, 2 g par jour par voie orale, en plusieurs doses pendant 7 jours (B-I)† <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Érythromycine, 1 g par jour par voie orale, en plusieurs doses pendant 14 jours (B-I)†

*Si des vomissements surviennent plus d'une heure après l'administration, il n'y a pas lieu de répéter la dose.
 †Les doses d'érythromycine indiquées sont celles de l'érythromycine base. On peut utiliser des doses équivalentes des autres formes d'érythromycine (à l'exception de l'estolate qui est contre-indiqué pendant la grossesse). Un test pour vérifier l'efficacité du traitement par l'érythromycine doit être effectué de trois à quatre semaines après la fin du traitement.

Source : Agence de santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement (ITS) – Édition 2006*. L'Agence ; Sous presse, 2006. © Reproduit et adapté avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006.

Tableau V**Interprétation des tests sérologiques pour la syphilis**

Test non tréponémique RPR/VDRL	Test tréponémique TP-PA	Test tréponémique FTA-ABS	Infection la plus probable
Non réactif	Non réactif	Réactif	Syphilis primaire si antécédents/données cliniques compatibles
Réactif (les titres peuvent varier)	Réactif	Réactif	Syphilis infectieuse primaire, secondaire, latente précoce (surtout si titre > 1 : 8) ou Syphilis ancienne traitée (surtout si titre < 1 : 8) ou Suivi d'une syphilis traitée ou Chez les personnes venant de régions où le pian (Antilles, par exemple), le pinta (Amérique centrale, par exemple) ou le bejel sont endémiques.
Non réactif	Réactif	Réactif	Habituellement, syphilis traitée ou Syphilis latente tardive de durée inconnue, en l'absence de confirmation de traitement antérieur ou Chez les personnes venant de régions où le pian (Antilles, par exemple), le pinta (Amérique centrale, par exemple) ou le bejel sont endémiques. ou Infection précoce (syphilis primaire)
Réactif	Non réactif	Non réactif	Faux positif biologique* (<i>répéter au bout de 3 à 4 semaines</i>)

*Les résultats faussement positifs des tests sérologiques pour la syphilis peuvent être causés notamment par certaines collagénoses vasculaires, la grossesse et l'utilisation de drogues injectables

Source : Agence de santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement (ITS)* – Édition 2006. L'Agence ; Sous presse, 2006. © Reproduit et adapté avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006.

L'herpès génital

Comme l'indique le *tableau VI*, on recommande de traiter l'herpès génital si les symptômes cliniques sont importants. Pour les cas primaires graves, outre les directives énumérées ci-après, on recommande d'administrer 5 mg/kg d'acyclovir par voie intraveineuse en 60 minutes toutes les huit heures (A-1), avec conversion au traitement oral lorsqu'une amélioration est observée. En cas de récurrence, le traitement recommandé doit être entrepris le plus tôt possible après l'apparition des lésions, de préférence moins de six heures (famcyclovir, B-I) ou de douze heures (valacyclovir, B-I) après l'apparition des premiers symptômes. Le traitement suppressif est destiné aux patients qui présentent des lésions récidivantes

d'herpès génital, c'est-à-dire habituellement à des intervalles de moins de deux mois ou encore six fois par année. Lorsque la fréquence des récurrences est inférieure, on recommande un traitement épisodique (*voir le tableau VI*). Chez les femmes enceintes, le traitement par l'acyclovir s'est montré efficace pour réduire les récurrences, l'excrétion asymptomatique et la nécessité de recourir à une césarienne, sans toutefois éliminer la possibilité d'une transmission mère-enfant du virus de l'herpès simplex.

L'infection par le virus du papillome humain (VPH)

Les lignes directrices canadiennes révisées sur les ITS contiennent de nouvelles recommandations à propos des traitements auto-administrés des condy-

Tableau VI

Traitement recommandé contre l'herpès au Canada

Premier épisode	Lésions récurrentes	Traitement suppressif
Acyclovir, 200 mg par voie orale, 5 f.p.j. pendant de 5 à 10 jours (A-I)	Valacyclovir, 500 mg, 2 f.p.j. pendant 3 jours (B-I)	En l'absence de grossesse : Acyclovir, 200 mg, de 3 à 5 f.p.j.
OU	OU	OU
Famcyclovir, 250 mg, 3 f.p.j. pendant 5 jours (A-I)	1g par jour pendant 3 jours (B-I)	400 mg, 2 f.p.j. (A-I)
OU	OU	OU
Valacyclovir, 1000 mg, 2 f.p.j. pendant 10 jours (A-I)	Famcyclovir, 125 mg, 2 f.p.j. pendant 5 jours (B-I)	Famcyclovir, 250 mg, 2 f.p.j. (A-I)
	OU	OU
	Acyclovir, 200 mg, 5 f.p.j. pendant 5 jours (C-I)	Valacyclovir, 500 mg, 1 f.p.j. (C-I) pour les patients n'ayant pas plus de neuf récurrences par année
		OU
		1000 mg, 1 f.p.j. (A-I) pour les patients ayant plus de neuf récurrences par année
		Chez les patientes enceintes : Acyclovir, 200 mg, 4 f.p.j. (A-I)
		OU
		400 mg, 3 f.p.j. (A-I)

Source : Agence de santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement (ITS) – Édition 2006.* L'Agence ; Sous presse, 2006. © Reproduit et adapté avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006.

lomes acuminés chez les deux sexes (tableau VII). Tous ces traitements s'accompagnent de réactions cutanées locales qu'il convient de traiter en diminuant l'intensité du traitement. Les taux d'efficacité sont difficiles à évaluer en raison du manque d'uniformité des différents essais cliniques. La solution de podofilox/podophyllotoxine à 0,5 % est plus efficace et plus stable et présente moins d'effets indésirables que le traitement par la podophylline effectué en cabinet, quoique le taux de récurrence soit élevé (60 %). Au Canada, ce produit est offert sous deux marques, Wartec® et Condyline™, qui contiennent le même médicament. Toutefois, le premier utilise un applicateur en plastique et le second un tampon d'ouate monté sur une tige. Ce produit ne doit pas être utilisé chez les femmes enceintes ni chez celles qui ont une contraception sous-optimale, ni pour traiter les condylomes cervicaux, méatiques, vaginaux ou anaux.

L'imiquimod (Aldara^{MC}) peut avoir une utilité comme traitement de première ligne et dans les cas

Tableau VII

Recommandations pour l'auto-traitement des condylomes acuminés externes (sauf pendant la grossesse)

- ☉ Auto-application d'une solution de podofilox/podophyllotoxine à 0,5 % (Wartec®, Condyline™) sous la direction d'un médecin. Appliquer sur les lésions toutes les douze heures, trois jours consécutifs par semaine, en évitant la peau adjacente. Le cycle peut être répété pendant au plus six semaines. La dose quotidienne totale ne doit pas excéder 0,5 ml. (A-I)
- ☉ Auto-application d'imiquimod (Aldara^{MC}), trois fois par semaine, pendant au plus 16 semaines. Laisser au moins un jour entre les applications. Essuyer au bout de six à huit heures. (A-I)

Source : Agence de santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement (ITS) – Édition 2006.* L'Agence ; Sous presse, 2006. © Reproduit et adapté avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006.

réfractaires. Le taux de récurrence (10 %) avec ce produit est inférieur à celui de toute autre forme de

Tableau VIII

Traitement recommandé au Canada contre l'épididymite

Épididymite causée par *N. gonorrhœæ* ou *C. trachomatis*

Ceftriaxone, dose unique de 250 mg par voie intramusculaire (A-I)

OU

Ciprofloxacine, dose unique de 500 mg par voie orale (sauf lorsqu'il y a résistance aux quinolones – voir le tableau III pour les recommandations concernant l'infection gonococcique) (A-I)

PLUS

Doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 f.p.j., pendant de dix à quatorze jours (A-I)

Épididymite causée par des germes intestinaux

Ofloxacin, 200 mg par voie orale, 2 f.p.j., pendant quatorze jours (A-I)

Note : Le céfixime ne fait plus partie des traitements recommandés.

Source : Agence de santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement (ITS) – Édition 2006*. L'Agence ; Sous presse, 2006. © Reproduit et adapté avec la permission du Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006.

traitement. Il agit comme modulateur de l'immunité. Il n'est pas sûr chez la femme enceinte.

L'épididymite

Enfin, à la lumière des plus récentes données, on a apporté des changements importants aux traitements recommandés contre l'épididymite (voir le tableau VIII). 📖

Date de réception : 15 septembre 2005

Date d'acceptation : 10 octobre 2005

Mots-clés : infections transmissibles sexuellement (ITS), lignes directrices canadiennes sur les ITS, traitement des ITS, lymphogranulomatose vénérienne, chlamydie, gonorrhée, virus de l'herpès simplex, virus du papillome humain (VPH), condylome acuminé, syphilis, épididymite

Toutes les formes de traitement des condylomes acuminés peuvent produire des réactions cutanées, la meilleure solution étant alors de réduire l'intensité du traitement. Les taux d'efficacité sont difficiles à évaluer en raison du manque d'uniformité des essais cliniques.

Repère

Summary

Canadian STI Guidelines 2006: What's new? Under the coordination of the Public Health Agency of Canada (PHAC), an Expert Working Group on sexually transmitted infections (STI) from across Canada updated the 1998 Canadian STD Guidelines. The 2006 version of the Canadian STI Guidelines, which will be released in Winter 2005/2006, provides updated, evidence-based recommendations for the prevention, diagnosis, treatment and management of STI in Canada. This article summarizes some of the changes to the recommendations in the 2006 Guidelines. With the recent re-emergence of lymphogranuloma venereum in Canada, recommendations for diagnosis, treatment, and management of this infection are described. Due to a rise in reported fluoroquinolone-resistant *N. gonorrhœæ*, the use of quinolones is no longer recommended for the treatment of gonorrhoea in Canada for cases or contacts from, or epidemiologically linked, to areas reporting high rates of quinolone resistance. Recent outbreaks of syphilis in Canada and worldwide have resulted in a need for increased screening, especially among high risk populations, with non-treponemal and confirmatory treponemal tests. This article outlines a new guide from the Guidelines for the interpretation of serological tests for syphilis. Benzathine penicillin G remains the preferred treatment regimen for syphilis, and is available through your *Direction régionale de santé publique*. New treatment recommendations for herpes simplex virus, epididymitis, and patient-applied treatment for external genital warts are also described.

Keywords: sexually transmitted infection (STI), Canadian STI Guidelines, treatment of STI, lymphogranuloma venereum, Chlamydia, gonorrhoea, herpes simplex virus, human papillomavirus (HPV), genital warts, syphilis, epididymitis

Bibliographie

1. Agence de santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement (ITS) – Édition 2006*. L'Agence ; Sous presse, 2006.
2. Kropp RY, Wong T on behalf of the Canadian LGV Working Group. Emergence of lymphogranuloma venereum in Canada. *CMAJ* 2005; 172 (13): 1674-6.
3. Van de Laar MJW, Fenton KA, Ison C pour le réseau ESSTI. Update on the European lymphogranuloma venereum epidemic among men who have sex with men. *Eurosurveillance* 2005; 10 (6).
4. Mann J, Kropp R, Wong T, Venne S, Romanowski B pour le groupe de travail sur les lignes directrices canadiennes sur les ITS. Gonorrhea treatment guidelines in Canada: 2004 update. *CMAJ* 2004; 171 (11): 1345-6.

Note : On trouvera la liste complète des articles de référence sur lesquels sont fondées les recommandations pour le diagnostic, le traitement et la prise en charge de chacune des infections mentionnées ci-dessus dans l'édition 2006 des Lignes directrices canadiennes sur les ITS.